



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die natürliche Adaption im personenorientierten Ansatz

Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen.

Verfasserin

Magdalena Lucia Tojčić

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, April 2010

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienbuchblatt: Bildungswissenschaft

Betreuer: Ao.Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit widmet sich der Idee einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz. Den Ausgangspunkt der Überlegungen bilden dabei das adaptive Vorgehen bzw. adaptive Interventionsstrategien in der Psychotherapie allgemein sowie in der personenzentrierten Psychotherapie im Speziellen. Es soll eine Perspektive adaptiven Vorgehens beschrieben werden, die sich quasi zwischen der im personenzentrierten Ansatz beschriebenen beziehungsorientierten und der ziel- und ergebnisorientierten Adaption befindet und der Komplexität der therapeutischen Praxis gerecht werden soll. In Zusammenhang mit den Mechanismen natürlicher Adaption ist besonders das Konzept des impliziten Wissens von Bedeutung. Eine eigens durchgeführte empirische Studie mittels der qualitativen Forschungsmethode des persönlichen Gespräches nach Langer (2000) dient dabei der praktischen Anreicherung des theoretischen Teils der Arbeit.

The diploma – thesis at hand deals with the idea of a natural adaption within the person - centred approach. The starting point of considerations is the adaptive proceeding within psychotherapy in general and especially in the person – centred psychotherapy. This thesis aims to develop a perspective of adaptive proceeding, which can be found between relationship – oriented and aim- and effect – oriented adaption within the person – centred approach. This perspective aims to come up to the complexity of the therapeutic practice. Concerning the mechanisms of natural adaption the concept of tacit knowing will be especially meaningful. A qualitative survey, based on the method of “the personal interview” by Langer (2000) intends to enrich the theoretical part of the diploma – thesis.

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern dafür bedanken, dass sie sich die Zeit genommen haben mich bei meinem Forschungsvorhaben zu unterstützen und mir Einblicke in ihre Arbeit gewährt haben.

Auf universitärer Ebene gilt mein Dank Ao. Univ. – Prof. Dr. Robert Hutterer, der mir durch seine Vorlesungen und Seminare den personenzentrierten Ansatz bzw. die personenzentrierte Psychotherapie näher gebracht und mich für diese begeistert hat. Den vielen anregenden und aufmunternden Gespräch mit ihm verdanke ich, dass ich immer wieder neue Anstöße zum Schreiben der Arbeit bekommen habe.

Mein tief empfundener Dank gilt auch und vor allem all jenen Menschen, die mich in der Zeit des Schreibens begleitet haben und mir durch konkrete Hilfestellungen oder aber schlicht durch ihr Dasein eine Stütze waren.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	1
1.1.ENTWICKLUNG DER PROBLEMSTELLUNG	1
1.2 FORSCHUNGSLÜCKE UND FRAGESTELLUNG	2
1.3 DIE PÄDAGOGISCHE RELEVANZ	4
1.4 AUFBAU DER ARBEIT	4
2. ADAPTIVE STRATEGIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE	6
2.1. DEFINITION	6
2.2. ENTWICKLUNG ADAPTIVER STRATEGIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE	8
2.3. GRENZEN ADAPTIVER STRATEGIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE	10
3. DIFFERENTIELLE KONZEPTE UND ADAPTIVE STRATEGIEN IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	12
3.1 DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	12
3.2 DIE ENTWICKLUNG DIFFERENTIELLER KONZEPTE IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	14
3.2.1 DIFFERENTIELLE KONZEPTE	18
3.2.2 KRITIK AN DIFFERENTIELLEN KONZEPTE	21
3.3 ADAPTIVE STRATEGIEN IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	22
3.3.1 ZIEL- UND ERGEBNISORIENTIERTE ADAPTION	23
3.3.2 BEZIEHUNGSORIENTIERTE ADAPTION	24
3.4 SELEKTIVE STRATEGIEN IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	25
4. DIE BEZIEHUNG IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE	27
4.1 DAS PERSONENZENTRIERTE BEZIEHUNGSANGEBOT	27
4.1.1 DIE NOTWENDIGEN UND HINREICHENDEN BEDINGUNGEN THERAPEUTISCHER PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG	27
4.2 DIE VERSCHIEDENEN AUFFASSUNGEN VON BEZIEHUNG IM PERSONENZENTRIERTEN ANSATZ	30
4.2.1 ALTER – EGO – BEZIEHUNG UND DIALOG – BEZIEHUNG	32
4.3 PASSUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE	37
5. DIE NATÜRLICHE ADAPTION IM PERSONENZENTRIERTEN ANSATZ	40
5.1 VERSUCH EINER DEFINITION	41
5.2 DAS VERHÄLTNIS DER NATÜRLICHEN ADAPTION ZU BEZIEHUNGSORIENTIERTER ADAPTION, ZIEL- UND ERGEBNISORIENTIERTER ADAPTION UND SELEKTION	41
5.3 MERKMALE UND MECHANISMEN NATÜRLICHER ADAPTION	44
5.3.1 EXKURS: IMPLIZITES WISSEN / TACIT KNOWING VIEW	45
5.3.2 ZUSAMMENFASSUNG UND QUERVERBINDUNG	48
5.4 NATÜRLICHE ADAPTION IN THEORIE UND PRAXIS	49
5.5 DAS WESEN DER NATÜRLICHEN ADAPTION / ZUSAMMENFASSUNG	57
5.6 VORTEILE, NACHTEILE UND KRITIKPUNKTE DER KONZEPTUALISIERUNG EINER NATÜRLICHEN ADAPTION IM PERSONENZENTRIERTEN ANSATZ	58

6. METHODISCHE VORGEHENSWEISE	61
6.1 FORSCHUNGSFRAGE	61
6.2 FORSCHUNGSMETHODE	62
6.3 WAHL DER GESPRÄCHSPARTNERINNEN	63
6.4 DURCHFÜHRUNG DER GESPRÄCHE	63
6.5 BEARBEITUNG DER GESPRÄCHE	64
6.6 VALIDIERUNG DER AUSSAGEN	64
6.7 KERNAUSSAGEN	64
6.8 AUSGEWÄHLTE VERDICHTUNGSPROTOKOLLE	65
6.8.1 GESPRÄCH MIT THERAPEUTIN B	66
6.8.2 GESPRÄCH MIT THERAPEUT H	78
7. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	91
7.1 ERSTES EINSTELLEN UND RAHMENBEDINGUNGEN	92
7.1.1 EINSTELLEN ÜBER BAUCH UND HIRN	93
7.2 OFFENHEIT	93
7.2.1 WENN ETWAS OFFEN GEBLIEBEN IST	94
7.3 WAHRNEHMUNG UND RESONANZ	94
7.3.1 DAS EIGENE ERLEBEN ZUR VERFÜGUNG STELLEN UND RÜCKMELDUNGEN GEBEN	96
7.4. SCHWIERIGE SITUATIONEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	96
7.4.1 UMGANG MIT SCHWIERIGEN SITUATIONEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	98
7.5 BEZIEHUNG UND PASSUNG	101
7.6 ERFAHRUNG UND ORTSKENNTNIS	103
7.7 DIE EIGENE PERSÖNLICHKEIT / DAS EIGENE GEWORDENSEIN	105
7.8 STÖRUNGSSPEZIFISCHES WISSEN	106
7.9 THERAPEUTISCHE INTERAKTION	107
7.10 AUF SICH SELBST SCHAUEN	110
7.11 RELEVANZ DER AUSBILDUNG	110
8. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	112
8.1 REFLEXION DER METHODE	112
8.2 GEWONNENE ERKENNTNISSE	112
8.2.1 EINSTELLUNGSPROZESSE UND RAHMENBEDINGUNGEN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	112
8.2.2 OFFENHEIT	113
8.2.3 WAHRNEHMUNG UND RESONANZ	114
8.2.4 SCHWIERIGE SITUATIONEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	115
8.2.5 BEZIEHUNG UND PASSUNG	116
8.2.6 ERFAHRUNG UND ORTSKENNTNIS	117
8.2.7 DIE EIGENE PERSÖNLICHKEIT / DAS EIGENE GEWORDENSEIN	118
8.2.8 STÖRUNGSSPEZIFISCHES WISSEN	118
8.2.9 THERAPEUTISCHE INTERAKTION	119
8.2.10 AUF SICH SELBST SCHAUEN	120
8.2.11 RELEVANZ DER AUSBILDUNG	120
9. RESÜMEE UND OFFENE FRAGEN	122
9.1 OFFENE FRAGEN	124
BIBLIOGRAPHIE	126

<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>132</u>
<u>ANHANG</u>	<u>133</u>
<u>CURRICULUM VITAE</u>	<u>227</u>
<u>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</u>	<u>228</u>

1. Einleitung und Problemstellung

„Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen.“

(in Anlehnung an Polanyi, 1985)

1.1. Entwicklung der Problemstellung

Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer „natürlichen Adaption“ im personenzentrierten Ansatz bildet die Auseinandersetzung mit differentiellen Konzepten und adaptiven Strategien innerhalb des personenzentrierten Ansatzes bzw. der personenzentrierten Psychotherapie¹. Der personenzentrierte Ansatz hat seit seiner „Geburtsstunde“ eine lange Entwicklung durchlaufen, die unter anderem mit der Ausformulierung differentieller Konzepte, abseits des klassischen personenzentrierten Grundkonzeptes, verbunden war. Im Zuge der zunehmenden Diversifikation des Ansatzes, die mit dem Tod Carl Rogers (1987) noch weiter vorangetrieben wurde, wurde der personenzentrierte Ansatz zusehends zu einem Ort der Methodenanleihe, Methodenintegration und Methodenvielfalt. Dabei spielten die breite Anwendbarkeit des Konzeptes sowie gesundheitspolitische Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle für diese Entwicklung (Hutterer, 2005). So kam es zur Anwendung des personenzentrierten Konzeptes auf außertherapeutische Bereiche, wie z.B. Erziehung, Sozialarbeit und Medizin (Hutterer, 2005), aber ebenso zur Ausdifferenzierung unterschiedlicher differentieller Konzepte innerhalb des psychotherapeutischen Vorgehens.

In Zusammenhang mit Weiterentwicklungen des personenzentrierten Grundkonzeptes sowie differentiellen Konzepten innerhalb des Ansatzes sind immer wieder die Schlagworte „adaptives Vorgehen“ bzw. „adaptive Interventionsstrategien“ zu finden. Mit diesen Schlagwörtern wird ein Phänomen beschrieben, das in der Literatur sowohl positiv als auch negativ dargestellt wird (z.B. Frohburg 1989, Hutterer 2005). „Der Begriff „Adaptive Interventionsstrategien“ soll ganz allgemein die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Bedingungen des jeweiligen Patienten oder einer

¹ In dieser Arbeit werden überwiegend die Begriffe „personenzentrierter Ansatz“ und „personenzentrierte Psychotherapie“ verwendet, um das breite Spektrum personenzentrierter Therapiekonzept(weiter)entwicklungen zu berücksichtigen. Die in der Literatur vorkommenden Begriffe „personenzentrierte Psychotherapie“, „klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Der Begriff „personenzentrierte Psychotherapie“ wird besonders dann verwendet, wenn Bezug auf die therapeutische Beziehung genommen wird.

definierten Klientengruppe ausdrücken.“ (Frohburg, 1989, S.7). Frohburg beschreibt diese Form der Anpassung als „wichtigen aktuellen Trend in der Psychotherapie“ (Frohburg, 1989, S.6), der der Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung dient. Dieser Trend hat auch über die Jahre hinweg nichts von seiner Aktualität verloren und hat gerade im personenzentrierten Ansatz zu einer andauernden Diskussion darüber geführt, wie viel Erweiterung und Modifizierung der personenzentrierte Ansatz verträgt, um dennoch personenzentriert zu bleiben (Geiser Juchli, 2003).

In der Literatur findet sich das Thema adaptiver (Interventions-) Strategien im personenzentrierten Ansatz bei Frohburg (1992) und Hutterer (2005), die jeweils unterschiedliche Adaptionstrategien voneinander unterscheiden. So unterscheidet Hutterer (2005) zwischen beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption und führt die Perspektive der Selektion bzw. des selektiven Vorgehens ein. Frohburg (1992) wiederum unterscheidet in „Konzeptübergreifende Adaptionsansätze“ und „Konzeptinterne Adaptionsansätze“ und präzisiert, wie Anpassungen seitens der Therapeutin² aussehen können. Sie erwähnt dabei implizite und explizite Entscheidungsheuristiken sowie die Persönlichkeit der Therapeutin als relevant. In diesem Zusammenhang verweist auch Hutterer (2005) darauf, dass die Persönlichkeit der Therapeutin Einfluss auf ihr therapeutisches Vorgehen nimmt.

1.2 Forschungslücke und Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich nun darauf, ob es im personenzentrierten Ansatz, abseits der beschriebenen Adaptionstrategien eine Form der Adaption gibt, die dem personenzentrierten Ansatz in Theorie und Praxis von jeher immanent ist. Diese Form der Adaption soll daher als „natürliche Adaption“ bezeichnet werden, da sie der Natur des personenzentrierten Ansatzes entspricht bzw. entspringt und eine „Zwischen – Position“ zu den genannten Adaptionsformen darstellt. Ausgangspunkt der Überlegungen bildet hierbei die Annahme, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit weit mehr zu wissen scheinen, als sie zu sagen wissen. Dabei ist ihr therapeutisches

² Es werden in der vorliegenden Arbeit überwiegend die Termini „Therapeutin“ und „Klientin“ verwendet, da es in der Praxis mehr weibliche Therapeutinnen und Klientinnen gibt als männliche Therapeuten und Klienten. Diese geschlechtsspezifische Verteilung findet sich auch in der empirischen Studie dieser Arbeit wieder, zumal die Mehrzahl der GesprächsteilnehmerInnen weiblich ist. Es sind aber in jedem Fall sowohl männliche als auch weibliche TherapeutInnen und KlientInnen angesprochen. Wird in der zitierten Literatur oder von einer der GesprächspartnerInnen die männliche Form verwendet, so wird diese auch im Text übernommen.

Tun weder ausschließlich beziehungsorientiert adaptiv, ziel- und ergebnisorientiert adaptiv noch rein selektiv zu sehen. Es wird angenommen, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit das personenzentrierte Beziehungsangebot nicht nur der personenzentrierten Therapietheorie entsprechend verwirklichen, sondern auch ihren persönlichen Möglichkeiten und Voraussetzungen eine wichtige Rolle für Anpassungsprozesse in der Therapie spielen. Mittelpunkt des Interesses stellen die Präsenz der Therapeutin, ihre Kongruenz sowie ihre Empathie dar. In diesen Variablen findet sowohl die Persönlichkeit der Therapeutin als auch ihr Erfahrungswissen, im Sinne impliziten Wissens, Niederschlag und wirkt so in der Beziehungsgestaltung mit der Klientin mit. Nachdem die Persönlichkeit der Therapeutin für ihre „Wirksamkeit“ entscheidend ist und authentische Reaktionen je nach Persönlichkeit recht unterschiedlich ausfallen können (Hutterer, 2005), rückt die Persönlichkeit der Therapeutin in Verbindung mit ihrem impliziten Erfahrungswissen in den Fokus der Betrachtung adaptiver Strategien und differentiellen Vorgehens.

Die Frage nach einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz erschließt insofern eine Forschungslücke, als sich in der Literatur keine Erörterung dieser Thematik findet bzw. die Erörterungen adaptiver und differentieller Strategien nicht unter dem Fokus impliziten Wissens stattfinden. Es lässt sich in der Literatur allerdings bei Hutterer (1996) ein möglicher Hinweis auf eine solche Adaptionform finden:

I assume, that we would identify experienced therapists as competent, gradually developing a silent “user theory” which stands next to the “official theory” (...) guiding the therapeutic actions. This “user theory” is not an if – then – theory, it is a how – to – theory: Knowledge about how to be, how to do, how to perceive. (...) They (the therapists) have developed “personal principles” of regulating their own attitudes and actions in the therapeutic situation in order to come to a consistent “personcentered style” in relation to the client’s way of expression and adapted to the client’s style (...). (S.410)

Diese Darstellung verweist bereits auf wichtige Punkte, die für die Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption relevant sind und spricht dabei den Aspekt des impliziten Wissens sowie die Relevanz der Persönlichkeit der Therapeutin an.

Es wird in dieser Arbeit daher der Versuch unternommen eine alternative Sichtweise adaptiver Strategien im personenzentrierten Ansatz einzuführen und so auch eine differenzierte Betrachtung der Diskussion um differentielles Vorgehen zu ermöglichen. Um einer solchen alternativen Sichtweise näher zu kommen wird sowohl im

theoretischen als auch im empirischen Teil der Arbeit der Frage nachgegangen, wie sich Therapeutinnen auf ihre Klientinnen einstellen, und welche Prozesse dabei wirksam werden. Diese Einstellungsprozesse werden daraufhin unter dem Blickwinkel impliziten Wissens näher betrachtet.

1.3 Die pädagogische Relevanz

Die pädagogische Relevanz dieser Arbeit ist dort zu finden, wo es um Einstellungsprozesse in pädagogischen Beziehungen geht, sie ist aber ebenso in Zusammenhang mit implizitem Lernen zu bringen. So kann davon ausgegangen werden, dass auch in pädagogischen Beziehungen das implizite Wissen der Pädagogin an ihren Einstellungsprozessen beteiligt ist und daher ebenso eine wichtige Rolle für ihre Beziehungsgestaltung spielt.

In Bezug auf implizites Lernen kann festgehalten werden, dass implizites Wissen nicht unterrichtbar, sondern allenfalls „coachbar“ (Klappacher, 2006, S. 29) ist.

Der tacit knowing view ist also an einer Didaktik interessiert, die den Frontalunterricht hinter sich lässt und sich stattdessen einem Lernen in praktisch – relevanten Situationen und vor allem einem Lernen durch Sozialisationsprozesse in Expertenkulturen zuwendet. Die persönliche Meister – Lehrlings – Beziehung wird wieder aufgewertet und steht im Mittelpunkt des impliziten Lernens. (Klappacher, 2006, S.29)

Das Lernen durch eigene Handlungserfahrungen ist in dieser Sichtweise zentral für den Aufbau einer bestimmten Kompetenz (Klappacher, 2006).

1.4 Aufbau der Arbeit

Um dem Konzept einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz näher zu kommen wird in Kapitel 2 darauf eingegangen, was überhaupt unter Adaption bzw. adaptiven Interventionsstrategien (Frohburg, 1989) in der Psychotherapie zu verstehen ist, um in Kapitel 3 differentielle Konzepte und adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie näher zu beleuchten. Nachdem Einstellungs- und Anpassungsprozesse in der personenzentrierten Psychotherapie nicht losgelöst von der therapeutischen Beziehung betrachtet und verstanden werden können, wird in Kapitel 4 auf die therapeutische Beziehung im personenzentrierten Ansatz näher eingegangen. Das Kapitel 5 stellt quasi das Herzstück der Diplomarbeit dar und widmet sich der Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption. So wird in diesem Kapitel der Versuch einer Definition sowie eine schematische Darstellung dieser

Adaptionsform vorgenommen. Weiters wird die natürliche Adaption in Relation zu der beziehungsorientierten Adaption, der ziel- und ergebnisorientierten Adaption und der Selektion gesetzt und beschrieben. Hierauf werden die der natürlichen Adaption zugrunde liegenden Mechanismen unter besonderer Berücksichtigung impliziten Wissens dargestellt und Anhaltspunkte in Theorie und Praxis für das Vorhandensein einer solchen Adaptionsform gesucht. Es wird ebenfalls auf Vorteile, Nachteile und Kritikpunkte dieser Konzeptualisierung eingegangen.

Der empirische Teil dieser Arbeit dient der Anreicherung des theoretischen Teils der Arbeit und beruht auf einer qualitativen Untersuchung mittels des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000), die in Kapitel 6 näher erörtert wird. Im Anschluss an die Darstellung der gewonnenen Ergebnisse in Kapitel 7 werden diese im folgenden Kapitel in Bezug zum theoretischen Teil der Arbeit gesetzt und diskutiert. Den Abschluss der Arbeit bilden Resümee und offene Fragen in Kapitel 9.

2. Adaptive Strategien in der Psychotherapie

In diesem Kapitel soll das Phänomen der Adaption in der Psychotherapie allgemein vorgestellt und näher beschrieben werden, um den Einstieg in die Thematik zu erleichtern. Weiters wird kurz auf die historische Entwicklung dieser Strategien eingegangen sowie auf die Grenzen adaptiven Vorgehens.

2.1. Definition

Was versteht man nun unter dem Begriff der Adaption? Unter Adaption bzw. dem synonym gebrauchten Begriff der Adaptation versteht man allgemein eine Anpassung an Gegebenheiten, an bestimmte Umstände bzw. an die Umwelt (Dudenverlag, 2001).

In der Psychotherapie findet sich der Begriff der Adaption vor allem in dem Begriff der adaptiven Interventionsstrategien wieder. „Der Begriff „Adaptive Interventionsstrategien“ soll ganz allgemein die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Bedingungen des jeweiligen Patienten oder einer definierten Klientengruppe ausdrücken.“ (Frohburg, 1989, S.7). Frohburg unterscheidet bei adaptiven Interventionsstrategien zwischen konzeptexternen und konzeptinternen Strategien, wobei konzeptexterne Strategien weiters in Methodenintegration und Methodenkombination und konzeptinterne Strategien in Methodenerweiterung und Methodendifferenzierung unterteilt werden können.

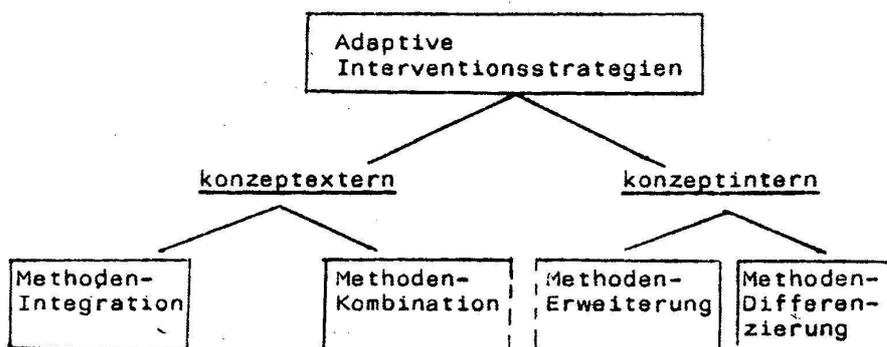


Abbildung 1: Adaptive Interventionsstrategien (Frohburg, 1989, S.7)

Die Entwicklung und Realisierung solcher adaptiver Interventionsstrategien kann nun auf unterschiedliche Weisen stattfinden. Diese kann konzeptextern durch Integration und Kombination unterschiedlicher Therapiemethoden oder Methodenelemente oder

aber konzeptintern durch bedingungsabhängige Differenzierung einzelner Methoden geschehen (Frohburg, 1989).

Von Integration ist nach Frohburg (1989) dann zu sprechen, wenn ein übergeordnetes theoretisches Modell vorliegt in das die verschiedenen Methoden bzw. Methodenelemente integriert werden. Diese Integration kann nun auf zwei unterschiedlichen Wegen stattfinden: Einerseits kann durch eine zugrunde liegende bzw. übergreifende Metatheorie der Stellenwert einzelner Interventionen bestimmt werden und diese entsprechend in das Behandlungskonzept integriert werden. Andererseits „(...) können durch phänomenologische und strukturelle Analyse der verschiedenen theoretischen Positionen sowie durch die Erforschung der jeweiligen Therapiepraxis diejenigen „Bausteine“ gefunden werden, die in allen gemeinsam zum Tragen kommen und die damit zur Grundlage einer neuen Theoriebildung werden könnten.“ (Frohburg, 1989, S.8).

Unter Kombination versteht man in diesem Zusammenhang, dass dem adaptiven Gebrauch unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden oder Interventionsstrategien kein methodenübergreifendes theoretisches Modell zugrunde liegt, sondern ein „(...) individuums- oder gruppenbezogenes Behandlungsprogramm auf der Basis schuleneigener Theorien zusammengestellt wird.“ (Frohburg, 1989, S.9). Eine Methodendifferenzierung wiederum findet nicht methodenübergreifend statt, sondern vollzieht sich innerhalb eines bestimmten Therapiekonzeptes. Hierbei findet eine Anpassung der therapeutischen Interventionsstrategien an bestimmte Ausgangs-, Situations- und Prozessbedingungen statt. Von einer Methodenerweiterung kann dann gesprochen werden, wenn nur einzelne Elemente einer oder mehrerer anderer Methoden, so genannte Methodenbausteine, in ein Therapiekonzept übernommen werden, ohne dass sich aber der Gesamtrahmen des Therapiekonzeptes dadurch verändert (Frohburg, 1989). Die Autorin merkt hierbei an, dass diese Methodenerweiterung immer wieder in die Nähe einer Methodenkombination rücken oder gar in diese übergehen kann (dieser Sachverhalt wird in Abb. 1 durch die durchbrochenen Linien veranschaulicht).

Bei der Anwendung dieser adaptiven Interventionsstrategien kommen bei der Psychotherapeutin sowohl implizite als auch explizite Entscheidungsheuristika zur Anwendung, die sich laut Frohburg (1989) als Konditionsregeln beschreiben lassen.

Zur Anwendung adaptiver Interventionsstrategien meint Frohburg (1989) weiter:

Die Relevanz der jeweils modifizierenden Bedingungen muß dabei im einzelnen bestimmt und begründet werden. Sie können im Bereich der Nosologie, der persönlichkeits-, störungs- und handlungsbezogenen Psychodiagnostik, der speziellen Therapie-Prozess-Merkmale, vielleicht auch im Alter und Geschlecht der Patienten (oder Therapeuten) und anderswo gesucht werden. (S.8)

Jene Mechanismen, die einem adaptiven Vorgehen bzw. der Anwendung adaptiver Interventionsstrategien zugrunde liegen, werden hier nur kurz erwähnt, da eine ausführliche Darstellung in Kapitel 3 vorgenommen wird.

2.2. Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie

Wendet man sich nun der Frage nach der Entwicklung der Adaption bzw. eines adaptiven Vorgehens in der Psychotherapie zu, so muss man zunächst feststellen, dass der Text von Frohburg (1989) der einzige Text ist, der sich dezidiert mit diesem Thema auseinandersetzt (und zwar nicht nur auf ein einzelnes psychotherapeutisches Konzept bezogen). So finden sich in diesem Werk auch einige Anhaltspunkte für die Entwicklung dieses Vorgehens in der Psychotherapie, welche bis heute nur wenig an Aktualität verloren haben, wenn auch die Literatur bereits zwanzig Jahre alt ist. Frohburg (1989) weist zunächst darauf hin, dass die Methodenvielfalt innerhalb der Psychotherapie zunehmend den Vergleich der unterschiedlichen Schulen bzw. Methoden verlangt, um spezifische Indikationen sowie spezifische Effekte einzelner psychotherapeutischer Methoden erfassen zu können und so die psychotherapeutische Behandlung an den wachsenden Kreis von Klientinnen mit unterschiedlichen Störungsbildern anpassen zu können. Frohburg weist darauf hin, dass sich das Spektrum an Störungsbildern, Leidenszuständen und Behandlungsbedingungen stetig erweitert und es daher Ziel ist „(...) durch eine weitgehende Individualisierung der Behandlung den Therapieprozess zu optimieren, um dadurch die therapeutische Effektivität zu verbessern.“ (Frohburg, 1989, S.6). Ein weiteres Ziel sei es „(...) den Anwendungsbereich psychotherapeutischer Einflußmöglichkeiten zu erweitern.“ (Frohburg, 1989, S.6).

In Zusammenhang mit Frohburgs Aussagen lassen sich einige Einflussfaktoren für die Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie finden:

- der Effektivitätsanspruch und Erfolgsdruck unter den die Psychotherapie durch gesundheitspolitische Entwicklungen geraten ist sowie der damit verbundene Konkurrenzkampf psychotherapeutischer Schulen³ (Hutterer, 2004a, 2005)
- der Einfluss der Psychotherapie- bzw. Wirksamkeitsforschung
- die Forderung nach einer allgemeinen, integrativen und umfassenden Psychotherapie abseits jeglichen Schulendenkens (z.B. Grawe, Donati & Bernauer, 1994)

So wird im Bereich der Psychotherapieforschung von Grawe et al. (1994) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass es im Sinne eines professionellen Arbeitens unerlässlich sei, den Nutzen und die Wirksamkeit einzelner Methoden zu (er)kennen und diese, um der Effektivität willen in die eigene Arbeit zu integrieren bzw. sie zu adaptieren, unabhängig davon, in welchem Therapiekonzept man arbeitet. So liest sich das Werk von Grawe et al. (1994) abschnittsweise wie eine Anklageschrift an all jene, die nicht um der Effektivität willen bereit sind ihre „therapieschulenorientierte „Scheuklappen“ - Ausbildung“ (Grawe et al., 1994, S.25) hinter sich zu lassen und sich an den Ergebnissen der Psychotherapieforschung in ihrer Arbeit zu orientieren. An diesen Aussagen lässt sich ablesen, dass die Ergebnisse der Psychotherapieforschung ein adaptives Vorgehen nahe legen und damit auch dazu beigetragen haben, dass adaptive Strategien in der Psychotherapie Anwendung gefunden haben.

Der Einfluss der Psychotherapieforschung auf Entwicklungen innerhalb der Psychotherapie ist natürlich wesentlich umfassender und bedarf sicherlich einer kritischen Betrachtung, die zwar auf die Thematik dieser Arbeit bezogen interessant wäre, den Rahmen jedoch sprengen würde. Es lohnt sich aber diesem Thema nachzugehen, wie z.B. mit dem Werk von Fäh und Fischer (1998), das sich dem Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung widmet, oder sich mit den kritischen Beiträgen zur Psychotherapieforschung von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) zu befassen.

³ Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 3 in Bezug auf die historische Entwicklung differentieller Konzepte und adaptiver Strategien im personenzentrierten Ansatz ausführlicher eingegangen.

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie, der hier noch kurz angeführt werden soll, ist die Forderung nach einer so genannten „allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe et al., 1994), einer „integrativen Psychotherapie“ (Frohburg, 1989) oder einer „eklektischen Psychotherapie“ (Thorne, 1982). Diesen unterschiedlich benannten Konzepten ist gemein, dass sie eine Psychotherapie forcieren, die keine Schulenstreitigkeiten mehr kennt, sondern sich ausschließlich an den neuesten Erkenntnissen und Errungenschaften der Forschung auf dem Gebiet der Psychologie, der Psychiatrie bzw. der Psychotherapie orientiert. So sollen unterschiedliche psychotherapeutische Methoden auf ihre Nützlichkeit hin untersucht und dann entsprechend adaptiert werden. Grawe et al. (1994) sehen in einer solchen allgemeinen Psychotherapie die Lösung aller Schulenstreitigkeiten und scheinen darin den „Sieg der Vernunft“ zu wittern, bzw. den Sieg der Forschung über die Überzeugung und führen dabei immer das Wohl der Klientinnen als leitend an. Thorne (1982) erhofft sich mehr Klarheit in dem psychotherapeutischen Schulenwirrwahr und nur Frohburg (1989) merkt kritisch an, dass eine solche integrative Psychotherapie wohl einer sehr umfassenden und gewissenhaften Prüfung der Therapiemethoden sowie ihres Zusammenwirkens bedarf.

Im Rahmen dieser Arbeit würde eine ausführliche Erörterung der genannten Entwicklungsbedingungen zu weit führen, weshalb diese hier nur verkürzt dargestellt werden. Es zeigt sich allerdings auch in dieser kurzen Darstellung, dass sich einige Anhaltspunkte für die Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie finden und anführen lassen, die gleichzeitig auch ein Stück weit die Rahmenbedingungen aufzeigen, in denen die Psychotherapie auch heutzutage eingebettet ist.

2.3. Grenzen adaptiver Strategien in der Psychotherapie

Wirft man einen Blick auf die Grenzen adaptiver Strategien in der Psychotherapie so scheint zunächst die Verlockung Therapiemethoden quasi nach Gutdünken zu adaptieren und zu kombinieren besonders groß zu sein und so warnt Frohburg (1989) vor der Gefahr eines „blinden Eklektizismus“ (S.10). Mit diesem blinden Eklektizismus scheint auch auf besondere Weise die Gefahr verbunden zu sein ökonomische Beweggründe vor ethische und wissenschaftliche Verantwortung bzw. Gewissenhaftigkeit zu stellen, wobei hier der Umgang mit Forschungsergebnissen und wissenschaftlichen Erkenntnissen wohl eine entscheidende Rolle spielt (Fäh &

Fischer, 1998). Es besteht in diesem Zusammenhang auch die Gefahr sich durch die Adaption von Therapiemethoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt wurde, langsam aber sicher unter wissenschaftliche, ökonomische und gesundheitspolitische Ansprüche unterzuordnen und sich von diesen leiten zu lassen (vgl. Hutterer, 2004a). Weiters stößt man auch dort an die Grenzen adaptiver Strategien, wo die Frage nach der Verträglichkeit eines bestimmten psychotherapeutischen Konzeptes mit den adaptierten Therapiemethoden nicht oder nur unzureichend gestellt bzw. beantwortet wird (Frohburg, 1989). Eine Grenze, die weiters zu beachten ist, ist jene, dass es kaum möglich ist, weder durch Adaption noch durch andere Strategien, für jede Klientin mit ihren individuellen Voraussetzungen ein „maßgeschneidertes“ psychotherapeutisches Behandlungskonzept anbieten zu können, zumal man eine Klientin nicht lediglich auf ein bestimmtes Störungsbild oder bestimmte Variablen reduzieren kann. Die Anwendung adaptiver Strategien scheint immer wieder damit verbunden zu sein, dass sie der Anwenderin suggeriert auf diesem Wege für alle Eventualitäten in der Praxis gerüstet zu sein und für jede Klientin, für jedes Störungsbild und für jedes Symptom das richtige „Werkzeug“ parat zu haben.

Daher ist es stets wichtig zu betonen, dass adaptive Strategien ihre Grenzen haben und, dass es immer eines sehr reflektierten Umgangs bedarf, um verantwortungsvoll und professionell arbeiten zu können (vgl. Frohburg, 1989, 1992).

In diesem Kapitel wurde nun dargestellt, was man unter Adaption bzw. adaptiven (Interventions-) Strategien in der Psychotherapie verstehen kann und wie diese sich, innerhalb welcher Rahmenbedingungen, entwickelt haben. Nun wird im folgenden Kapitel auf differentielle Konzepte und adaptive Strategien speziell im personenzentrierten Ansatz bzw. der personenzentrierten Psychotherapie eingegangen.

3. Differentielle Konzepte und adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie

In diesem Kapitel soll zunächst ein Überblick über die historische Entwicklung der personenzentrierten Psychotherapie und ihrer differentiellen Konzepte gegeben werden, um dann einige differentielle Konzepte kurz vorzustellen. Schließlich wird auf adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie und im Besonderen auf die ziel- und ergebnisorientierte Adaption, auf die beziehungsorientierte Adaption aber auch auf die Perspektive der Selektion näher eingegangen.

3.1 Die historische Entwicklung der personenzentrierten Psychotherapie

Seit Carl Rogers und den Anfängen der personenzentrierten Psychotherapie hat es zahlreiche Weiterentwicklungen und Differenzierungen innerhalb des Konzeptes gegeben. Nach Stumm und Keil (2002) lässt sich die Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes in vier Phasen einteilen, auch wenn diese nicht ganz so geradlinig verlaufen ist, wie es die folgende Darstellung vermuten lässt.

- 1. Die nicht – direktive Phase (ca. 1940-1950) ist dadurch charakterisiert, dass sich dieser neue Ansatz als Gegensatz zu dem vorherrschenden analytisch – direktiven Vorgehen sieht und sich hauptsächlich darüber definiert, was er alles nicht ist. Wichtige Begriffe dieser Phase sind: Klärung von Gefühlen, Rapport, Katharsis und Einsicht.
- 2. Die klientenzentrierte Phase (ca.1950-1960) zeichnet sich dadurch aus, dass das Hauptaugenmerk auf die Selbstexploration der Klientin, ihren inneren Bezugsrahmen und die Bedeutung der Gefühle für die Klientin gelegt wird. Die Technik des Spiegeln von Gefühlen ist in dieser Phase vorrangig. In dieser Phase wird die Ablehnung einer psychologischen Diagnostik geschlossen vertreten und das personenzentrierte Konzept wird für immer mehr Anwendungsfelder fruchtbar gemacht, so z.B. für Gruppenarbeit, Kinderpsychotherapie und den Bildungsbereich.
- 3. Die erlebnisorientierte Phase (ca. ab 1960) rückt zunehmend die Offenheit der Therapeutin in den Blickpunkt sowie eine unmittelbarere Bezugnahme auf die Erfahrungs- bzw. Erlebniswelt der Klientin. In dieser Phase hat sich Eugene Gendlin besonders dem Erleben (Experiencing) in der Psychotherapie gewidmet. Es findet darüber hinaus eine Erweiterung der

Vorgehensmöglichkeiten der Therapeutin statt und so werden nun abgesehen vom Spiegeln der Gefühle auch z.B. das Nachfragen, der Ausdruck eigener Gefühle etc. in das therapeutische Repertoire miteinbezogen. Der innere Bezugsrahmen der Therapeutin erhält nun auch einen wichtigen Stellenwert in der Therapie und so streicht Rogers die Wichtigkeit der von ihm postulierten Kongruenz heraus. In dieser Phase ist auch der Einfluss der Begegnungsphilosophie Martin Bubers bemerkbar. Weiteren Einfluss auf die Entwicklung des personenzentrierten Konzeptes hatte Carl Rogers Arbeit mit schizophrenen Klientinnen während des sogenannten „Wisconsin – Projektes“, da im Zuge dessen ein Überdenken des gefühlsreflektierenden Denkens notwendig wurde. Weitere Anwendungsbereiche wie Erziehung, Encountergruppen etc. wurden erschlossen.

- 4. Die Phase der Diversifikation (ca. ab 1980) ist dadurch charakterisiert, dass durch die Verbreitung des personenzentrierten Konzeptes und durch die scheinbar leicht zu verwirklichenden Grundeinstellungen dieses Konzeptes, viele Praktikerinnen angezogen wurden, die wiederum in ihrer praktischen Arbeit mit Klientinnen das Konzept erweitert, modifiziert und an ihr Arbeitsfeld angepasst haben. Mit dem Tod Carl Rogers 1987 wird diese zunehmende Diversifikation bzw. Spezialisierung weiter vorangetrieben.

(vgl. Stumm&Keil, 2002)

So wurde der personenzentrierte Ansatz bzw. die personenzentrierte Psychotherapie spätestens nach dieser vierten Entwicklungsphase zusehends auch zu einem Ort der Methodenleihe, Methodenintegration und Methodenvielfalt (vgl. Stumm&Keil, 2002, Hutterer, 2005). Die Beweggründe hierfür sind unter anderem in der Erweiterung des Anwendungsgebietes des personenzentrierten Ansatzes sowie in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu sehen (Hutterer, 2005). So haben sich innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie mit der Zeit unterschiedliche Strömungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen sowie einzelne differentielle Konzepte herauskristallisiert. Eine allgemeingültige Einteilung dieser Strömungen vorzunehmen und die verschiedenen differentiellen Konzepte dementsprechend zuzuordnen, ist allerdings kaum möglich. So finden sich je nach Autoren und Autorinnen unterschiedliche Einteilungen, die oft landes-, kulturraum- bzw. sprachraumspezifisch sind. So hat sich die personenzentrierte Psychotherapie

bzw. der personenzentrierte Ansatz auch von Land zu Land unterschiedlich weiterentwickelt und unterschiedliche Schulen hervorgebracht (siehe dazu, am Beispiel von UK, Sanders (Ed.), 2004).

Bevor aber auf die Entwicklungsbedingungen und Entwicklungsverläufe differentieller Konzepte näher eingegangen wird, soll der Versuch einer Einteilung der verschiedenen Strömungen vorgenommen werden, um das breite Spektrum personenzentrierter Perspektiven und Handlungsgrundlagen zu veranschaulichen. Stumm und Keil (2002) erkennen hierbei drei unterschiedliche Grundorientierungen in der therapeutischen Arbeit:

- Klassische Orientierung: Der Stellenwert der therapeutischen Beziehung als personale Begegnung wird betont ebenso wie das phänomenologische Feld der Klientin und die Präsenz der Therapeutin.
- Phasen- und störungsspezifische Orientierung: Hier kann zwischen Konzepten mit existenzphilosophischem Hintergrund, Konzepten auf Basis des Inkongruenzkonzeptes mit phänomenologisch-deskriptiver bzw. empirischer Orientierung und phänomenologisch-hermeneutisch geprägten Konzepten mit interaktionell-dialogischer Gewichtung unterschieden werden.
- Experienzielle Orientierung: Hier findet eine besondere Bezugnahme auf den „Felt-Sense“ nach Gendlin und auf das Implizite statt und wird zum Teil mit strukturierenden, erlebnisaktivierenden und prozessdirektiven Interventionen verbunden.

3.2 Die Entwicklung differentieller Konzepte in der personenzentrierten Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, hat sich die personenzentrierte Psychotherapie in unterschiedliche Richtungen (weiter)entwickelt und kommunizierbare differentielle Konzepte hervorgebracht (Hutterer, 2005). Wieso aber ist diese Entwicklung so unterschiedlich verlaufen und warum hat sich eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte oder, wie Frohburg (2005) sie nennt, „methodische Akzentsetzungen“ oder „unterschiedliche Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik“ (S.22) innerhalb ein und desselben Ansatzes entwickelt? Für diese Entwicklung scheinen eine Reihe von Faktoren ausschlaggebend zu sein, die sich in Praxis und Theorie personenzentrierter Psychotherapie finden lassen. Nachdem es bereits in der Pionierphase der personenzentrierten Psychotherapie die Praxis war, aus der heraus

Erfahrungen und Erkenntnisse formuliert wurden, soll hier ebenfalls die Praxis den Ausgangspunkt der Erörterung bilden.

Wie auch die Entwicklung des Ansatzes nicht im „luftleeren Raum“ stattfand, so fand auch die erfolgreiche Verbreitung des personenzentrierten Konzeptes eingebettet in einen historischen, (gesundheits)politischen und kulturellen Kontext statt. „Diese Verbreitung verlief international, interkulturell und interprofessionell.“ (Hutterer, 2005, S.5). Dazu kam, dass Rogers' Schriften in zahlreiche Sprachen übersetzt wurden und das Interesse verschiedener Berufsgruppen (z.B. im medizinischen, pädagogischen und psychosozialen Bereich) an diesem Ansatz geweckt wurde (Hutterer, 2005). Neue Aufgabengebiete und Arbeitsbereiche wurden erschlossen und der personenzentrierte Ansatz wurde in verschiedenen Settings erprobt und verankert (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Gruppentherapie, personenzentrierte expressive Kunsttherapie etc.). Diese Verbreitung wird auch mit dem Schlagwort „Psychoboom“ in Verbindung gebracht (Hutterer, 1992). Die vom Psychoboom ausgehende Dynamik nahm auf die Psychotherapie (in Österreich) und damit auch auf die personenzentrierte Psychotherapie starken Einfluss. Sie brachte den „Trend zu Instrumentalismus und Psychotechnologien“, den „Trend zu linearem Denken und mehr Leistung“ sowie „Konkurrenzdruck und die Eskalation des Technologiebedarfs“ (Hutterer, 1992, S.78 f.) mit sich. Ebenso nahmen die gesundheitspolitischen Veränderungen (vor allem bezogen auf Österreich und Deutschland) nachhaltig Einfluss auf die Weiterentwicklungen innerhalb des personenzentrierten Ansatzes (Hutterer, 2004a, 2005). Durch die gesetzliche Gleichstellung der Psychotherapie mit ärztlichen Hilfeleistungen in Österreich und der Aufnahme psychotherapeutischer Behandlung in den Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen wurde auch das Ausbildungswesen reglementiert. So kam es in weiterer Folge zu einem Konkurrenzkampf um Marktpräsenzen sowohl im Gesundheits- als auch im Ausbildungswesen bzw. zu einem Anpassungsdruck psychotherapeutischer Schulen an gesundheitspolitische Vorgaben (Hutterer, 2004a). Diese zunehmende „Domestizierung der Psychotherapie“ (Hutterer, 2004a, S.80) machte sich unter anderem in einer Anpassung der Theoriesprache an die medizinische Fachsprache sowie an das Begriffssystem der Krankenkassen bemerkbar (Hutterer, 2004a). Besonders deutlich wird diese Entwicklung, wenn man einen Blick auf die Entwicklungen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland wirft. Die Bemühungen der Gesprächspsychotherapie gehen dahin ebenso wie die

Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren, von den Krankenkassen anerkannt zu werden und so „(...) entstand der Eindruck, dass in vielen facheinschlägigen Publikationen das klientenzentrierte Konzept mit dem Bestreben sich anzupassen „umgeschrieben“ wurde, und zwar unter starker Verwendung einer psychiatrisch – medizinischen Fachsprache.“ (Hutterer, 2005, S.5). Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass das Bundessozialgericht in Kassel am 28.10.2009 den Zugang der Gesprächspsychotherapie zur vertragsärztlichen Versorgung in letzter Instanz abgelehnt hat mit dem Verweis auf die mangelnde Wissenschaftlichkeit des Verfahrens (juris.bundessozialgericht.de, Stand:13.01.2010). Dazu sei gesagt, dass die empirische Erforschung der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie im deutschen Sprachraum wohl in keinem Land so intensiv betrieben wurde wie in Deutschland. So liest sich zum Beispiel bei Sachse (1999) bereits die erste Seite seines Buches zur Gesprächspsychotherapie wie ein umfassender Legitimationsversuch des Verfahrens in Form unzähliger Belege für dessen Wirksamkeit.

Was die Ausdifferenzierung unterschiedlicher differentieller Konzepte im personenzentrierten Ansatz noch weiter vorantrieb, war, dass die Erschließung neuer Anwendungsfelder auch die Arbeit mit neuen Klientinnengruppen mit sich brachte. Es kam daher zu unterschiedlicher Erfahrungsbildung in unterschiedlichen Kontexten und unter verschiedenen Rahmenbedingungen. So stießen personenzentrierte Psychotherapeutinnen in ihrer Arbeit auch an Grenzen, die oft in Zusammenhang mit schwierigen Therapiesituationen, „schweren Fällen“, schweren Störungen (z.B. Schizophrenie, Borderlinestörung), Therapieabbrüchen und therapeutischen Misserfolgen standen (Hutterer, 2005). Im Zuge dieser heterogenen Erfahrungsbildung, die zu einer „unterschiedlichen Anpassung“ (Hutterer, 2005, S.2) der therapeutischen Arbeit führten, entwickelten sich verschiedene Variationen personenzentrierter psychotherapeutischer Arbeit, die sich zum Teil zu expliziten differentiellen Konzepten weiterentwickelten (Hutterer, 2005).

Bevor nun einige Konzepte aufgezählt und beispielhaft dargestellt werden, soll der Frage nachgegangen werden, welche Voraussetzungen der personenzentrierte Ansatz auf Theorieebene mit sich brachte, um solche Entwicklungen zuzulassen oder gar zu begünstigen. Der personenzentrierte Ansatz zeichnet sich vor allem durch seine Offenheit, seine (ursprüngliche) Ablehnung von Dogmatismen und durch ein hohes Maß an Individualisierung (und Individualisierbarkeit) aus. Ein Grund für diese

Offenheit kann laut Stumm und Keil (2002) darin gesehen werden, dass Rogers weniger die Absicht verfolgte eine eigene Therapieschule zu begründen, als vielmehr Grundbedingungen für Psychotherapie ausfindig zu machen. „Von daher ist es nahe liegend, dass Rogers sein Therapiekonzept auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert hat.“ (Stumm & Keil, 2002, S.47). Verbunden damit, dass Rogers meinte, Techniken könnten Kanäle für die therapeutischen Grundeinstellungen sein (Rogers, 2007[1957]) kamen zahlreiche Autoren und Praktiker, zum Beispiel Prouty (2001), zu dem Schluss, dass therapeutische Techniken und Methoden grundsätzlich mit der personenzentrierten Grundhaltung vereinbar sind. Weiters konstatierte Rogers (2007 [1957]), als er 1957 die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung formulierte, dass es derselben Bedingungen bei allen Klientinnen bedarf, unabhängig davon, wie diese diagnostisch zuzuordnen sind. Diese Annahme Rogers' war ein wichtiger Ausgangspunkt für die Verbreitung der personenzentrierten Psychotherapie, doch kam es dabei auch zur Verbreitung sehr verkürzter Auffassungen (und auch Fehlauffassungen) des Konzeptes, so zum Beispiel, personenzentrierte Psychotherapie würde sich im Spiegeln von Gefühlen erschöpfen (Hutterer, 2005). Es wurde, besonders nach dem Tod Rogers, immer wieder Unzufriedenheit über die klassische personenzentrierte Psychotherapie geäußert und ein gewisses Theoriedefizit beklagt (Hutterer, 2005). Auch der Begriff „personenzentriert“ wurde unterschiedlich ausgelegt und je nach Auffassung, für die Befürwortung oder Ablehnung differentiellen Vorgehens herangezogen ebenso wie die Aussagen Rogers'.

Ein ganz wesentlicher Faktor, dem im Rahmen dieser Arbeit noch weitere Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist, dass ein wesentlicher Bestandteil des personenzentrierten Therapiekonzeptes die Kongruenz der Therapeutin sowie ihr reales Zugewesenheit ist. „Die authentische Reaktion von Therapeuten und Therapeutinnen auf einen Klienten in einer spezifischen Situation kann je nach Persönlichkeit sehr verschieden sein (...)“ (Hutterer, 2005, S.4). Die Persönlichkeit der Therapeutin spielt daher eine wichtige Rolle für die Umsetzung des personenzentrierten Konzeptes bzw. personenzentrierter Prinzipien, und so nimmt Hutterer (2005) an, dass diese bei der Entwicklung differentieller Konzepte ebenso beteiligt ist. So „(...) entstehen unterschiedliche Lösungen für dieselbe Aufgabe“ (Hutterer, 2005, S.7). Damit scheint der personenzentrierte Ansatz nicht nur ein Höchstmaß an Individualisierung aufseiten der Klientin anzustreben, sondern ebenso

aufseiten der Therapeutin. Durch die Offenheit des Konzeptes erscheint auch die Umsetzung desselben stark individualisierbar und lädt daher oftmals dazu ein, es so weit zu individualisieren (z.B. auf ein bestimmtes Störungsbild bezogen), dass es kaum noch als personenzentriert wiederzuerkennen ist.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass diese Darstellungen stark gerafft sind und daher lediglich einen Überblick darstellen. Eine ausführliche Darstellung dieser Thematik findet sich bei Hutterer (2005).

3.2.1 Differentielle Konzepte

Im Folgenden sollen nun einige differentielle Konzepte aufgezählt und auf eines beispielhaft eingegangen werden. Für dieses Beispiel wurde das störungsspezifische Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie ausgewählt, um Theoriebildung und praktische Umsetzung am Beispiel der Borderlinestörung zu veranschaulichen. Die Aufzählung bzw. Zuordnung der verschiedenen Konzepte wird nach Frohburg (2005) vorgenommen, die unterschiedlichen methodischen Strömungen innerhalb der Gesprächspsychotherapie einzelne differentielle Konzepte zuordnet.

- Erlebenszentrierte Methoden: Fokusing (Gendlin, 1984; Wiltschko, 2002), Prozess – Erlebenszentrierte Psychotherapie
- Differentielle Methoden: Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1992, 1999), Prozessorientierte Psychotherapie (Swildens, 1991), Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie (Finke & Teusch, 2002), Differentielle inkongruenzbezogene Methoden
- Erfahrungsaktivierende Methoden: Personenzentrierte expressive Kunsttherapie (Rogers N., 1997, 2002), klientenzentrierte Spieltherapie (Axline, 2002 [1947]; Reisel & Fehringer, 2002)

Ein weiteres Konzept, das von Frohburg (2005) nicht erwähnt wird, ist die Prätherapie (Prouty, 2002; Prouty, Van Werde & Pörtner, 1998), die hier nicht unerwähnt bleiben soll.

Exkurs: Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie / Störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie

Unter einem störungsspezifischen Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie versteht man ein Vorgehen bzw. eine „Ausrichtung (...) (in der) das therapeutische Vorgehen systematisch auf die jeweilige Störung des Klienten hin (ausgerichtet wird).“ (Finke & Teusch, 2002, S.147). Es ist bei dieser Vorgehensweise also wesentlich, dass die Therapeutin ihr Interesse und ihre Aufmerksamkeit auf die Beschwerden und Symptome der Klientin lenkt (Finke & Teusch, 2002). Ein Symptom wiederum kann als spezifischer Hilferuf einer Klientin gesehen werden, als ein Ausdruck dafür, „dass die Person ernsthaft aus dem Gleichgewicht ist in ihrem Prozess des Strebens nach Authentizität und ihrer Bitte um Hilfe.“ (Schmid, 2005, S.9). Über diesen speziellen bzw. individuellen Hilferuf soll ein besserer Zugang zur Klientin ermöglicht werden.

So gibt es in verschiedenen Bereichen psychischer Störungen unterschiedlich gut elaborierte Konzepte, die an das jeweilige Störungsbild angepasst wurden. Bereiche, für die spezielle Konzepte erarbeitet wurden sind, nach Sachse (1999):

- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatische Störungen
- partnerschaftliche Störungen
- Schizophrenie

Im Bereich anderer Störungen gibt es zwar Ansätze zu störungsspezifischen Konzepten, jedoch (noch) keine elaborierten und umfassenden Theorien. Solche Bereiche sind z.B. Essstörungen, Drogenabhängigkeit, Zwangsstörungen etc. . Entsprechende Theorien und Konzepte scheinen aber in Arbeit zu sein.

Beispiel eines störungsspezifischen Vorgehens bei einer Borderline-Störung

Kennzeichnend für die Borderline-Persönlichkeit ist eine aktiv betriebene Aufspaltung in unterschiedliche Selbstbilder und ihre Symbolisierungsprozesse (Wahrnehmen, Fühlen, Bewerten, Denken, Wollen, Handeln) (Heinerth, 1997). Phänomenologisch betrachtet kann man sagen:

Dem „Borderline“-Selbstkonzept ermangelt Zusammenhang, Kontinuität und Sicherheit. Daher ist es stets verletzlich; neue Erfahrungen können nicht auf zielstrebige Weise dem Selbstkonzept angepasst werden, weil dieses in sich

widersprüchlich ist, keine Kontinuität von ausreichendem Gewicht zeigt und deshalb nicht konsequent zu verteidigen ist. Man könnte von einem Kriegszustand sprechen, wobei die Fronten nicht klar sind: der Feind steht überall. (Swildens, 1991, S.195).⁴

Mögliche Symptome einer Borderline-Störung können sein:

- Angst vor Emotionen (Emotionen bleiben unsymbolisiert, daher bedrohlich und müssen abgewehrt werden)
- Angst/Panik (die Welt und auch man selbst wird als unberechenbar erlebt)
- Selbstverletzung (Schmerz als Weg, die eigene Existenz zu *spüren*)

(vgl. Heinerth, 1997)

Gesprächspsychotherapie ist bei diesem Störungsbild insofern indiziert, als „(...) eine Borderline-Störung am ehesten durch die Bedingung geheilt werden kann, durch deren Fehlen sie entstanden ist, nämlich durch die Beziehung mit einer Bindungsperson.“ (Heinerth, 1997, S.60).

Ein störungsspezifisches Vorgehen könnte nun folgende Momente enthalten:

- Aufbau von Verbundenheit: Die Therapeutin vermittelt der Klientin, dass sie für sie da ist und sie auch dann nicht wegschicken wird, wenn diese aggressiv oder dergleichen ist, das gibt Sicherheit und vermindert Angst.
- Beziehungsangebot: Gerade von einer Borderline-Persönlichkeit wird, wenn sie sich auf eine Beziehung einlässt, viel Sicherheit gebraucht, und so kann es im Sinne eines störungsspezifischen Vorgehens hilfreich sein, wenn die Therapeutin auch in einem gewissen Maße Auskunft über ihr Leben gibt. Borderline-Persönlichkeiten neigen auch immer wieder zu ausgeprägtem Misstrauen, und so kann dieses Vorgehen auch in dem Sinn verstanden werden, dass die Therapeutin der Klientin gegenüber Transparenz schafft.
- Körperkontakt: In der Therapie können immer wieder Phasen auftauchen, die für die Klientin sehr schwer sind und wo sichere emotionale Begleitung notwendig ist. In solchen Fällen mag verbaler Kontakt nicht immer ausreichen, und so kann es helfen (unter Berücksichtigung, welche Art des Körperkontaktes welchen Ausmaßes der Klientin zuzumuten ist, z.B. wenn sexueller Missbrauch vorliegt), in schwierigen Momenten z.B. die Hand der Klientin zu halten.

⁴ Eine genauere und erschöpfende Darstellung der Borderline-Störung bzw. Borderline-Persönlichkeit würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, daher wird nur einen kurzer Einblick in die Symptomatik gegeben

- Förderung von Struktur: Häufig misstrauen Borderline-Klientinnen ihrer eigenen Intuition und erschweren damit auch jegliche kognitive Verarbeitung. Es kann daher auch zur Förderung der Selbstexploration dienen, Vorschläge und Lösungsmöglichkeiten anzubieten, mit denen sich die Klientin auseinandersetzen kann.
- Focusing: Borderline-Klientinnen sollten zwar alleine kein Focusing durchführen, doch gemeinsam mit der Therapeutin und mit anschließendem Austausch über das Erlebte kann das Focusing dazu dienen Emotionen, Kognitionen und Körperlichkeit besser zu integrieren.

(vgl. Heinerth, 1997)

An diesem Beispiel wird bereits sichtbar, dass diesem Vorgehen die Überzeugung zugrunde liegt, dass sich jegliche handlungsleitenden Prinzipien vollständig fassen und erklären lassen „(...) und als kognitive Orientierung für die Praxis verwendbar sind.“ sowie „die Vorstellung, dass Praxis durch die *Anwendung eines bereits vorhandenen Wissens* entsteht.“ (Hutterer, 2005, S.9). Diese Überzeugungen und Vorstellungen stehen in eindeutigen Widerspruch dazu, dass die Entstehung differentieller Vorgehensweisen und Konzepte aus der Praxis heraus erfolgte und nicht umgekehrt.

3.2.2 Kritik an differentiellen Konzepten

An dieser Stelle soll nun auch kurz auf die Kritik an differentiellen Ansätzen eingegangen werden. Die folgenden Darstellungen sind sicherlich stark verkürzt, da sich an dem Thema differentiellen Vorgehens eine umfassende (und teilweise sehr emotionale) Diskussion innerhalb des personenzentrierten Ansatzes über die Jahre und Jahrzehnte hinweg entsponnen hat, die sich bis in die Gegenwart erstreckt. Zu dieser Diskussion wurden zahlreiche Artikel und Bücher verfasst, die der Frage nachgehen, was unter differentiellem Vorgehen verstanden werden kann bzw. welches Vorgehen denn noch als personenzentriert zu bezeichnen ist (z.B. Tscheulin (Hg.), 1983), wie viel Offenheit der personenzentrierte Ansatz bei der Integration konzeptexterner Techniken verträgt, ohne dabei sein Profil zu verlieren (z.B. Reinsch, 2007), und ob die Entwicklung so zahlreicher „Spielarten“ personenzentrierten Vorgehens auch Zeichen einer Identitätskrise des Ansatzes sein könnten (Hutterer, 1992, 1993).

Wichtige Kritikpunkte an differentiellem Vorgehen sind die mangelnde bzw. nicht vorhandene Vereinbarkeit des Vorgehens mit personenzentrierten Grundsätzen (Biermann-Ratjen et al., 2003), die Tendenz die Komplexität psychotherapeutischer Praxis zu unterschätzen und im Zuge dessen eine präzise Planbarkeit und Lehrbarkeit des Vorgehens zu suggerieren (Hutterer, 2005), die Verwendung anderer Methoden und Techniken zur Mängelkompensation und eine übermächtige Erfolgs- und Leistungsorientierung (Hutterer, 2005). Der Gedanke, für alle Eventualitäten der Praxis gerüstet zu sein und quasi immer das geeignete Mittel parat zu haben, scheint vielen dieser Konzepte zugrunde zu liegen. Weiters scheinen den verschiedenen Ansätzen und Konzepten ein unterschiedliches Verständnis von Personenzentriertheit zugrundezuliegen oder aber auch Missverständnisse des Konzeptes (Hutterer, 2005). Die Frage, die sich darüber hinaus stellt ist, welches Wissenschaftsverständnis von den verschiedenen Autoren gebraucht wird bzw. ihren Annahmen zugrunde liegt aber auch an welcher Anthropologie sie sich orientieren (Schmid, 2002, 2007). So meint Schmid (2002): „Es ist sauberer, beispielsweise die Arbeit auf einer absichtslosen Beziehungsebene von erlebens(prozess)stimulierendem Vorgehen auch terminologisch zu unterscheiden, weil verschiedene Vorstellungen von Therapie und daher vom Menschen dahinter stehen.“ (S. 89).

Nach dieser Auseinandersetzung mit differentiellen Konzepten soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Strategien diesen Konzepten bzw. der Bildung solcher Konzepte zugrunde liegen. Daher wird nun auf adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie näher eingegangen.

3.3 Adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie

Frohburg (1992) setzt sich in ihren Texten nicht nur mit adaptiven Interventionsstrategien in der Psychotherapie allgemein auseinander, sondern auch mit jenen in der personenzentrierten Psychotherapie im Speziellen. Sie führt an, dass der Anwendung adaptiver Strategien grundsätzlich zwei Intentionen zugrunde liegen: „Einmal das Anliegen, durch eine weitgehende Individualisierung der Behandlung den Therapieprozeß zu optimieren und dadurch die therapeutische Effizienz zu verbessern und zum anderen das Ziel, den Anwendungsbereich psychotherapeutischer Einflußmöglichkeiten zu erweitern.“ (S.67). Die Unterscheidung solcher adaptiver Strategien in der Gesprächspsychotherapie erfolgt

in „Konzeptübergreifende Adaptionenansätze“ (Methodenintegration, Methodenkombination) und „Konzeptinterne Adaptionenansätze“ (Differentielle Psychotherapie, Methodenerweiterung). Bei der Umsetzung adaptiver Strategien geht Frohburg (1992) davon aus, dass sich Psychotherapeutinnen „impliziter oder expliziter Entscheidungsheuristiken“ (S.68) bedienen, um eine entsprechende Anpassung vorzunehmen. „Diese lassen sich als Konditionsregeln beschreiben: wenn Bedingung X gegeben ist oder eintritt, ist das Therapeutenverhalten in Richtung Y zu verändern.“ (Frohburg, 1992, S.68). Dabei präzisiert Frohburg, dass diese Modifizierungen oder Anpassungen nicht allzu subjektiv oder ohne wissenschaftliche Basis vorgenommen werden sollten und daher im Einzelnen einer Begründung bzw. Bestimmung bedürfen. Ausgangspunkte solcher Anpassungen können „(...) im Bereich der Nosologie, der persönlichkeits-, störungs- und handlungsbezogenen Psychodiagnostik, der speziellen Therapieprozeß –Merkmale, vielleicht auch im Alter und Geschlecht der Patienten (oder Therapeuten) oder anderswo gesucht werden.“ (Frohburg, 1992, S.68).

Dieser recht „geradlinig“ erscheinenden Darstellung von Frohburg kann man allerdings den Einwand gegenüberstellen, dass die Praxis therapeutischer Arbeit hier recht vereinfacht und scheinbar plan- und berechenbar dargestellt wird, worauf in Bezug auf differentielle Konzepte bereits eingegangen wurde.

Begibt man sich nun quasi eine Ebene tiefer, um adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie näher zu beleuchten, so lassen sich zwei Arten adaptiver Strategien herausfiltern, die konzeptexternen bzw. konzeptübergreifenden und konzeptinternen Adaptionenstrategien zugrunde liegen können. Diese lassen sich nach Hutterer (2005) in ziel- und ergebnisorientierte Adaption und beziehungsorientierte Adaption unterscheiden.

3.3.1 Ziel- und ergebnisorientierte Adaption

Unter einer ziel- und ergebnisorientierten Adaption versteht man jene Anpassungen und Bemühungen, die auf die Optimierung des therapeutischen Handelns abzielen, um abgrenzbare Therapieziele umzusetzen. Die Absicht kann hier sein, eine an das jeweilige Störungsbild angepasste Therapiemethode zu entwickeln, die scheinbar wirkungsvoller und effizienter ist als die so genannte Standardmethode. Bei diesem Vorgehen setzt die Therapeutin als Expertin ihr Bedingungs- und Änderungswissen ein, um bestimmte Ziele zu realisieren. Die Entscheidungen für bestimmte Interventionen und Handlungsweisen erfolgen auf rationaler Basis. Je nach

Wissensstand der Therapeutin können diese Interventionen und Handlungsweisen sehr unterschiedlich gestaltet sein (Hutterer, 2005). So kann eine ziel- und ergebnisorientierte Adaption sowohl konzeptexterne adaptive Strategien als auch konzeptinterne Strategien verfolgen. Alles in allem ist die Absicht jene, für jedes Störungsbild, jedes Verhalten und jede Besonderheit passende Interventionen, Methoden und Techniken bereitzustellen und somit eine so genannte differentielle Indikationsstellung vornehmen zu können. Biermann-Ratjen et. al. (2003) meinen dazu: „Das dem adaptiven Indikationsmodell zugrunde liegende Prinzip ist mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel.“ (S.167). Die Grenzen der ziel- und ergebnisorientierten Adaption liegen darin, dass jede Therapeutin immer nur ein bestimmtes Maß an Bedingungs- und Änderungswissen erwerben kann, um auf diesem Weg Therapieziele zu erreichen. So ist das zur Verfügung stehende Bedingungs- und Änderungswissen nicht unbegrenzt erweiterbar, zumal nicht davon ausgegangen werden kann, dass für jede Eventualität der Praxis eine abgestimmte Theorie oder ein abgestimmtes Konzept bereitgehalten werden kann, auch wenn Autoren wie Sachse (1999) anderes suggerieren.

3.3.2 Beziehungsorientierte Adaption

Die beziehungsorientierte Adaption hingegen fokussiert nicht auf die Verwirklichung bestimmter Therapieziele, sondern auf die Verwirklichung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit der Klientin. Die Therapeutin versucht sich auf die Klientin, ihre individuellen Probleme, ihr Erleben, ihre Art sich auszudrücken etc. einzustellen, bzw. in diese einzufühlen. „(...) die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise.“ (Hutterer, 2005, S.10). Hierbei ist die Herstellung des Kontakts zwischen Therapeutin und Klientin, das Aufrechterhalten der Interaktion und die Vermittlung der therapeutischen Präsenz wesentlich. Darüber hinaus überprüft oder hinterfragt die Therapeutin ihre therapeutische Präsenz quasi mit den Augen der Klientin und bezieht so eine selbstreflexive Komponente in ihre Arbeit ein (Hutterer, 2005). „Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen.“ (Hutterer, 2005, S.10). Im Gegensatz zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption stehen bei der beziehungsorientierten Adaption nicht rationale Überlegungen und Entscheidungen im Vordergrund, sondern treten in den

Hintergrund zugunsten jener Handlungsweisen, die stark von implizitem Wissen geleitet sind. Jene durch implizites Wissen geleiteten Handlungsweisen bieten eine wirkungsvolle Handlungsorientierung und sind durch explizites und noch so gut abgestimmtes Regelwissen nicht ersetzbar (Hutterer, 2005).

Die Grenzen der beziehungsorientierten Adaption sind dort zu finden, wo es um die Begrenztheit des Erfahrungserwerbes geht und damit verbunden um die Begrenztheit impliziten Wissens. Da implizites Wissen durch Erfahrung angesammelt wird, kann es auch implizites Wissen über erfolgreiche personenzentrierte Beziehungsverwirklichung nicht in unbegrenztem Ausmaß geben (Hutterer, 2005). „Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlauben es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen.“ (Hutterer, 2005, S.11).

Im Anschluss an diese Darstellungen kann gesagt werden, dass adaptives Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie immer wieder den negativen Beigeschmack von „Therapie um jeden Preis“ bekommt, besonders in Bezug auf die ziel- und ergebnisorientierte Adaption, die auch der „Mängelkompensation“ (Hutterer, 2005, S.11) dienen kann.

3.4 Selektive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie

An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass sich differentielles Vorgehen nicht alleine in adaptiven Strategien erschöpft, sondern ebenso selektive Strategien miteinschließt. Unter selektiven Strategien oder selektivem Vorgehen versteht man, dass sich die Therapeutin bereits im Vorfeld ihrer therapeutischen Arbeit ihrer persönlichen Stärken und Grenzen bewusst ist und diese auch in der „Wahl“ ihrer Klientinnen berücksichtigt (Hutterer, 2005). Dabei spricht Hutterer (2005) auch von der „Ansprechbarkeit des Praktikers für einen Klienten“ (S.15).

Die Ansprechbarkeit des Psychotherapeuten für einen Klienten ist eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit dem Klienten und vollzieht sich auf der Ebene der emotionalen Resonanz wie etwa die Erfahrung von Respekt und Wertschätzung, die Einfühlbarkeit von berichteten Erlebnisinhalten, das Empfinden von Nähe. (Hutterer, 2005, S.15).

Der Autor geht hierbei davon aus, dass es nicht eine einzige personenzentrierte Psychotherapeutin gibt, die in der Lage ist, jegliches Störungsbild, das sich im Indikationsprofil personenzentrierter Psychotherapie befindet, gleich gut und

erfolgreich zu behandeln. Entscheidend ist, dass die individuelle Persönlichkeit der Therapeutin ebenso wirksam für den Therapieprozess ist wie auch andere Therapiemerkmale. (Hier wird im Besonderen auf den Aspekt der Passung in der Psychotherapie verwiesen, auf den in Kapitel 4 dieser Arbeit näher eingegangen wird.)

Hutterer (2005) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie immer auf selektiven Strategien aufbauen sollten.

Um der Idee einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz näher zu kommen, soll nun im nächsten Kapitel auf die Beziehung bzw. auf das therapeutische Beziehungsangebot in der personenzentrierten Psychotherapie näher eingegangen werden.

4. Die Beziehung in der personenzentrierten Psychotherapie

Nachdem im vorigen Kapitel auf adaptive Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie eingegangen wurde, soll in diesem Kapitel die Beziehung bzw. das therapeutische Beziehungsangebot in der personenzentrierten Psychotherapie näher erörtert werden. Auf diesem Wege soll der „Rahmen“, in dem adaptive Strategien zur Anwendung kommen, näher beschrieben und abgesteckt werden.

4.1 Das personenzentrierte Beziehungsangebot

Die (therapeutische) Beziehung stellt quasi das Herzstück der personenzentrierten Psychotherapie dar und wird auch als „das tragende Element der Therapie“ (Rogers, 2004 [1977]) bzw. als „zentraler Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie“ (Pfeiffer, 2005) beschrieben. Was genau ist aber unter dem personenzentrierten Beziehungsangebot bzw. unter Beziehung in der personenzentrierten Psychotherapie zu verstehen? Wie auch anderenorts im personenzentrierten Ansatz besteht keineswegs Einigkeit darüber, was unter „Beziehung“ zu verstehen ist, bzw. wie sich diese gestaltet. Bevor nun aber auf die unterschiedlichen Auffassungen von Beziehung eingegangen wird, sollen die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung“ vorgestellt werden, die Rogers 1957 formulierte. Diese Bedingungen sind grundlegend, da sie den Ausgangspunkt personenzentrierten Vorgehens bilden.

4.1.1 Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung

Diese Bedingungen formulierte Rogers (2007 [1957]) 1957 unter dem Titel „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“, wie folgt:

1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.
5. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved. (S. 241)

Rogers (2007 [1957]) geht davon aus, dass lediglich diese sechs Bedingungen notwendig sind und über einen gewissen Zeitraum bestehen müssen, um den Prozess einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung herbeizuführen.

1. Der psychologische Kontakt

Der psychologische Kontakt, den Therapeutin und Klientin miteinander haben zeichnet sich dadurch aus, „(...) dass die beteiligten Personen einander emotional berühren. Kontakt ist hier als Synonym für Beziehung zu verstehen: Die therapeutische Beziehung wird als das eigentliche Agens der Veränderung gesehen.“ (Stumm&Keil, 2002, S.21). In diesem Kontakt nehmen sich die beiden Personen gegenseitig wahr, „(...) reagieren aufeinander, bedeuten einander etwas. Das, was wahrgenommen, worauf reagiert wird und was der eine dem anderen bedeutet, muss nicht voll bewusst bzw. klar fassbar sein.“ (Kriz, 2007, S.18). Die einzige Voraussetzung ist, dass eine Beziehung zwischen den beiden Personen besteht.

2. Die Inkongruenz der Klientin

Die Klientin befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, wenn sie ihr Erleben und Empfinden als nicht zu ihrem Selbstbild passend erlebt. Sie kann daher diese Erfahrungen nicht in ihr Selbstbild integrieren, ist mit sich selbst uneins, verletzlich und ängstlich (Biermann –Ratjen et al., 2003). Nur wenn die Klientin ansatzweise Zugang zu ihrer Inkongruenz, ihrem Uneinssein hat, ist Psychotherapie indiziert.

3. Die Kongruenz der Therapeutin

Die Kongruenz der Therapeutin stellt die entscheidendste Bedingung der drei „Basisbedingungen“ aufseiten der Therapeutin dar (Stumm&Keil, 2002). Die Therapeutin ist in der Beziehung zur Klientin ganz sie selbst und muss sich hinter keiner (professionellen) Fassade verstecken. Dabei fühlt und erlebt sie im Kontakt mit der Klientin nichts, was sie abwehren müsste oder als nicht zu sich gehörig empfindet (Kriz, 2007). Die Therapeutin ist in der Beziehung zur Klientin integriert und authentisch.

4. Die unbedingte positive Wertschätzung der Klientin gegenüber

Die Therapeutin empfindet unbedingte positive Wertschätzung (unconditional positive regard) der Klientin gegenüber. Damit ist sie der Klientin unbedingt zugewandt und knüpft ihre Wertschätzung und Anerkennung an keinerlei Bedingungen.

5. Die Empathie der Therapeutin

Die Therapeutin fühlt sich in den inneren Bezugsrahmen der Klientin ein und versucht so das Fühlen und Erleben der Klientin sowie deren Bewertungen zu verstehen. Es handelt sich also um ein einführendes Verstehen seitens der Therapeutin. Dabei bemüht sich die Therapeutin, ihre Empfindungen, die sie auf diesem Wege macht, mitzuteilen (Biermann – Ratjen et al., 2003). In ihrer Einfühlung versucht sie die Gefühle der Klientin so genau zu verstehen, als wären sie ihre eigenen. Dabei achtet die Therapeutin stets darauf, die „als ob“ – Perspektive ihrer Einfühlung nicht zu verlassen.

6. Die Ansprechbarkeit der Klientin für das therapeutische Beziehungsangebot

Die Klientin muss zumindest in Ansätzen das empathische Verstehen und die unbedingte positive Wertschätzung der Therapeutin wahrnehmen können, da die Bemühungen der Therapeutin ansonsten wirkungslos blieben.

Das therapeutische Beziehungsangebot beinhaltet also vonseiten der Therapeutin Kongruenz, unbedingte positive Wertschätzung und einführendes Verstehen (Empathie). Diese drei „Grundeinstellungen“ der Therapeutin bedingen einander und verlangen von der Therapeutin Erfahrungen – keine Aktivitäten (Stumm&Keil, 2002). Diese Bedingungen „(...) sind nicht von einer Person willentlich herstellbar, da sie nicht von einer Person allein herstellbar sind. Es wird eine Atmosphäre beschrieben, die sich *zwischen* beiden Personen – sozusagen systemisch – entwickelt.“ (Stumm&Keil, 2002, S.24).

4.2 Die verschiedenen Auffassungen von Beziehung im personenzentrierten Ansatz

Wie ist nun die Beziehung zu denken, in der Therapeutin und Klientin einander begegnen, und wie kann man das Verhältnis, das Therapeutin und Klientin zueinander haben, beschreiben?

In Anlehnung an Finke (2005) soll zunächst kurz dargestellt werden, wie sich personenzentrierte Beziehungskonzepte von anderen Beziehungskonzepten unterscheiden, um anschließend auf zwei solcher Konzepte im personenzentrierten Ansatz (Alter – Ego – Beziehung und Dialog – Beziehung) näher einzugehen. Zunächst lassen sich Beziehungsformen in der Psychotherapie dahingehend unterscheiden, ob sie eine Beobachter – Beziehung oder eine Teilnehmer – Beziehung beschreiben.

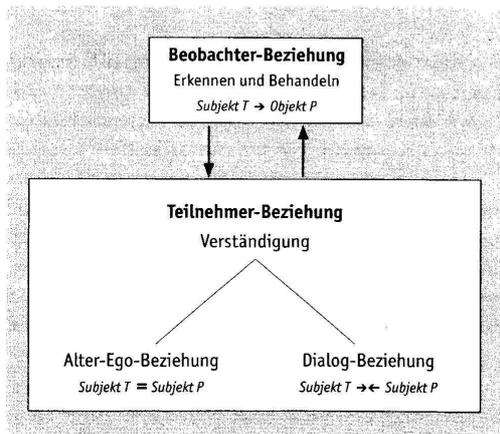


Abbildung 2: Die Beziehungskonzepte in der GPT (Finke, 2005, S.52)

Die Beobachter – Beziehung ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeutin zum beobachtenden Subjekt und die Klientin zum Untersuchungsobjekt wird. Leitend ist dabei das Ideal der Objektivität und der emotionalen sowie interaktionalen Distanz, wie es sich in der klassischen Psychoanalyse nach Freud finden lässt: „Der Beobachter hat jedes ursprüngliche Verbundensein mit seinem Gegenüber, das so zum „Gegenstand“ wird, jede spontane Antwortbereitschaft, jede Form der teilnehmenden Stellungnahme und jede emotionsgeleitete Interaktionstendenz zu suspendieren.“ (Finke, 2005, S.52).

Die Teilnehmer – Beziehung hingegen zeichnet sich dadurch aus, dass die Therapeutin nicht Beobachterin und distanzierte Beurteilerin, sondern in der Beziehung Akteurin und Anteilnehmende ist (Finke, 2005). In dieser Beziehungsform findet ein kommunikativer Austausch zwischen zwei souveränen Subjekten statt,

wobei dieser Austausch nicht unmittelbar auf Veränderung angelegt ist (Finke, 2005). Es lässt sich daher sagen, dass der Fokus dieser Beziehungsform nicht darauf gerichtet ist, zu diagnostizieren und zu behandeln, sondern darauf, teilzunehmen und Anteil zu nehmen. Rogers (2004 [1977]) meint dazu: „Man kann auch sagen, daß wir in eben dem Maße, in dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler.“ (S.200).

So lassen sich Beobachter – Beziehung und Teilnehmer – Beziehung hinsichtlich etlicher Merkmale polar gegenüberstellen, was durch die folgende Abbildung veranschaulicht werden soll:

Teilnehmer-Perspektive	Beobachter-Perspektive
Verständigungsorientiert	Änderungsorientiert Zweckbezogen, funktional
Beziehungszentriert	Technikzentriert
Am Erleben orientiert	An Zielen orientiert, strukturierend
Individualisierend	Typologisierend
Intuitionsgeleitet, improvisierend	Konzeptgeleitet, schematisierend
Holistisch (ganzheitlich)	Elementaristisch (problemisotierend)

Abbildung 3: Teilnehmer- vs. Beobachter - Perspektive (Finke, 2005, S.53)

Betrachtet man die beiden Beziehungsperspektiven, so wird deutlich, dass die Teilnehmer – Perspektive kausal- und bedingungsanalytisch sowie änderungsorientiert vorgeht und die Klientin als Trägerin bestimmter Merkmale bzw. Symptome gesehen wird. Dabei ist das Erfassen von Ursache – Wirkungs – Zusammenhängen und das Konzeptualisieren konkreter Vorgehensweisen zentral (Finke, 2005). Der Teilnehmer – Perspektive hingegen liegt lediglich die Absicht zugrunde, dass eine gegenseitige Verständigung zwischen Klientin und Therapeutin stattfindet. Veränderung kann sich daher in Folge dieser gegenseitigen Verständigung ereignen, doch sie ist per se kein fokussiertes Ziel dieser Beziehungsform. Leitend ist für die Therapeutin in dieser Beziehungsform eher ihre Intuition als explizite Handlungskonzepte (Finke, 2005).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass keine der beiden Beziehungsperspektiven absolut gesetzt werden sollte, sondern diese beiden Beziehungsperspektiven eher in einem „Aufeinander – Bezogensein“ (Finke 2005, S.53) gesehen werden sollten. So sollte sich auf der einen Seite das „Mitspielen“ (Finke 2005, S.53) in einer Teilnehmer – Beziehung nicht zu einem destruktiven

Mitagieren mit der Klientin entwickeln, und auf der anderen Seite sollte die Therapeutin nicht zu einer distanzierten, emotionslosen Technikerin verkommen (Finke, 2005). Das Aufeinander – Bezogensein dieser beiden Perspektiven kann so aussehen, dass die Therapeutin nach der Stunde, in der sie fortwährend teilnehmend war, im Zuge ihrer Reflexion zur Beobachter – Perspektive wechselt, um das vorangegangene Interaktionsgeschehen zu beurteilen (Finke, 2005). Für Finke (2005) ist es aber ebenso denkbar, dass sich bei der Therapeutin bereits während der Stunde ein Hin- und Heroszillieren zwischen Teilnehmer – Perspektive und Beobachter – Perspektive ereignet und die Therapeutin bereits in der Stunde ihr „Mitspielen“ korrigieren bzw. anpassen kann.

4.2.1 Alter – Ego – Beziehung und Dialog – Beziehung

Wie aus Abbildung 2 bereits ersichtlich wird, lässt sich die Teilnehmer – Beziehung weiter in Alter – Ego – Beziehung und Dialog – Beziehung aufteilen.

Die Alter – Ego – Beziehung wurde besonders in den Anfängen der personenzentrierten Psychotherapie beschrieben und baut besonders auf dem einführenden Verstehen der Therapeutin auf. Indem sich die Therapeutin in den inneren Bezugsrahmen der Klientin einfühlt und dabei versucht die Gefühle (bzw. das Erleben) der Klientin so genau zu verstehen, als wären diese ihre eigenen, stellt sie der Klientin quasi ein Alter – Ego zur Verfügung. Dieses Alter – Ego stellt dabei ein anderes oder zweites Ich der Klientin dar. In dieser Beziehungsform versucht die Therapeutin gewissermaßen in die Haut der Klientin zu schlüpfen, sich in die innere Welt der Klientin hineinzusetzen und ihren Sinn zu erfassen (Finke, 2005). Nachdem die Therapeutin zu einem zweiten Ich der Klientin wird, stellt sie auch ihr eigenes Bezugssystem sowie ihr Expertinnenwissen beiseite und versucht die Klientin ganz aus deren Bezugssystem heraus zu verstehen (Finke, 2005). „Durch die Spiegelung in einem Anderen soll dem Klienten eine gewisse Distanznahme zu sich selbst und so eine Entzerrung der Selbstwahrnehmung ermöglicht werden (...)“ (Finke, 2005, S.57). Die Kommunikation in einer solchen Alter – Ego – Beziehung unterscheidet sich deutlich von jener im Alltag, da die Aufgabe der Therapeutin darin liegt, „(...) sich selbst als urteilende, Stellung nehmende Person gewissermaßen auszuklammern und ganz in der Position des Patienten aufzugehen. Rogers sprach hier (...) von einer „Als – Ob – Identifizierung“ (...)“ (Finke, 2005, S.57).

Diesem Beziehungskonzept scheint die stereotype und eingeschränkte Vorstellung zu entspringen, dass sich personenzentrierte Psychotherapie im Spiegeln von Gefühlen erschöpft.

Das Konzept der Dialog – Beziehung kennzeichnet den späteren Verlauf der Entwicklung der personenzentrierten Psychotherapie. Rogers war damals (ab Ende der 50er Jahre) von seiner Arbeit am sogenannten Wisconsin – Projekt sowie persönlichen Kontakten mit Martin Buber beeinflusst, wodurch die reale Begegnung von „Person zu Person“ sowie das „reale Zugehensein“ (die Präsenz) und die Authentizität der Therapeutin zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses rückten (Finke, 2005). Rogers (2004 [1977]) meint dazu:

Eine Therapie ist mit größter Wahrscheinlichkeit dann erfolgreich, wenn der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten er selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder Maske zu verbergen. Der theoretische Ausdruck hierfür ist Kongruenz; er besagt, daß der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaft empfindet, deutlich gewahr wird und daß ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so daß er sie dem Klienten mitzuteilen vermag, wenn es angemessen ist. Auf diese Weise ist der Therapeut in der Beziehung transparent für den Klienten (...). (S.31)

So kann die Therapeutin ihre Resonanz auf die Klientin zum Ausdruck bringen (wenn dies, wie Rogers sagt, angemessen ist), was der Klientin wiederum ermöglicht, ihre „(...) Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster (zu) überprüfen und (zu) korrigieren.“ (Finke, 2005, S.58). Diese Ansicht steht im Gegensatz zu der Alter – Ego – Beziehung, in der die Therapeutin sich quasi als „andere Person“ ausklammert und damit auch ihr eigenes Erleben und Empfinden beiseitestellt.

Zentral sind im Konzept der Dialog – Beziehung also die Authentizität der Therapeutin und die Sichtweise dessen, was unter „Dialog“ zu verstehen ist. Auf die Begriffe „Authentizität“ und „Dialog“ soll im Folgenden etwas genauer eingegangen werden, um die Perspektive der Dialog – Beziehung weiter zu verdeutlichen.

Der Begriff Dialog lässt sich bis zurück zu Sokrates (469 - 399 v. Chr.) verfolgen und hat im Laufe der Zeit unterschiedliche Bedeutungen und Akzentsetzungen erfahren. So sieht Sokrates den Dialog zwischen zwei Menschen als Mittel, um die bereits im Menschen vorhandene Wahrheit hervorzubringen. Dabei wird der Dialog, als

„pädagogisches Instrument, als Mittel des Unterrichts und der Erziehung“ (Schmid, 2009, S.158) verstanden. Martin Buber (1878 – 1965), der entscheidenden Einfluss auf Rogers Therapiekonzept hatte, sieht dagegen den Dialog als Entfaltung der Interpersonalität und unterscheidet zunächst zwischen echtem und technischem Dialog sowie dem dialogisch verkleideten Monolog (Schmid, 2009). Der echte Dialog ist jener Dialog „(...) in dem jeder den anderen Partner in dessen Da – Sein und So – Sein wirklich meint und auf Wechselseitigkeit zielt.“ (Schmid, 2009, S.159). Der technische Dialog hingegen beschreibt jene Art von Dialog, in der es um die Vermittlung von Inhalten und die Notwendigkeit einer sachlichen Verständigung geht. Der dialogisch verkleidete Monolog wiederum bezeichnet jene Art der Kommunikation, in der zwei Personen im Grunde mit sich selbst reden, ohne dies aber zu merken (Schmid, 2009). Der echte Dialog bzw. die „Ich – Du – Beziehung“ ist jener „Raum“, in dem sich „(...) Begegnung in einem Austausch, der auf Gegenseitigkeit zielt (...)“, (Schmid, 2007, S.43) entfaltet.

Be-geg(e)n-ung (...) bedeutet wörtlich, etwas oder jemandem *gegenüber stehen*. Es ist eine Beziehung, die *den Anderen* als prinzipiell Anderen respektiert und sich von diesem Anders- und Unerwartetsein überraschen und berühren lässt. Begegnung ist ohne Absicht, ein staunendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des Anderen (...). (Schmid, 2002, S.83)

Dabei ist das, was sich zwischen den beiden Personen ereignet, der Austausch, „das Zwischen“, das Bedeutsame dieser Verständnisweise von Dialog. Der Dialog bewahrt die grundsätzliche Verschiedenheit und Einzigartigkeit von Ich und Du, überwindet jedoch in diesem „Zwischen“ die Distanz von Ich und Du, ohne sie jedoch aufzuheben, damit ist Dialog Distanz und Intimität zugleich (Schmid, 2009). Auf die Psychotherapie übertragen heißt das, dass die Therapeutin im Gegensatz zur Alter – Ego – Beziehung nicht versucht, die Perspektive der Klientin zu übernehmen, sondern ihre Perspektive der Klientin gegenüberstellt, „(...) so ist er (sie) in der Dialogbeziehung der (die) vom Patienten Unterschiedene, der (die) Stellungnehmende, bedeutsame Andere.“ (Finke, 2005, S.58).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich bei Schmid (2009) eine ausführliche Darstellung unterschiedlicher Auffassungen von Dialog findet, die in Bezug darauf, wie Beziehung im personenzentrierten Ansatz zu denken ist, sehr lesenswert ist. Dabei wird auch auf das Dialogkonzept von Emmanuel Levinas eingegangen und

eine Sichtweise entwickelt, die der personenzentrierten Psychotherapie gerecht werden soll, zumal argumentiert wird, dass weder Bubers noch Levinas Denkweise einwandfrei auf die personenzentrierte Psychotherapie (und Psychotherapie allgemein) übertragen werden kann („was Buber in seinem berühmt gewordenen Gespräch mit Rogers argumentierte). Leider würde es den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf diese anderen Perspektiven näher einzugehen.

Finke (2005) und Schmid (2007) gehen in Bezug auf die unterschiedlichen Beziehungsformen davon aus, dass die Therapeutin in der Therapie zwischen Alter – Ego – Beziehung und Dialog – Beziehung oszilliert und daher sowohl ein zweites oder anderes Ich der Klientin als auch Beziehungspartnerin ist. Es ist bei der Dialogbeziehung kritisch anzumerken, dass es sich in der Psychotherapie nie um eine gänzlich absichtslose, zweckfreie Beziehung oder Begegnung handeln kann und es ebenso keine völlige Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin geben kann. Für Finke (2005) ist es wichtig, die Beobachter – Perspektive der Dialog – Beziehung als Korrektiv zu Seite zu stellen, damit die Therapeutin die Interaktion mit der Klientin nicht von ihren eigenen Bedürfnissen bestimmen lässt und so die Klientin in diesen (maladaptiven) Interaktionsmustern gefangen hält. Pfeiffer (1995) meint in Bezug auf Begegnung in der Psychotherapie, dass solche Momente der Begegnung eher die Ausnahmen als die Regel darstellen, zumal es viel eher vorkommt, dass zwei (oder mehrere) Personen einem Gegenstand gegenüberstehen und sich mit diesem befassen. So legt Pfeiffer nahe, dass die Beziehung in der personenzentrierten Psychotherapie eine triadische Struktur aufweist, „(...) in welcher der einzelne sowohl auf den Gegenstand bezogen ist, zugleich aber auf den Partner.“ (Pfeiffer, 1995, S.29).

Wie bereits erwähnt hat die Authentizität der Therapeutin in der Dialog – Beziehung eine zentrale Stellung. Was genau kann man aber unter diesem Begriff verstehen und was umfasst er?

Authentizität oder Echtheit der Therapeutin meint jene Haltung (die jedoch nicht statisch, sondern prozesshaft zu sehen ist), in der sich die Therapeutin ihrer Gefühle, die sie mit der Klientin erfährt, bewusst ist und diese nicht verleugnen muss. Sie ist in der Beziehung zur Klientin ganz sie selbst und versteckt sich hinter keiner professionellen Maske. Darüber hinaus ist die Therapeutin mit dem Fließen ihrer eigenen Erfahrung vertraut (Lietaer, 1992). So kann man sagen, dass Echtheit zwei

Aspekte beinhaltet, die sich als „Innenseite“ und „Außenseite“ (Lietear, 1992, S.93) beschreiben lassen. Die Innenseite der Echtheit beschreibt das Ausmaß, in dem die Therapeutin bewussten Zugang zu ihrem Erleben hat und für jede Facette dieses Erlebens offen ist. „Diesen Aspekt des Prozesses nennen wir „Kongruenz“, nämlich das „Zusammenfallen“, die Einheit von Offenheit für das totale Erleben und sich dessen auch kognitiv bewußt zu sein.“ (Lietear, 1992, S.93). Die Außenseite der Echtheit beschreibt die explizite Kommunikation eben dieser bewussten Gefühle, Eindrücke und Haltungen, die die Therapeutin in der Beziehung zur Klientin hat. Dieser Aspekt kann als „Transparenz“ beschrieben werden, zumal die Therapeutin durch ihr „persönliches Einbringen“ transparenter für die Klientin wird (Lietear, 1992). Lietear (1992) beschreibt die Echtheit der Therapeutin in der personenzentrierten Psychotherapie als „natürliche und spontane Haltung“ (S.93). Erst auf Basis der Echtheit der Therapeutin kann die Vermittlung der Empathie und unbedingter Wertschätzung gelingen, weshalb dieser Variablen so große Bedeutung zukommt.

Um die Beziehung im personenzentrierten Ansatz noch aus einer anderen Perspektive zu beleuchten und die Komplexität einer therapeutischen Beziehung zu veranschaulichen, soll im Folgenden kurz auf den Aspekt der Passung in der Psychotherapie eingegangen werden.

4.3 Passung in der Psychotherapie

Nachdem auf die Beziehung bzw. auf den Stellenwert der Beziehung im personenzentrierten Ansatz näher eingegangen wurde, soll diese nun unter dem Aspekt der Passung in der Psychotherapie betrachtet werden.

Wenn zwischen zwei Personen etwas „passt“, so beschreibt dies immer eine bestimmte Beziehungsqualität, die zwischen den beiden Beziehungspartnerinnen zu finden ist. Auch in der Psychotherapie (und besonders in einer beziehungsorientierten Therapieform) ist es entscheidend darauf zu achten, ob es in der Therapie zwischen Therapeutin und Klientin „passt“. Was genau unter dem Begriff „Passung“ verstanden werden kann, bzw. welche Passungen es gibt, soll anhand folgender Abbildung veranschaulicht werden:

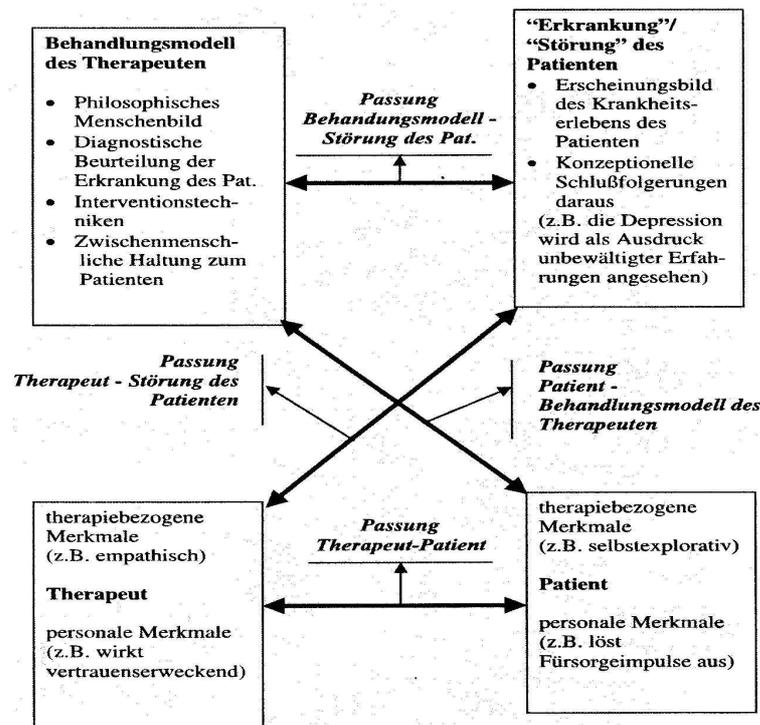


Abbildung 4: AMP Allgemeines Modell von Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1987); (entnommen aus: Kriz, 2005, S.16)

Dieses allgemeine Modell von Psychotherapie zeigt auf, welche Faktoren in der Psychotherapie miteinander interagieren „ (...) und dass der Therapieerfolg davon abhängt, ob diese Interaktionen therapeutisch günstig sind oder nicht. Diese therapeutisch wichtigen Wechselwirkungen werden anschaulich als „Passungen“ bezeichnet.“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S.180).

In diesem Modell werden vier Passungen beschrieben:

- Die Passung von Behandlungsmodell und Störungsmodell
- Die Passung von Klientin und Behandlungsmodell
- Die Passung von Therapeutin und Klientin
- Die Passung von Therapeutin und Störungsbild der Klientin

Sind diese Passungen nicht gegeben oder sind die Merkmale von Therapeutin und Klientin nicht ausreichend aufeinander abgestimmt, kann die Behandlung seitens der Klientin abgelehnt oder die Therapie abgebrochen werden. Weiters kann es auch zu Therapiemisserfolgen kommen (Eckert, 2006). Die Übereinstimmungen dieser unterschiedlichen Merkmale „(...) bilden die Grundlage für eine förderliche Beziehung (...)“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S.180).

Anhand des Konzeptes der Passung in der Psychotherapie bzw. des AMP wird bereits deutlich, wie viele unterschiedliche Faktoren in der psychotherapeutischen Praxis zum Tragen kommen und miteinander in Verbindung stehen. Kriz (2005) meint dazu, dass dieses Modell angesichts der Komplexität der Praxis recht einfach gefasst ist, und so lässt sich bereits erahnen, wie komplex sich alleine die Passung zwischen Therapeutin und Klientin gestaltet, zumal hier nicht nur therapiebezogene, sondern auch personenbezogene Merkmale ausschlaggebend sind. Angesichts dieser Komplexität lassen sich die personenzentrierten Beziehungskonzepte nochmals differenzierter betrachten und erfassen sowie eine Verbindung zu adaptiven und selektiven Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie herstellen, worauf im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Beziehungsangebot im personenzentrierten Ansatz ein sehr komplexes ist, das im Verlauf der Entwicklung des Ansatzes unterschiedliche Auslegungen und Akzentsetzungen erfahren hat. Eine wichtige Rolle spielen dabei adaptive und auch selektive Strategien in der Umsetzung des Beziehungsangebotes, auf die in Kapitel 3 näher eingegangen wurde. Es wurde des Weiteren darauf eingegangen, wie unterschiedlich die Umsetzung des personenzentrierten Therapiekonzeptes aussehen kann und wie komplex sich die therapeutische Beziehung gestaltet. Unter dem Aspekt der Passung in der Psychotherapie wurde des Weiteren kurz veranschaulicht, dass an einem psychotherapeutischen Prozess bzw. an einer therapeutischen Beziehung viele

Faktoren beteiligt sind, die in ihrer Interaktion und Wechselwirkung dazu beitragen, ob die Therapie „gelingt“ oder nicht.

Auf der Basis des bisher Erarbeiteten soll nun im folgenden Kapitel die Idee einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz vorgestellt und konzeptualisiert werden.

5. Die natürliche Adaption im personenzentrierten Ansatz

Ausgangspunkt für die Idee einer „natürlichen Adaption“ im personenzentrierten Ansatz bildet die Annahme, dass an der Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes, an der therapeutischen Beziehung sowie dem therapeutischen Prozess weit mehr Faktoren beteiligt sind, als manche Darstellungen vermuten lassen. Es wird davon ausgegangen, dass es Faktoren gibt, die weder nur der beziehungsorientierten Adaption, der ziel- und ergebnisorientierten Adaption noch der Selektion eindeutig zuordenbar sind, sondern sich in dem „Zwischen“ dieser drei Kategorien finden lassen. Nachdem bereits in Bezug auf das Konzept der Dialog – Beziehung festgestellt wurde, dass das „Zwischen“ das Bedeutsame in der Beziehung ist, so wird auch hier angenommen, dass dieser „Zwischen – Perspektive“ große Bedeutung für die Beziehungsgestaltung zukommt.

Zunächst wird eine begriffliche Definition der natürlichen Adaption vorgenommen sowie das Verhältnis zu beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption und zur Selektion dargestellt. Daraufhin werden die der natürlichen Adaption zugrunde liegenden Merkmale und Mechanismen näher beleuchtet, um anschließend Anhaltspunkte in Theorie und Praxis für das Vorhandensein einer solchen Adaption aufzuzeigen. Abschließend wird auf Vor- und Nachteile der Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption eingegangen sowie auf mögliche Kritikpunkte.

5.1 Versuch einer Definition

Unter dem Begriff einer natürlichen Adaption können all jene Anpassungsvorgänge verstanden werden, die dem personenzentrierten Therapiekonzept von jeher immanent sind. Diese Form der Adaption ist insofern natürlich, als sie der Natur, dem Wesen, des personenzentrierten Ansatzes entspringt und entspricht. Die natürliche Adaption stellt dabei eine „Zwischen – Position“ bzw. ein Bindeglied zwischen der beziehungsorientierten Adaption, der ziel- und ergebnisorientierten Adaption und der Selektion dar. Als natürlich ist diese Adaptionsform auch deshalb zu bezeichnen, weil sie auf implizitem Wissen aufbaut, das jedem expliziten Wissen zugrunde liegt, sowie jedem Erkenntnis- und Verstehensprozess innewohnt (Polanyi, 1985). Anhand folgender Abbildung soll die Position der natürlichen Adaption veranschaulicht werden:

b. A.: beziehungsorientierte Adaption
z. A.: ziel- und ergebnisorientierte Adaption
S.: Selektion

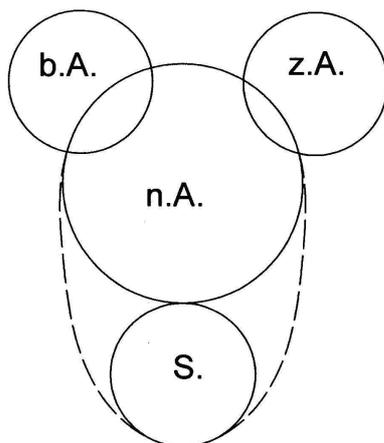


Abbildung 5: Position der natürlichen Adaption

5.2 Das Verhältnis der natürlichen Adaption zu beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption und Selektion

Die vorherige Abbildung veranschaulicht, dass die natürliche Adaption größere Teile der beziehungsorientierten Adaption umfasst sowie kleinere Teile der ziel- und ergebnisorientierten Adaption. Die Grundlage der natürlichen Adaption bildet dabei die Selektion. Die natürliche Adaption baut aber nicht lediglich auf Selektion bzw. selektiven Strategien auf, sondern umfasst diese gleichzeitig. Man kann sich das so vorstellen, dass Selektion immer eine Rolle in der Therapie, und mit besonderer Gewichtung in einer beziehungsorientierten Therapieform, spielt. Sie spielt insofern eine Rolle, als die Therapeutin (und auch die Klientin) als Personen bereits selektiv

bzw. selektiert sind. Das soll heißen, dass jede Therapeutin über ganz unterschiedliche Vorerfahrungen (beruflicher und privater Natur), Ressourcen, Potentiale, Fähigkeiten, Charakterzüge etc. verfügt und daher niemals „alles“ können, wissen, erfahren, erleben und vielleicht auch verstehen kann. Somit geht sie quasi als eine „auf ihre Individualität selektierte Person“ in die Therapie bzw. in die Beziehung mit anderen (ebenso selektierten) Personen hinein. Die Therapeutin kann nun diese Tatsache anerkennen und sich, wie Hutterer (2005) schreibt, ihrer Stärken und Grenzen bewusst sein und diese entsprechend in der „Wahl“ ihrer Klientinnen berücksichtigen – damit wäre die Selektion dann auch Grundlage ihres weiteren therapeutischen Agens. Grundsätzlich wird angenommen, dass die Therapeutin auch entsprechend ihrer (differentiellen) Voraussetzungen, und nicht nur entsprechend des Therapiekonzeptes und der Ausbildung, das personenzentrierte Beziehungsangebot verwirklicht. Dabei können die authentischen Reaktionsweisen von Therapeutinnen je nach Persönlichkeit sehr unterschiedlich sein (Hutterer, 2005). Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, kann es dazu kommen, dass Vorgehensweisen in der personenzentrierten Psychotherapie angepasst werden, wobei die Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten stattfinden kann, die sich auch aufseiten der Therapeutin finden lassen können (Frohburg, 1989, 1992). So scheint auch die Persönlichkeit der Therapeutin für Anpassungsvorgänge aber auch für ihre „Wirksamkeit“ eine Rolle zu spielen (Hutterer, 2005).

Sind die Anpassungsvorgänge der Therapeutin jedoch so gestaltet, dass diese ausschließlich beziehungsorientiert adaptiv oder ausschließlich ziel- und ergebnisorientiert adaptiv sind, so könnte man im Sinne des (differenziert betrachteten) personenzentrierten Therapiekonzeptes auch von maladaptiven Strategien bzw. von Maladaptationen sprechen. Diese beiden Adaptionsformen können insofern als Maladaptationen beschrieben werden, als sie in ihrer alleinigen Ausprägungen wichtige Aspekte der therapeutischen Theorie und Praxis ausblenden bzw. vernachlässigen.

So blendet ein ausschließlich beziehungsorientiert adaptives Vorgehen (das auf der Annahme einer Dialog – Beziehung beruht) die Tatsache aus, dass eine therapeutische Beziehung nie gänzlich absichtslos sein kann, und daher per se auch keine rein „absichtslose Begegnung“ darstellen kann, da „Psychotherapie per definitionem eine strukturierte, auf einem Vertrag basierende und auf bestimmte Ziele ausgerichtete Situation (ist).“ (Stumm&Keil, 2002, S.31). So ist es eine Notlage

oder ein bestimmtes Problem, das die Klientin dazu bewegt, eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Damit verbunden ist der Wunsch oder die Hoffnung auf Besserung, Heilung oder schlicht Veränderung. Dieser Wunsch, diese Hoffnung, diese Absicht Veränderung herbeizuführen, ist gleichzeitig Voraussetzung dafür, nicht nur eine Therapeutin aufzusuchen, sondern auch dafür, dass eine Therapie wirkungsvoll sein kann. Die Absicht aufseiten der Therapeutin liegt zumindest darin, zu versuchen die Klientin empathisch zu verstehen und die personenzentrierten Grundhaltungen in dieser einzigartigen Beziehung zu verwirklichen. Diese Absicht lässt sich auch als das „empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise“ (Hutterer, 2005, S.10) beschreiben. Was hierbei weiters außer Acht gelassen wird, ist, dass es nicht möglich ist, zu beliebig vielen Menschen eine Beziehung von gleichermaßen hoher Qualität aufzubauen, weder in der Psychotherapie noch in anderen zwischenmenschlichen Kontexten (Hutterer, 2005). Jenen Aspekt der beziehungsorientierten Adaption, den die natürliche Adaption umfasst, liegt vor allem in der Annahme der Einzigartigkeit jeder therapeutischen Beziehung und der Verwirklichung des einführenden Verstehens seitens der Therapeutin. Die Einzigartigkeit jeder Beziehung (und jeder beteiligten Person) impliziert unterschiedliche Einstellungs- und Anpassungsprozesse seitens der Therapeutin, die sich „jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt“ (Hutterer, 2005, S.10). Dieses Einstellen auf und Einfühlen in unterschiedliche Erlebensformen, Probleme und Belastungen von Klientinnen stellt gleichzeitig auch den Brückenschlag zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption dar. Ausgangspunkt der Überlegungen ist hierbei, dass es Erlebensformen gibt, die für ein Störungsbild charakteristisch sind bzw. sein können, und diese auch der Störungslehre entsprechend in der Ausbildung vermittelt werden. Dabei wird angenommen, dass Ausbildungsinhalte in Verbindung mit praktischer Erfahrung über die Zeit hinweg so weit verinnerlicht werden können, dass diese in der therapeutischen Arbeit implizit wirksam werden (Polanyi, 1985). Wie Erfahrungen verinnerlicht werden können und Wissensinhalte so weit verinnerlicht werden bzw. absinken können, dass sie im Handeln implizit wirksam werden, soll im Folgenden näher erörtert werden. Es sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass die natürliche Adaption deshalb größere Teile der beziehungsorientierten Adaption enthält, da angenommen werden kann, dass die Therapeutin über mehr implizites Wissen, über Beziehungen und

Beziehungsgestaltung verfügt als über verinnerlichtes Theoriewissen. Da der Mensch beziehungsangewiesen ist und von Anfang an in Beziehung zu anderen steht (Schmid, 2002, 2007, 2009) und in diesen Beziehungen Erfahrungen erwirbt, wird angenommen, dass die Therapeutin in ihrem bisherigen Leben bereits viel implizites Wissen über Beziehungen erworben hat, das nun auch in ihrer professionellen Tätigkeit implizit wirksam ist.

5.3 Merkmale und Mechanismen natürlicher Adaption

Was zeichnet nun die natürliche Adaption aus und welche Mechanismen liegen ihr zugrunde? Kennzeichnend für die natürliche Adaption ist, dass ihre Anpassungsprozesse in der Therapie wie von selbst zu laufen scheinen und keiner bewussten Überlegung bedürfen. Weiters verfügen die Anpassungsprozesse oder Anpassungsleistungen über einen intuitiven und selbstverständlichen Charakter und können auch als „Bauchentscheidungen“ (Gigerenzer, 2008) bezeichnet werden. Man könnte sagen, dass es sich hierbei um Anpassungen handelt, die in den Therapiestunden quasi im Fluss des therapeutischen Tuns automatisch (daher nicht bewusst) von der Therapeutin vorgenommen werden und dabei nicht vollständig explizierbar sind. Dieser Fluss der therapeutischen Arbeit kann auch beinhalten, dass die Therapeutin völlig in ihrem Tun aufgeht, was nach Csikszentmihalyi (1985, 1990) als „flow“ bezeichnet werden kann. „Im Flow – Zustand folgt Handlung auf Handlung und zwar nach einer inneren Logik, die kein bewußtes Eingreifen von seiten des Handelnden zu erfordern scheint. Der Handelnde erlebt den Prozeß als einheitliches „Fließen“ von einem Augenblick zum nächsten (...)“ (Hutterer, 2004b, S.247). In diesem Fließ – Erlebnis verschmelzen Handlung und Bewusstsein gewissermaßen und die betreffende Person ist völlig in ihre Aktivität vertieft und auf sie konzentriert (Hutterer, 2004b). „Sobald sich jedoch die Aufmerksamkeit teilt, indem man die eigene Aktivität von außen sieht, wird der „flow“ unterbrochen.“ (Hutterer, 2004b, S.247). Solche Fließ – Erlebnisse können bei Tätigkeiten wie Schachspielen, Tanzen oder aber auch Kaugummikauen (im Sinne eines Mico – flows) entstehen, ebenso aber bei beruflichen Tätigkeiten (Csikszentmihalyi 1990). Der wohl entscheidendste Aspekt der natürlichen Adaption ist aber, dass die Therapeutinnen in ihrer Arbeit mehr zu wissen scheinen, als sie zu sagen wissen. Das deutet auf den großen Anteil impliziten Wissens hin, der an der therapeutischen Arbeit beteiligt ist und quasi die Triebfeder natürlicher Adaption darstellt.

Was unter implizitem Wissen zu verstehen ist, wie es beschaffen ist und welche Prozesse es beinhaltet und beeinflusst, wird im Folgenden näher erörtert.

5.3.1 Exkurs: Implizites Wissen / tacit knowing view

Ausgangspunkt der Annahme eines impliziten Wissens ist die Tatsache „(...), *daß wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen.*“ (Polanyi, 1985, S.14). Damit wird der Ansicht, dass Wissen ausschließlich oder hauptsächlich explizit ist, eine andere Ansicht gegenübergestellt, die in folgender Gegenüberstellung der beiden Sichtweisen veranschaulicht werden soll:

Cognitive view	Tacit knowing view
Explizites Wissen ist klar artikulierbar	Implizites Wissen ist nicht, nicht vollständig oder nicht angemessen artikulierbar
Explizites Wissen ist informationstechnisch implementierbar und verarbeitbar	Implizites Wissen ist informationstechnisch nicht umsetzbar
Praxis folgt der Theorie, intelligentes Handeln als Anwenden expliziten oder explizierbaren Wissens	Praxis geht der Theorie voraus, explizites Wissen als Ergebnis der Reflexion auf intelligentes Handeln
Statischer Wissensbegriff: „knowledge“, Lernen und Entdecken nur schwer erklärbar	Dynamischer Wissensbegriff: „knowing“ als Akte des Wahrnehmens, Urteilens und Handelns
Motiv der Wissenssuche: weitest mögliche Annäherung an die Wahrheit	Motiv der Wissenssuche: Probleme lösen, erfolgreiche Praxis
Das Wissen kann von seinem Träger losgelöst werden	Das Wissen kann von seinem Träger nicht losgelöst werden, körpergebundenes Wissen
Analysierbares, reflektierbares, kritisch hinterfragbares Wissen	Persönliches, einverleibtes, akritisches Erfahrungswissen
Abstraktes, standardisiertes, unflexibles Wissen	Kontextgebundenes, situatives, adaptives Wissen bzw. Können
Wissensweitergabe durch (Frontal-)Unterricht	Learning by doing, Sozialisation in einer Expertengemeinschaft

Abbildung 6: Klappacher (2006, S.15f.)

Klappacher (2006) meint dazu, dass es sich mit dem Verhältnis von explizitem zu implizitem Wissen so verhalte wie mit der Spitze und dem Fundament eines Eisberges, der im Ozean schwimmt – nur ein Neuntel ragt dabei über die Wasseroberfläche. So bildet das implizite Wissen quasi das Fundament, auf das jegliches explizite Wissen aufbaut (Klappacher, 2006). Die Autorin merkt dazu aber auch an, dass es kaum explizites bzw. implizites Wissen in seiner jeweiligen Reinform gibt. Implizites Wissen „(...) findet seinen Ausdruck in Form einer erfolgreich ausgeführten körperlich – praktischen oder geistigen Tätigkeit.“

(Klappacher, 2006, S.19). Hierbei bleiben allerdings die der Handlung zugrunde liegenden Regeln unausgesprochen bzw. unformuliert. Polanyi (1985) beschreibt unter dem Begriff „Wissen“ sowohl praktisches als auch theoretisches / intellektuelles Wissen bzw. praktische und theoretische Kenntnisse „(...) entsprechend der Unterscheidung von „Wissen“ und „Können“ in der deutschen Sprache oder der Differenz zwischen *knowing that* und *knowing how* bei Gilbert Ryle. Beide Aspekte von Wissen haben ähnliche Struktur, und keiner tritt jeweils ohne den anderen auf.“ (S.16). So geht Klappacher (2006) davon aus, dass implizites Wissen als erlerntes *knowing how* verstanden werden kann, bei dem die betreffende Person quasi Wissen von vorangegangenen Lernerfahrungen hat und dieses Wissen im aktuellen Handeln der Person funktional wirksam wird, ohne dass die betreffenden Lernerfahrungen aber bewusst erinnert werden können (*tacit knowing how*). Ebenso ist es aber möglich, im Sinne eines *tacit knowing that*, Überzeugungen aber auch ursprünglich explizites Wissen so weit zu verinnerlichen, dass es ebenso im Handeln funktional wirksam ist, ohne dabei aber explizit und fokal bewusst in Erscheinung zu treten (Klappacher, 2006). So kann implizites Wissen auch nicht explizit gemacht werden, was ebenso für Expertinnenwissen gilt. In Bezug auf Expertinnenwissen und routiniertes Handeln bzw. selbstverständliches Handeln meint Klappacher (2006): „Situierendes Handeln zeichnet sich durch das flexible Anpassen an Besonderheiten und Unvorhersehbarkeiten der Situation aus, jedoch gehen genau diese speziellen Charakteristika dieser besonderen Situation bei der anschließenden Artikulation und Rationalisierung verloren.“ (Klappacher, 2006, S.24f.). So kann der Versuch Implizites explizit machen zu wollen im Spannungsfeld von „nachträglich handlungsrechtfertigendem Wissen“ und „tatsächlich handlungssteuerndem Wissen“ gesehen werden, jedoch ist es möglich den impliziten Teil einer Handlung „sprachlich zu erhellen“ (Klappacher, 2006, S.24). Implizites Wissen setzt sich laut Polanyi (1985) aus zwei Termen zusammen, dem „proximalen Term“, der uns näher ist, und dem „distalen Term“, der weiter weg von uns ist. Der proximale Term ist jener Anteil impliziten Wissens, „(...) von dem wir ein Wissen haben, das wir nicht in Worte fassen können.“ (Polanyi, 1985, S.19). Der proximale Term ist durch unsere unterschwellige Aufmerksamkeit auf Einzelheiten einer zu erfassenden Ganzheit bzw. kohärenten Einheit gekennzeichnet. Der distale Term wiederum ist durch unsere bewusste Aufmerksamkeit auf die zu erfassende Entität gekennzeichnet (Klappacher, 2006).

Polanyi (1985) meint zur Beschaffenheit impliziten Wissens:

Sofern implizites Wissen eine bedeutungstragende Beziehung zwischen zwei Gliedern herstellt, können wir es mit dem *Verstehen* jener komplexen Entität gleichsetzen, die die beiden Terme zusammen bilden. Der proximale Term stellt dann die *Einzelheiten* dieser Entität dar, und entsprechend können wir sagen, daß wir die Entität verstehen, indem wir uns, gestützt auf unser Gewährwerden ihrer einzelnen Merkmale, ihrer Gesamtbedeutung zuwenden. (S.21)

So kann festgehalten werden, dass Wahrnehmung in ihrer unterschweligen und in ihrer bewussten Form eine entscheidende Rolle für die Bildung impliziten Wissens spielt. Eine implizite Integration bzw. ein impliziter Schluss kann nur dann stattfinden, wenn die wahrnehmende Person ihre Aufmerksamkeit auf eine zu erlangende Erkenntnis, z.B. die Umwelt oder einen andern Menschen zu verstehen, oder ein Problem zu lösen, lenkt (Klappacher, 2006).

Um nun eine komplexe Entität, sei sie nun ein Kunstwerk oder ein Mensch, zu verstehen, bedarf es der Einfühlung, die Polanyi (1985) als den „eigentliche(n) Wissensmodus des Menschen und der Wissenschaften vom Menschen“ (S.24) anerkennt. Einen Menschen zu verstehen, könne daher nur mittels Einfühlung geschehen. Eine besondere Erscheinungsform der Einfühlung beschreibt Polanyi (1985) als „Verinnerlichung“ (S.14) und bezieht sich dabei darauf, dass explizite Inhalte und daher auch ganze Lehren soweit verinnerlicht werden können bzw., dass man sich mit diesen Lehren soweit identifiziert, dass sie im künftigen Handeln implizit leitend werden. „Etwas verinnerlichen heißt, sich mit den betreffenden Lehren identifizieren, sie zum proximalen Term eines impliziten moralischen Wissens machen, das in praktischen Handlungen folgenreich wird.“ (Polanyi, 1985, S.14). Die Vermittlung impliziten Wissens wiederum kann nur implizit geschehen, da sich dieses Wissen einer entsprechenden Artikulation entzieht. So werden in Bereichen, in denen implizites Wissen vermittelt werden soll, eher Lernziele vorgegeben als genaue Instruktionen gegeben, wie diese Ziele zu erreichen sind (Klappacher, 2006). Die Autorin meint weiter, dass implizites Wissen daher nicht unterrichtbar, sondern bestenfalls „coachbar“ (S.29) ist. „Was nicht gesagt werden kann, muss durch persönliche Erfahrung gewonnen werden.“ (Klappacher, 2006, S.29). Klappacher betont besonders den Aspekt des Lernens durch Sozialisationsprozesse in Expertenkulturen sowie den Stellenwert der persönlichen Meister – Lehrlings – Beziehung im Zusammenhang mit implizitem Lernen.

5.3.2 Zusammenfassung und Querverbindung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass implizites Wissen persönliches und soziales Wissen ist, das weder losgelöst von seiner Trägerin noch von dem sozialen und kulturellen Kontext, in das es eingebettet ist, gesehen werden kann (Kalppacher, 2006). Das gilt ebenso für das therapeutische Handlungswissen einer Therapeutin, das sowohl in der Wissensträgerin als auch im sozialen und kulturellen Kontext verankert ist. Pfeiffer (1995) weist darauf hin, dass auch die Therapie selbst in einem größeren sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist. Auch Zurhorst (2007) spricht von einer trinarischen Beziehungsstruktur, wobei in einer therapeutischen Beziehung „(...) zwei Personen mit ihrem Verhältnis *zur Welt, zu anderen und zu sich selbst* (einschließlich zum eigenen Leib/Körper) zusammentreffen (...)“ (S.81). So erfährt der Stellenwert, den die Persönlichkeit der Therapeutin in der Psychotherapie einnimmt, nochmals eine besondere Akzentsetzung. In dieser Sichtweise werden verinnerlichte Lernerfahrungen der Therapeutin, aber auch der Kontext, in dem die Therapeutin ihre mentalen (und vermutlich auch emotionalen) Fähigkeiten entwickelt hat (beeinflusst durch Erziehung, Sprache, Kultur etc.) (Kalppacher, 2006), hervorgehoben, die wiederum maßgeblichen (impliziten) Einfluss auf ihr Tun haben. Gleichzeitig erfährt aber auch der soziale, kulturelle und gesellschaftliche Aspekt in der therapeutischen Arbeit eine Aufwertung.

Das Handeln der Therapeutin kann in dieser Denkweise als ein „flexible(s) Anpassen an Besonderheiten und Unvorhersehbarkeiten der Situation“ (Kalppacher, 2006, S.24f.) verstanden werden, was den adaptiven Aspekt des therapeutischen Handelns nochmals besonders hervorhebt. Das Verinnerlichen von Lehren lässt sich auch in Bezug auf psychotherapeutische Ansätze verstehen, da das jeweilige Therapiekonzept im Handeln der Therapeutin wirkungsvoll wird, ohne dass es sich unbedingt explizieren lässt. Das schließt auch mit ein, dass ehemals explizite Inhalte (wie z.B. störungsspezifisches Wissen) so weit verinnerlicht werden können, dass sie zwar im Handeln wirkungsvoll sind, aber nicht mehr entsprechend artikulierbar sind. Dazu lässt sich noch hinzufügen, dass prinzipiell auch andere verinnerlichte Überzeugungen (z.B. in Bezug auf Beziehungsgestaltung, Krankheitsentstehung etc.) in der Praxis implizit wirksam werden können, zumal implizite Schlüsse oder Integrationen nicht unfehlbar sind und daher auch „Missverständnisse“ oder „Missintegrationen“ handlungsleitend werden können. Laut Kalppacher (2006)

erweisen sich solche quasi fehlgeschlagene implizite Integrationen als besonders veränderungsresistent.

Widmet man sich dem Bereich der Ausbildung, so kann dieser unter dem Aspekt des impliziten Lernens nochmals differenzierter betrachtet werden. Zumal es in der Psychotherapieausbildung nicht nur um die Vermittlung expliziter Inhalte, sondern gleichermaßen um die Vermittlung impliziter Inhalte geht, die auf Lernen durch persönliche Erfahrung aufbauen, gewinnt die Lehrtherapie aber auch die praktische Tätigkeit der Auszubildenden nochmals eine besondere Bedeutung für das Erlernen des „therapeutischen Handwerks“.

5.4 Natürliche Adaption in Theorie und Praxis

Wo lassen sich nun in Theorie und Praxis des personenzentrierten Ansatzes Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer natürlichen Adaption finden?

Ausgangspunkt der Spurensuche bildet sowohl in der Theorie als auch in der Praxis die Präsenz der Therapeutin. Schmid (2002, 2007) meint, dass es sich bei der Beschreibung der Grundhaltungen der Therapeutin (Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie) um eine detaillierte Beschreibung der Gegenwärtigkeit bzw. Präsenz der Therapeutin handelt. So meint der Autor weiter, dass Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie „(...) drei Dimensionen dieser *einen* Grundhaltung sind.“ (Schmid, 2007, S.44). Dabei schließt der Begriff „Gegenwärtigkeit“ das Gewordensein der Therapeutin, einen Entwurf von Zukunft sowie ihr Werdenkönnen mitein und kann (begegnungsphilosophisch) verstanden werden als „(...) authentische Haltung, in der jeweiligen Gegenwart des Anderen zu sein, präsent zu sein, für sich und für die anderen im jeweils gegebenen Moment bedingungslos offen zu sein: Es ist ebenso staunende Offenheit für das eigene Erleben erforderlich(...)“ (Schmid, 2007, S.44).

Ist die Therapeutin für die Klientin und auch für sich und ihr eigenes Erleben bedingungslos offen, so erfordert das eine hohe und umfassende Wahrnehmungsfähigkeit und Aufmerksamkeit seitens der Therapeutin sowie ein hohes Ausmaß an Selbstreflexivität. Es würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, ausführlich auf Wahrnehmungsprozesse und unterschiedliche Wahrnehmungskonzepte einzugehen, doch soll hier ganz gerafft das Wesentliche vor allem unter Bezugnahme auf implizites Wissen angeführt werden. Unsere Wahrnehmung ist ein sehr komplexer Prozess, der über das bloße Wahrnehmen unserer Umwelt über unsere fünf Sinne hinausgeht, zumal Wahrnehmung auch eine

reflexive Komponente beinhaltet (Goldstein, 2002). So geht Polanyi (1985) auch davon aus, dass Wahrnehmung als reduzierteste Form impliziten Wissens bzw. Schließens gesehen werden kann, da sie eine „(...) Brücke zwischen den höheren schöpferischen Fähigkeiten des Menschen und den somatischen Prozessen (...)“ (S.16) darstellt. Zum funktionalen Bereich der Wahrnehmung gehört auch die Wahrnehmung der sozialen Kommunikation, die auch die Sprache miteinschließt. Diese Wahrnehmung umfasst „(...) die Wahrnehmungsvorgänge beim Sprechen und Zuhören, einschließlich dem Erfassen der **nichtverbalen Kommunikation** durch Mimik, Gestik und Bewegungen. Dies umfasst alle Leistungen der Wahrnehmung, die am Verstehen, dem emotionalen Erleben und der Regulation von sozialen Interaktionen beteiligt sind.“ (Goldstein, 2002, S.5). Zu diesem Bereich der Wahrnehmung zählt Goldstein auch den Erwerb und Gebrauch der Muttersprache. Der Bedeutung der Sprache in der personenzentrierten Psychotherapie hat sich Fehringer (1992a) gewidmet. Der Autor geht dabei darauf ein, wie Therapeutin und Klientin einander (und auch sich selbst) mittels Sprache verstehen und dem Gesprochenen Bedeutung geben – „(...) aktuelle Bedeutungen werden in der therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Therapeut verhandelt.“ (Fehringer, 1992, S.375). Auch Zurhorst (2007) führt an, dass sich die therapeutische Beziehung unter anderem in einer gemeinsamen Sprache, einschließlich der Körpersprache, und einer gemeinsamen Verständigung vollzieht.

Die Wahrnehmung der Therapeutin umfasst und erfasst daher viele unterschiedliche Aspekte einer Situation, der Umwelt bzw. einer anderen Person. Dabei spielt im Sinne des impliziten Wissens die unterschwellige Aufmerksamkeit der Therapeutin auf Einzelheiten sowie ihre bewusste Aufmerksamkeit auf die zu verstehende Person eine Rolle für den Wahrnehmungsprozess. Der Wahrnehmungsprozess ist dabei stets als ein aktives Bemühen seitens der Therapeutin zu verstehen, da diese die andere Person zu verstehen versucht, was Polanyis Auffassung von Wahrnehmung unterstreicht sowie die aktive und reflexive Komponente der Wahrnehmung nach Goldstein hervorhebt.

Über diese Aspekte der Wahrnehmung werden weitere Anhaltspunkte für eine natürliche Adaption angeschnitten:

- das Wesen der Empathie
- die Intuition in der therapeutischen Arbeit
- die teilweise⁵ Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin
- der körperliche Aspekt der Wahrnehmung bzw. der Präsenz der Therapeutin
- die emotionale Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin / die Passung von Therapeutin und Klientin

Die Empathie bzw. das Wesen der Empathie ist in Theorie und Praxis ein „Ort“, an dem zahlreiche adaptive Prozesse ablaufen. Das Bestreben der Therapeutin geht im personenzentrierten Ansatz dahin, sich in den inneren Bezugsrahmen der Klientin einzufühlen und die Gefühle sowie das Erleben der Klientin so zu verstehen, als wäre es ihr eigenes. So beinhaltet diese „Als – ob – Komponente“ der Empathie adaptive Prozesse seitens der Therapeutin, die sich an den inneren Bezugsrahmen sowie das Empfinden und Erleben der Klientin anpasst. Wie dieses Verstehen nun genau aussieht, wird unterschiedlich beschrieben. W. Keil (1992) geht dabei auf „hermeneutische Empathie“ ein und darauf, wie die lebensgeschichtliche Bedeutung der Inkongruenz der Klientin verstanden werden kann. In seinem Beitrag führt der Autor an, dass es darum geht „(...) die lebensgeschichtlich gewordene Bedeutung der Inkongruenz intuitiv zu erspüren und zu erfassen.“ (S.88). W. Keil spricht ebenso von der Relevanz eines psychotherapeutisch geschulten Wahrnehmungsvermögens sowie davon, dass hermeneutische Empathie, wenn sie (durch Ausbildung) am eigenen Leibe erfahren wird, die „Grundlage für therapeutische Intuition“ (S.90) bilden kann. An diesen Auffassungen von W. Keil lassen sich wiederum Hinweise auf Anteile impliziten Wissens finden, zumal eine Form der Ausbildung forciert wird, die auch als implizites Lernen verstanden werden kann sowie der Begriff der Intuition ins Spiel gebracht wird, der nach Polanyi auch als Leistung des impliziten Wissens bzw. des impliziten Schließens aufgefasst werden kann (Klappacher, 2006). So könnte man mit Polanyi sagen, dass die Therapeutin all jene Anhaltspunkte für den inneren Bezugsrahmen der Klientin (seien es Aussagen, Inhalte einer nonverbalen

⁵ Der Zusatz „teilweise“ wurde hier verwendet um jene „Einschränkung“ des Dialog – Konzeptes in der personenzentrierten Psychotherapie hervorzuheben, die Buber 1957 im Gespräch mit Rogers betonte, zumal es in der psychotherapeutischen Beziehung keine vollständige Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin geben kann (Beck, 1991).

Kommunikation etc.) zum proximalen Term ihrer Verstehensbemühungen macht, um so das Erleben und Empfinden der Klientin entsprechend ihres Bezugsrahmens (intuitiv) zu erschließen und zu verstehen sucht. Es gibt natürlich zahlreiche andere Auffassungen von Intuition, die interessant zu erörtern wären, den Rahmen der Arbeit aber sprengen würden. So wird der Begriff der Intuition in dieser Arbeit in Anlehnung an Polanyis Konzept des impliziten Wissens verwendet.

Neville (1996) wiederum widmet sich in seinem Text den „five kinds of empathy“ (nach Gebser, 1983) und bezieht sich dabei auf personenzentrierte und experiencielle Psychotherapie. In diesem Zusammenhang führt er auch eine Aussage Rogers' an, in der Rogers Bezug auf intuitive Antworten in der Therapie nimmt:

I have come to value highly these intuitive responses. They occur infrequently...but they are almost always helpful in advancing therapy. In these moments I am in a slightly altered state of consciousness, indwelling in the client's world, completely in tune with that world. My nonconscious intellect takes over. I know much more than my conscious mind is aware of. I do not form my responses consciously, they simply arise in me, from my nonconscious sensing of the world of the other. (Rogers, 1990, zit. nach Nevielle, 1996, S.449)

In dieser Aussage beschreibt Rogers sehr eindrücklich, wie intuitive Antworten zustande kommen können, die man auch als implizite Integrationen bzw. als impliziten Schluss verstehen kann. „Die Intuition ist die passive, integrative Kraft, die meist sehr spontan auftritt und die man geschehen lassen muss, indem man sich auf den proximalen Term verlässt.“ (Klappacher, 2006, S.49). Der „Zu-verstehen-Suchende“ hat dabei eine leise Ahnung von dem versteckten Vorhandensein einer kohärenten Einheit (in Anlehnung an Polanyi, 1969, nach Klappacher 2006) bzw. von der zu verstehenden Person.

So sollen die vorangegangenen Darstellungen aufzeigen, dass Empathie und Intuition immer wieder eng miteinander verbunden sein können und die Intuition als Phänomen impliziten Wissens beschrieben und verstanden werden kann.

Auch S. Keil (2003) hat sich mit der Empathie in der personenzentrierten Psychotherapie auseinandergesetzt und geht davon aus, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit sogenannte „Verstehenshypothesen“ bilden, die sich im Prozess der Therapie verändern können bzw. von der Therapeutin modifiziert (und jeweils adaptiert) werden. Dabei gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die Einfluss auf die

Beschaffenheit der jeweiligen Verstehenshypothese haben, wie z.B. die Symptome der Klientin, der innere Bezugsrahmen der Klientin, das Erleben der Therapeutin, Beziehungsmuster, Erzählungen der Klientin, Therapieziele etc. . Die Ausführungen von S. Keil erscheinen als Versuch, all jene an der Einfühlung der Therapeutin beteiligte Faktoren und Prozesse, die implizit wirksam sind, explizit zu machen, wodurch ihre Ausführungen einen leicht „technischen Beigeschmack“ bekommen.

Ein weiterer Aspekt, der eng mit der Empathie verknüpft ist, ist die teilweise Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin. Wie Fehrer (1992b) meint: „Zuerst muss man zu zweit sein.“ (S.117). So wäre es sehr vereinfacht und verkürzt anzunehmen, nur die Therapeutin würde sich in die Klientin einfühlen und darum bemühen, diese zu verstehen, denn für die Klientin ist die Therapeutin auch eine „Anderer“ (in Anlehnung an Schmid, 2002, 2007, 2009), die es ebenso zu verstehen gilt. Könnte die Klientin nicht auch (einfühlsam) die Bemühungen der Therapeutin verstehen und wahrnehmen, so wäre die sechste Bedingung nach Rogers nicht erfüllt. Rogers (2007 [1957]) beschreibt dies als: „The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.“ (S.241). Eine Kommunikation setzt voraus, dass das Gesagte oder „Angebotene“ (im Sinne des Beziehungsangebotes) von der anderen an der Kommunikation beteiligten Person (richtig) verstanden bzw. wahrgenommen wird, da es sich sonst, überspitzt formuliert, nicht um eine Kommunikation, sondern einen Monolog oder „Selbstdarstellung“ der Therapeutin handeln würde. So schreibt Hutterer (2005), dass aktive Klientinnen adaptiv und selektiv mit den Angeboten der Therapeutin umgehen. Das stellt der stereotypen Ansicht der passiven und rezipierenden Klientin eine alternative Sichtweise gegenüber. Hier lässt sich weiters anmerken, dass der Aspekt einer „gemeinsamen Beziehung“ und daher der beiderseitigen Beteiligung von Therapeutin und Klientin von etlichen Autoren hervorgehoben wird (z.B. Schmid, 2002, 2007, Zurhorst, 2007). Auch Staemmler (2009) geht davon aus, dass es in gewissem Ausmaß eine Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin in der Psychotherapie gibt, und geht in seiner Auseinandersetzung mit der Empathie in der Psychotherapie auch auf den Aspekt der Körperlichkeit von Einfühlung ein. So verweist der Autor darauf, dass eine „Entkörperlichung“ (Staemmler, 2009, S.31) in der Psychotherapie sowie eine Entkörperlichung der Empathie im vorherrschenden wissenschaftlichen Forschungsparadigma zu erkennen ist. Schmid (2007) nimmt Bezug darauf, dass die

Präsenz der Therapeutin immer auch eine körperliche Präsenz ist und Begegnung daher auch ein „(...) intimes, sinnliches und sinnhaftes Geschehen (ist).“ (S.44) sowie darauf, dass Psychotherapie immer ganzheitliche Therapie einer Person mit Leib, Seele und Geist ist. Ebenso findet sich bei Zurhorst (2007) in seiner vorangegangenen Bezugnahme auf die „gemeinsame Sprache“ von Therapeutin und Klientin ein wichtiger Verweis auf die Bedeutung des Körpers bzw. der Körpersprache. Auch Polanyi (1985) verweist darauf, dass es unser Körper ist, mit dem wir unserer Umwelt gegenwärtig werden. So sieht er den Körper als „(...) das grundlegende Instrument, über das wir sämtliche intellektuellen oder praktischen Kenntnisse von der äußeren Welt gewinnen.“ (S.23). Das schließt ebenso das Wahrnehmen und Verstehen einer anderen Person mitein. Polanyi (1985) geht dabei davon aus, dass wir uns auf die Wahrnehmungen unseres Körpers verlassen. Hier lässt sich eine Verbindung zu Gendlin (1984) finden, der von „implizitem Erleben“ spricht und dabei jene Aspekte des Erlebens beschreibt, die im Erleben und Verhalten bereits implizit wirksam sind. Dieses implizite Erleben ist zwar bereits körperlich spürbar, jedoch (noch) nicht bewusst und begrifflich fassbar (Stumm&Pritz, (Hg.) 2007). Dieses implizite Erleben kann vermutlich nicht nur bei der Klientin sondern auch bei der Therapeutin in der therapeutischen Arbeit gefunden werden. So lässt sich auch im Aspekt der Körperlichkeit ein Anhaltspunkt für eine natürliche Adaption finden, zumal diese eng mit der Wahrnehmung, der Präsenz und der Empathie verbunden ist sowie mit dem Konzept des impliziten Wissens aber auch des impliziten Erlebens in Verbindung gebracht werden kann. Zum Aspekt der (teilweisen) Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin gehört auch die emotionale Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin sowie die Passung von Therapeutin und Klientin.

Emotionale Resonanz umfasst nach Gindl (2002) verschiedene Aspekte:

- den leiblichen (biologisch – physischen) Aspekt
- den seelischen (emotionalen) Aspekt
- den geistigen (kognitiven) Aspekt
- den feinstofflich – energetischen Aspekt
- den spirituellen (transpersonalen) Aspekt

(S.67)

Dabei geht Gindl (2002) darauf ein, dass Resonanz ein Grundprinzip therapeutischer Beziehungen darstellt und in unterschiedlicher Form Ausdruck finden kann. Im Sinne

eines dialogischen Resonanzverständnisses meint Gindl (2002):

Der dialogische Prozess ist sozusagen ein Schwingungsgeschehen zwischen zwei aufeinander angewiesenen und einander entgegengesetzten Polen. Dabei werden diese Pole nicht wie im dialektischen Prozess zu einer Synthese vereinigt, sondern bleiben als solche in ihrer Eigenheit bei gleichzeitigem Aufeinander – angewiesen – und – bezogen – Sein bestehen. (S.27)

Die Autorin geht auch darauf ein, wie Sprache bzw. Worte oder das Gesprochene Resonanz beim Zuhörer erzeugen können:

Von gefüllten Worten werde ich angesprochen. Worte wirken auf mich gefüllt, wenn sie vom anderen *verkörpert* werden. Das heißt, dass er *ist*, was er sagt, dass er die Worte so meint, wie er sie sagt. Mit dem *Wie* ist das Gesamt des Ausdrucks gemeint; die Worte, der Körperausdruck dieser Worte, der Stimmklang und der affektive Gehalt müssen miteinander abgestimmt sein. Wenn der Inhalt des Gesagten und die Person, die etwas sagt, in Übereinstimmung sind, erleben wir ihn als einen authentischen Menschen. (S.77)

Hier spricht Gindl etliche Aspekte an, die an unserer Wahrnehmung bzw. an unserem Empfinden einer anderen Person (gegenüber) beteiligt sind und in einer therapeutischen Beziehung zum Tragen kommen (sowohl seitens der Therapeutin als auch seitens der Klientin). So wird hier merkbar, dass selbst das Gesprochene sehr viel mehr an Information enthält als die bloße Bedeutung der Worte, und dass es hier auch viele andere Aspekte gibt, auf die sich die Therapeutin einstellt und die sie in ihrem Verstehen berücksichtigt. Weiters beschreibt Gindl (2002) emotionale Resonanz unter anderem auch als schützenden Beziehungsraum (im Sinne des Containment) und Empathie als Ausdruck emotionaler Resonanz. Vom Aspekt der Resonanz aus lassen sich Verbindungen zu vielen bereits erwähnten Aspekten der natürlichen Adaption herstellen (z.B. Empathie, Präsenz, Kongruenz, Körperlichkeit, Gegenseitigkeit, Sprache...) sowie zum Aspekt der Passung in der therapeutischen Beziehung. Der Aspekt der Passung wurde im vorherigen Kapitel kurz unter dem Blickwinkel der Komplexität einer therapeutischen Beziehung beschrieben und soll hier unter dem Blickwinkel einer natürlichen Adaption ebenso kurz beschrieben werden. Zentral für die Fragestellung dieser Arbeit ist wiederum die Passung von Therapeutin und Klientin. Diese Passung beinhaltet sowohl aufseiten der Therapeutin als auch der Klientin zahlreiche Merkmale, die in therapiebezogene und personale Merkmale unterteilt werden können. Die therapiebezogenen Merkmale der Therapeutin hängen dabei auch mit dem Behandlungsmodell der Therapeutin

zusammen, das in das jeweilige Therapiekonzept eingebettet ist, und sich sowohl implizit als auch explizit in der zwischenmenschlichen Haltung der Therapeutin der Klientin gegenüber äußert (z.B. in einer empathischen Haltung). Unter dem Aspekt einer natürlichen Adaption wäre die Passung von Therapeutin und Klientin unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung, des Umgangs mit unterschiedlichen Störungsbildern etc. (im Sinne therapiebezogener aber auch personaler Merkmale) und zum Teil verinnerlichtem Theoriewissens über Beziehungsgestaltung, Störungslehre etc. zu verstehen. In der Therapie trifft nun die Therapeutin mit all ihrem in der Therapie zum Tragen kommenden impliziten und auch expliziten Wissen auf eine bestimmte Klientin. Diese Klientin wiederum bringt sich und ihre betreffende Problematik sowohl implizit als auch explizit in die Beziehung zur Therapeutin ein, worauf die Therapeutin nun im Sinne ihrer „professionellen Individualität“ reagiert. Bevor aber eine konkrete Reaktion (oder vielleicht auch eine Nicht – Reaktion) der Therapeutin erfolgt, wirkt die Klientin zunächst auf die Therapeutin. Dieses Wirkenlassen und vor allem Wahrnehmen der Klientin seitens der Therapeutin kann über viele verschiedene „Kanäle“ geschehen, wie z.B. über Sprache, Körperhaltung oder auch emotionale Resonanz.

Es kann aber in der Psychotherapie auch geschehen, dass es zwischen Therapeutin und Klientin zu keiner Resonanz kommt, also zu keinem „gemeinsamen Schwingungsgeschehen“, im Sinne einer „Nichtresonanz“ (Gindl, 2002, S.25) oder aber sogar zu einer Dissonanz zwischen den beiden Beziehungspartnerinnen. In einem solchen Fall wäre wohl die Passung von Therapeutin und Klientin nur schlecht oder gar nicht erfüllt. Die Therapeutin könnte sich in diesem Fall im Sinne eines selektiven Vorgehens gegen die therapeutische Arbeit mit dieser Klientin entscheiden.

Anhand der vorangegangenen Darstellungen soll besonders die Komplexität und Vielschichtigkeit von Anpassungsvorgängen in der therapeutischen Beziehung hervorgehoben werden sowie der enge Zusammenhang, in dem diese unterschiedlichen Aspekte zueinander stehen, veranschaulicht werden.

Diese Spurensuche, die vermutlich noch nicht vollständig ist, soll aufzeigen, dass an einer therapeutischen Beziehung viele sehr komplexe Anpassungsvorgänge aufseiten der Therapeutin (und auch teilweise aufseiten der Klientin) beteiligt sind, die mehr oder minder unbemerkt und selbstverständlich ablaufen.

5.5 Das Wesen der natürlichen Adaption / Zusammenfassung

Im Anschluss an die Spurensuche nach einer natürlichen Adaption in Theorie und Praxis des personenzentrierten Ansatzes soll das Wesentliche dieser Adaptionsform nochmals auf den Punkt gebracht werden.

- Die natürliche Adaption stellt eine „Zwischen – Position“ zwischen beziehungsorientierter und ziel- und ergebnisorientierter Adaption sowie der Selektion dar. Dabei umfasst sie Teile der beziehungsorientierten Adaption im Sinne verinnerlichter (impliziter) Beziehungserfahrungen und verinnerlichten Theoriewissens in Bezug auf Beziehungsgestaltung sowie Teile der ziel- und ergebnisorientierten Adaption im Sinne verinnerlichter Erfahrungen mit unterschiedlichen Störungsbildern und verinnerlichten Theoriewissens in Bezug auf diese. Dabei baut natürliche Adaption auf selektiven Strategien auf und umfasst diese gleichzeitig.
- Natürliche Adaption geschieht in einer therapeutischen Beziehung und umfasst dabei viele Aspekte dieser Beziehung, die Anpassungsvorgänge seitens der Therapeutin verlangen.
- Diese Anpassungen, dieses Einstellen auf Klientinnen, geschieht zumeist wie von selbst und zwar mehr oder minder unbemerkt. Dabei sind diese unterschiedlichen Anpassungsvorgänge prozessual zu verstehen und laufen quasi immer im „Hintergrund“, im Sinne einer unterschweligen Aufmerksamkeit, bei der Therapeutin ab
- Natürliche Adaption baut auf implizitem Wissen auf und beinhaltet daher aufseiten der Therapeutin zahlreiche verinnerlichte persönliche und theoretische Lernerfahrungen, die implizit in ihrem therapeutischen Handeln wirksam sind. Auf diesem Hintergrund wird nochmals die Bedeutung der Persönlichkeit der Therapeutin für eine beziehungsorientierte Therapieform betont.
- Diese Adaptionsform betont weiters die Komplexität einer therapeutischen Beziehung und lässt sich in zahlreichen Aspekten einer solchen Beziehung wiederfinden. Dabei wird der implizite Anteil der Beziehungsgestaltung sowie des Expertinnenwissens hervorgehoben.
- Die natürliche Adaption lässt sich in der personenzentrierten Therapietheorie besonders im Aspekt der Präsenz und Kongruenz der Therapeutin sowie der Empathie finden.

5.6 Vorteile, Nachteile und Kritikpunkte der Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz

Worin liegen nun die Vorteile, aber auch die Nachteile der Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz?

Ein Vorteil würde darin bestehen, dass diese Position eine andere Perspektive auf die Diskussion um störungsspezifisches Vorgehen und differentielle Konzepte im personenzentrierten Ansatz einbringen würde. Diese Perspektive erkennt den Anteil des verinnerlichten persönlichen und professionellen Erfahrungswissens der Therapeutin an genauso wie den Anteil verinnerlichten Theoriewissens und betont, dass in beiden Fällen störungsspezifisches (Erfahrungs-)Wissen ebenso beteiligt ist, wie Wissen und Erfahrung um Beziehungen und Beziehungsgestaltung. So schlägt sich diese Position auf keine der beiden Seiten in der Diskussion, sondern stellt den Versuch dar, einen differenzierteren Blick auf personenzentrierte Theorie und Praxis zu werfen, die sich weit komplexer gestaltet, als es manche Konzepte vermuten lassen (Hutterer, 2005). In dieser „Zwischen – Position“ liegt auch das Bemühen, eine realistische Perspektive des Wesens einer personenzentrierten Beziehung zu entwickeln, die anerkennt, dass eine psychotherapeutische Beziehung in ihrem Wesen nicht absichtslos sein kann, jedoch im personenzentrierten Sinne auch kein auf Störungsbilder exakt zugeschnittenes technikalisiertes „Behandlungsrezept“ sein kann. Dabei legt das Konzept einer natürlichen Adaption vor allem die besondere Bedeutung der Persönlichkeit der Therapeutin nahe, weist aber auch auf die Beteiligung der Klientin an der gemeinsamen Beziehung hin. Weiters versucht die Perspektive der natürlichen Adaption Momente der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung aufzuzeigen und deutlich zu machen, die bereits in der personenzentrierten Therapietheorie vorhanden sind und eben von ihrer Natur aus adaptive Momente enthalten. Die natürliche Adaption verfolgt daher weder die Absicht der personenzentrierten Theorie und Praxis etwas hinzuzufügen oder gar abzusprechen, sondern viel mehr Vorhandenes offensichtlich zu machen. So könnte man diese Perspektive als den Versuch verstehen, einen personenzentrierten Blick auf personenzentrierte Theorie und Praxis zu werfen.

Die Betonung der Relevanz einer Ausbildung, die auch auf implizitem Lernen beruht und daher den Nutzen von Lehrtherapie und Praxisstunden anerkennt, macht das Konzept der natürlichen Adaption auch für die bildungspolitische Debatte interessant.

Die Nachteile einer solchen Konzeptualisierung liegen vor allem in der Gefahr der Beliebigkeit. So könnte man nun rasch versuchen, jegliches Vorgehen als natürlich zu klassifizieren, sobald es in der Therapie implizit wirksam wird. Dies leitet auch gleich zum zweiten Nachteil bzw. Kritikpunkt über und zwar zu jenem, dass mit dieser Perspektive die Individualisierung der personenzentrierten Psychotherapie weiter vorangetrieben werden könnte und darin gleichzeitig auch die Argumentation für die Entwicklung weiterer differentieller Konzepte gesucht werden könnte. Zumal die Bedeutung der Persönlichkeit der Therapeutin besonders hervorgehoben wird, könnte man nun im Sinne impliziten Wissens argumentieren, dass jede Therapeutin andere implizite Anteile in ihre Arbeit einbringt und die Umsetzung des personenzentrierten Konzeptes daher eine große Schwankungsbreite aufweist bzw. aufweisen muss. Als Argumentationsgrundlage für die Entwicklung weiterer differentieller Konzepte könnte man die natürliche Adaption insofern heranziehen, als man meinen könnte, dass es sich bei differentiellen Konzepten lediglich um den Versuch handle, implizit leitende Erfahrungen und Überzeugungen transparenter zu machen. Dagegen könnte man natürlich argumentieren, dass bei dem Versuch, etwas Implizites explizit zu machen, das Wesentliche verloren geht (Klappacher, 2006).

Als weitere Kritikpunkte könnte man die relative Unausgegorenheit dieses Konzeptes anführen und einwenden, dass hier das personenzentrierte Therapiekonzept in ein Konzept impliziten Wissens im personenzentrierten Ansatz umgeschrieben würde. Dieses Konzept verfolgt allerdings nicht die Absicht, etwas Bestehendes umzuschreiben, sondern es in eine andere „Sprache“ zu übersetzen und so einen differenzierten Blick auf den personenzentrierten Ansatz zu werfen. Schlussendlich könnte man noch einwenden, dass dieses Konzept wenig Neues beschreibe und sich Aspekten der Beziehungsgestaltung widme, die ohnehin selbstverständlich sind. Dagegen lässt sich argumentieren, dass eben diese Tatsache auch eine Stärke des Konzeptes darstellt, da Aspekte erörtert werden, die in einem so hohen Ausmaß als selbstverständlich an- und hingenommen werden, dass sie in ihrer Bedeutung unterschätzt werden und ihre Relevanz für die therapeutische Beziehung zu wenig beachtet wird.

Um das Konzept einer natürlichen Adaption nun auch von der Praxis aus zu beleuchten, werden in den folgenden Kapiteln das Forschungsvorhaben und die Forschungsmethode dieser Arbeit näher beschrieben. Darauf werden die Ergebnisse dargestellt und vor dem Hintergrund des bisher Erarbeiteten diskutiert.

6. Methodische Vorgehensweise

Nachdem nun im ersten Teil der Arbeit der Frage nach einer natürlichen Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie bzw. im personenzentrierten Ansatz, mit Bezug auf die Literatur nachgegangen wurde, soll im zweiten Teil der Arbeit anhand einer eigens durchgeführten Studie die personenzentrierte Praxis näher beleuchtet werden. Diese Studie wurde mittels Interviews nach der qualitativen Methode „Das Persönliche Gespräch“ nach Inghard Langer (2000) durchgeführt.

Auf diesem Wege soll eine praktische Anreicherung des theoretischen Teils der Arbeit stattfinden aber, auch eventuelle neue Aspekte der Thematik eingeführt werden.

Zunächst wird die Forschungsfrage der Studie vorgestellt, daraufhin die Forschungsmethode des Persönlichen Gespräches näher beleuchtet und die Durchführung der Untersuchung beschrieben. Danach werden die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse in Kapitel 7 dargestellt und in Kapitel 8 in Verbindung mit den aus der Literatur gewonnenen Erkenntnissen gebracht.

6.1 Forschungsfrage

Um der Frage nach einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz in der psychotherapeutischen Praxis nachzugehen wurde folgende Fragestellung formuliert: „Wie stellen sich personenzentrierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Therapie auf ihre Klientinnen und Klienten ein bzw. von Klient zu Klient um und welche Prozesse laufen dabei bei ihnen ab?“. Nachdem die Frage des Einstellens eng mit der Frage nach der Abstimmung und der Anpassung der Therapeutin an ihre Klientinnen verbunden ist, wurde der Begriff des Einstellens gewählt, da er recht weit gefasst ist und ein erlebensnahes und reichhaltiges Erzählen zu fördern verspricht. Da es sich bei dieser Fragestellung quasi um den Versuch zu handeln scheint, Implizites explizit machen zu wollen, hat sich die Methode des Persönlichen Gespräches nach Langer besonders angeboten, da sie den Interviewpartnerinnen einen breiten Raum zur Reflexion und zum freien Assoziieren zur Verfügung stellt. So verspricht diese Interviewmethode zu reichhaltigen Ergebnissen zu führen, die andere Methoden, wie zum Beispiel Leitfadeninterviews, nicht bereitstellen können. Des Weiteren wurde das Persönliche Gespräch als Forschungsmethode herangezogen, da es auf den personenzentrierten

Grundprinzipien beruht und daher davon ausgegangen werden kann, dass auch in den Interviews Einstellungsprozesse, wenn auch in einem weit geringeren Ausmaß als in der Psychotherapie, am Wirken sind und so der Bezug zur Thematik erleichtert wird. So sollen in den Interviews die Einstellungsprozesse der Therapeutinnen auf ihre Klientinnen näher beschrieben werden und zugrunde liegende Prozesse aufgespürt werden. Weiters bieten die Interviews die Gelegenheit, folgende Aspekte der Fragestellung näher zu beleuchten und Antwortmöglichkeiten zu finden:

- Welche Rolle spielt Erfahrung im Einstellungsprozess?
- Welche Rolle spielt störungsspezifisches Wissen im Einstellungsprozess?
- Welche Rolle spielt die Therapeutin – Klientin Beziehung bzw. die Passung von Therapeutin und Klientin im Einstellungsprozess?
- Welche Rolle spielt die Persönlichkeit der Therapeutin im Einstellungsprozess?

6.2 Forschungsmethode

Die Forschungsmethode des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000) ist der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen und wurde in Anlehnung an die personenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers und die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn entwickelt. Das persönliche Gespräch zeichnet sich besonders durch die Haltung der Forscherin bzw. der Interviewerin aus, die in ihrer Forschungsarbeit selbst eine Suchende ist und nicht in der Rolle einer Expertin auftritt (Langer, 2000). So steht die Begegnung von Person zu Person im Vordergrund, wobei die Interviewerin in der Gesprächssituation kongruent ist und sich der anderen Person gegenüber wertschätzend zeigt sowie, das „Erzählen und die Art, wie sich die Person ausdrückt“ (S.21) mit einfühelndem Verstehen bzw. verstehender Resonanz begleitet. Durch die Orientierung der Interviewerin an den Prinzipien der personenzentrierten Psychotherapie soll eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, in der es den Gesprächspartnerinnen ermöglicht wird, frei zu erzählen. Es ist der Interviewerin jedoch auf diesem Wege „(...)ohnehin nur möglich, aus dem Meer des Erlebten und Bedachten, das eine Person zu einem Thema in sich trägt, ein Aquarium zu füllen.“ (Langer, 2000, S.41).

So ist es auch nicht Ziel dieser Art von Forschung, allgemeingültige Aussagen zu treffen, sondern „die Vielfalt von Handlungs-, Erlebens-, Gefühls-, Bewertungs- und Gestaltungsmöglichkeiten“ (Langer, 2000, S.15) zu einem bestimmten Thema aufzuzeigen.

6.3 Wahl der Gesprächspartnerinnen

Ausschlaggebend für die Wahl der Gesprächspartnerinnen war, dass diese als Psychotherapeutinnen, mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“, in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen sind und über etliche Jahre an Berufserfahrung verfügen. Eher zufällig als beabsichtigt ergab sich, dass die Mehrzahl der interviewten Personen auch in Aus- oder Weiterbildungskontexten tätig war und so auch fortlaufend mit theoretischen Aspekten ihrer Arbeit befasst war. Somit stehen hier keine repräsentativen Auswahlkriterien im Vordergrund, sondern der zu erwartende reiche Erfahrungsschatz der teilnehmenden Personen, da es bei dieser Art der Forschung nicht darum geht, allgemeine Aussagen zu treffen.

Die Therapeutinnen und Therapeuten wurden per E – Mail kontaktiert und über das Forschungsanliegen und die Interviewmethode informiert. Schließlich sagten 6 Psychotherapeutinnen und 2 Psychotherapeuten zu an der Untersuchung teilzunehmen.

6.4 Durchführung der Gespräche

Die acht Gespräche wurden im Zeitraum von März bis Mai 2009 durchgeführt und dauerten zwischen 20 und 60 Minuten. Den gewohnten Lebenszusammenhängen (Langer 2000) der Gesprächspartner entsprechend, fanden die Interviews in den Praxisräumen der jeweiligen Therapeutinnen bzw. Therapeuten statt und hatten einen zeitlichen Rahmen von 50 bis maximal 60 Minuten, da sich die Therapeutinnen und Therapeuten nur so lange Zeit nehmen konnten.

Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden zunächst über den geschützten Rahmen der Gespräche informiert und darüber, dass keine Inhalte aus den Gesprächen ohne ihre Zustimmung veröffentlicht werden. Die Gespräche wurden mit einer offenen Eingangsfrage („Wie stellen Sie sich als (personenzentrierte/r) Therapeutin/Therapeut auf Ihre Klienten ein, beziehungsweise von Klient zu Klient um, und welche Prozesse laufen dabei bei Ihnen ab?“) eingeleitet und mittels Diktiergerät aufgezeichnet.

In den Gesprächen wurde das von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern Gesagte mit verstehender Resonanz begleitet und es wurden gegebenenfalls Verständnisfragen gestellt oder um Beispiele zur Veranschaulichung

und Konkretisierung gebeten. Im Ausklang der Gespräche wurden die Gesprächspartner darum gebeten zu überlegen, ob alles für sie Wesentliche in dem Gespräch enthalten war, oder ob es noch etwas zu ergänzen oder besonders hervorzuheben gibt.

6.5 Bearbeitung der Gespräche

Von jedem Gespräch wurde ein sprachbereinigtes wörtliches Transkript angefertigt, bei dem, um zu einer besseren Lesbarkeit beizutragen, Füllwörter weggelassen und Sätze begradigt wurden. Im Anschluss daran wurden bei jedem Gespräch die Aussagen thematisch geordnet und zusammengefügt und so ein Verdichtungsprotokoll angefertigt. Das Verdichtungsprotokoll ist eine „konzentrierte, geordnete, verständnisfördernd gestaltete Bearbeitung“ (Langer, 2000, S.58) des jeweiligen Gespräches. Es handelt sich dabei um eine „reine Dokumentation“ (Langer, 2000, S.58) des Gespräches, weshalb weder Interpretationen noch Analysen enthalten sind. Weiters beinhaltet das Verdichtungsprotokoll eine kurze Vorstellung des jeweiligen Gesprächspartners sowie die wortgetreue Wiedergabe des Gesprächsbeginns.

6.6 Validierung der Aussagen

Die Verdichtungsprotokolle wurden den Therapeutinnen und Therapeuten per E – Mail zugesandt, mit der Bitte, die Aussagen auf ihre Richtigkeit und Stimmigkeit hin zu überprüfen und sie gegebenenfalls zu korrigieren, zu ergänzen oder zu streichen. Von der Möglichkeit, Änderungen oder Korrekturen vorzunehmen, machten zwei der acht Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner Gebrauch.

6.7 Kernaussagen

Um die Inhalte der Gespräche nochmals in einer übersichtlichen Art und Weise darzustellen, wurden die Aussagen der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner im Anschluss an die Verdichtungsprotokolle nochmals in einer gerafften Form wiedergegeben. Diese sogenannten Kernaussagen wurden aus den autorisierten Verdichtungsprotokollen herausgefiltert und vornehmlich in Form von „Kann – Aussagen“ verfasst.

6.8 Ausgewählte Verdichtungsprotokolle

Um beispielhaft darzustellen, wie die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner ihre Erfahrungen mitgeteilt haben, werden im Rahmen dieses Kapitels zwei der acht Verdichtungsprotokolle vorgestellt. Die Verdichtungsprotokolle aller acht Gespräche, die Daten für diese Arbeit geliefert haben, befinden sich im Anhang.

6.8.1 Gespräch mit Therapeutin B

Zur Person:

Therapeutin B ist Pädagogin und Sonder- Heilpädagogin und seit etlichen Jahren als personenzentrierte Psychotherapeutin tätig. Sie arbeitet mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und ist weiters als Lehrbeauftragte bei verschiedenen Aus- und Weiterbildungen tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin B

Gesprächseinleitung

I: Gut, die Frage der ich im Interview nachgehen möchte ist, wie Sie sich als Therapeutin in der Therapie auf Ihre Klienten einstellen, beziehungsweise sich von Klient zu Klient umstellen und was da bei Ihnen abläuft an Prozessen.

1. Das erste Einstellen auf den Klienten

Für Therapeutin B beginnt das erste Einstellen mit dem ersten Telefonat, das sie mit einem Klienten führt. Hierbei laufen bereits viele Dinge im Hintergrund ab und es entscheidet sich, ob das Verhältnis rasch ganz persönlich oder eher distanziert wird.

„Also, sobald ich einen Anruf kriege und zurückrufe und einen Termin vereinbare, läuft schon ganz viel im Hintergrund ab, so wer ist das, wie präsentieren sich die, was ist da für eine Geschichte dahinter, und je nachdem, das ist dann so ein automatisches Entscheiden, wird es irgendwie mehr oder weniger distanziert, merk ich. Also es gibt Leute, wo es dann gleich so ganz persönlich wird und dann gibt es andere, die brauchen so eine ganz eine professionelle Distanz, auch schon beim Telefonat.“

Ein erstes Einstellen findet aber auch am Beginn jeder Therapiestunde statt und bedarf einer kurzen Reflexion. Auch Einstiegsphrasen können hierbei hilfreich sein.

„Das bedarf am Anfang immer so einer kurzen Reflexion, wenn ich jetzt dem Klienten oder der Klientin gegenüber sitze, zu sagen „okay, geht's, bin ich jetzt offen genug, oder ist noch irgendetwas da, was brauche ich jetzt“.“

„So als Einstieg. Auch mit Einstiegsphrasen sich selber zu zeigen, so jetzt bin ich da und alles andere ist weg, hat jetzt keinen Platz.“

1.1 Erstes Einstellen und Krankheitsbilder

Therapeutin B meint, dass es teilweise von Krankheitsbildern abhängt, ob die Klienten eher eine professionelle Distanz brauchen oder ob man mit ihnen sehr schnell auf eine Beziehungsebene kommt. Je nachdem ist ein anderes Agieren bzw. Reagieren möglich.

„Und da merke ich auch, zum Teil ist es abhängig von Krankheitsbildern, wo ich merke bei manchen brauchen die viel mehr an professioneller Distanz einfach auch und manchen gelingt es aber sehr schnell in die Beziehung hineinzukommen, wo man dann auch gleich ganz anders agieren und reagieren kann und wirklich zu

Anfang ein Beziehungsprozess stattfindet, der zum Teil schon ganz, ganz viele kleine Dinge bewirken kann, auch dieses erste Kennenlernen ganz anders abläuft, als wenn man halt so, ich komme und da sitzt die Therapeutin vor mir und ich will jetzt von der einmal ganz straight nur die Fragen über, wie läuft das Setting ab und wie ist es mit den Kosten und blabla.“

2. Schauen was kommt und darauf reagieren

In einem Therapiegespräch bzw. einem Erstgespräch ist es für Therapeutin B so, dass sie, sobald die Klienten zu reden beginnen, ganz automatisch darauf reagiert. Sie schaut dabei immer darauf, was von den Klienten kommt, und beschreibt ihr Reagieren als ein Reagieren auf das Hier und Jetzt.

„(...)oder wie sie beginnen zu reden und auf das reagiert man dann ganz automatisch, habe ich das Gefühl.“

„Wie von selbst. Einfach zu schauen, was kommt und auf das, was kommt, einfach dann einzusteigen.“

„Also, was kommt, und einfach dann ein Reagieren auf das Hier und Jetzt, was braucht der jetzt, auch auf Gefühle, die da mitschwingen zum Beispiel schon ein bisschen.“

Auch in Erstgesprächen stellt sie lediglich eine Eingangsfrage.

„Also, ich gehe nicht mit einem Leitfaden hinein, sondern schaue einmal, stelle nur eine Eingangsfrage, eine offene, und schaue, was kommt, und auf das reagiere ich dann.“

2.1 Offenheit

Für Therapeutin B ist es besonders wichtig in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sehen, was kommt, und das aufzugreifen.

„(...) also, ich denke, es kommt darauf an, wirklich in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sagen, okay spannend, das war letztes Mal, was ist jetzt und keine Erwartungen in irgendeiner Weise zu haben, nicht so, hat sie das jetzt endlich verwirklicht, was wir seit einem Jahr besprechen. Einfach diese Offenheit zu sehen, was kommt, und das aufzugreifen.“

2.2 Offenheit erlangen

Therapeutin B hat gemerkt, dass es für sie wichtig ist die vorangegangene Therapiestunde für sich gut abzuschließen um wieder offen für den nächsten Klienten bzw. für die nächste Therapiestunde zu sein. Hierbei hilft ihr auch eine Art Einstimmungsritual.

„Also, ich merke immer mehr, dass es wichtig ist, einfach das abzuschließen und dann offen zu sein, und dass ich so ein Ritual brauche, ein Einstimmungsritual oder so um mich selber so ein bisschen zu zentrieren.“

„Also, ich glaube, man merkt für sich dann selber, was brauche ich um frei in diese Beziehung jetzt in dieser Stunde hineingehen zu können. Und das ist für mich so dieses Art Ritual einmal, zu sitzen und zu sammeln und zu schauen, es muss nicht ewig sein, ganz was Kurzes, aber so: „Jetzt ist der da und der ist jetzt wichtig.““

3. Ein Prozess kommt in Gang

Wenn nun diese Offenheit da ist und Therapeutin B auf das reagiert, was kommt, so kommt ein Prozess in Gang.

„Das läuft dann gar nicht schrittweise, sondern es kommt dann gleich so ein Prozess in Gang.“

3.1 Den anderen beziehungsweise greifen bzw. nicht greifen können

Auf dass es aber zu einer Therapie kommen kann, muss Therapeutin B den betreffenden Klienten beziehungsweise greifen können und mit ihm auf eine Beziehungsebene kommen. Diese Beziehungsebene kann einerseits so gestaltet sein, dass man gleich auf die Gefühlsebene kommt, andererseits kann sie sich auf einer professionellen Ebene abspielen. Ein wichtiger Gradmesser dafür, ob sie mit jemandem auf eine Beziehungsebene kommt, ist für Therapeutin B, ob sie beginnt Ratschläge zu geben.

„Und ich merke bei denen, die ich nicht greifen kann, beziehungsweise, gefühlsmäßig, da wird es dann auch nichts mit einer Therapie. Also für die bin ich völlig ungeeignet, sondern da komme ich dann ins Ratschlägegeben hinein. Und ich weiß genau, sobald ich das mache, kommen die nicht mehr. Da passt das von der Beziehung überhaupt nicht, und von dieser Ebene...da kommt man nicht auf dieselbe Ebene und das ist auch einfach spürbar dann.“

„(...) was dasselbe dann heißt, wie es passt nicht, also da ist kein Therapieprozess sinnvoll, kristallisiert sich dann eh ganz schnell heraus.“

„Wobei die Beziehungsebene schon beides sein kann, so wirklich auf die Gefühlsebene gleich zu gehen und zu schauen, oder es kann schon auch die professionelle Ebene sein, bei Leuten, die psychosomatische Sachen haben, da merk ich das oft, dass die das auch sehr straight und klar strukturiert brauchen, aber ich darf nicht ins Ratschlägegeben hineinkommen, also es muss die Beziehungsebene da sein, wenn die nicht da ist, komme ich hinein ins Ratschlägegeben und dann passt es nicht, dann ist es vorbei. Das kann man schon ein bisschen ablesen.“

4. Unsicher oder blockiert sein

Kommt Therapeutin B nun aber in dieses Ratschlägegeben hinein, so sieht sie das als Ausdruck ihrer Unsicherheit und empfindet das Ratschlägegeben und das Theoretisieren als Hilfsanker. Zunächst läuft das unbewusst, doch Therapeutin B wird dann schnell bewusst, dass es daher von der Beziehung her nicht passt.

„Na, ich glaube eher das ist ein Ausdruck von Unsicherheit. So irgendwie, man schwimmt, man spürt den nicht, man weiß nicht, was ist das jetzt, was tue ich mit dem und das ist dann so ein Hilfsanker, so theoretisieren und Ratschläge geben und, und, und.“

„Das ist dann auch unbewusst, aber es wird schnell bewusst. Ich werde mir dessen dann schnell bewusst, was da abläuft, und merke, es passt einfach von der Beziehung nicht. Da ist nichts Tragfähiges, wir kommen nicht auf einen Nenner.“

„Genau, einfach aufs Theoretisieren und so, Psychologisieren und so und das ist ganz schlimm. Ja, weil es nicht weiterführt, weil es einfach in dem Prozess nichts bewirkt.“

4.1 Blockaden

Therapeutin B meint, dass es sein kann, dass sie gedanklich an einem Thema hängen bleibt und sich zum Beispiel fragt, wie eine Sache nun ausgegangen ist, was sich aber blockierend auf den Prozess und auf ihr selbstverständliches Tun auswirkt. Wenn sie sehr an einer Sache hängt, dann fragt sie entweder nach, oder sie schafft es aber die Sache wieder beiseitezustellen.

„Das sind so Dinge, manchmal interessiert es mich ja wirklich, wenn irgendein Thema angeschnitten wurde, dann ist es ja spannend, wie ist das jetzt ausgegangen. Wenn ich jetzt aber an dem hänge, blockiere ich irrsinnig den Prozess, der jetzt gerade in dem Moment stattfinden kann.“

„Weil ich dann gedanklich wo anders bin. Also, wenn ich wirklich zu sehr daran hänge, dann frage ich nach, weil ich sonst nicht loskomme, oder meist schaffe ich es zu sagen, okay das war voriges Mal und jetzt sind wir wo anders und jetzt ist etwas anders wichtiger und lasse das andere irgendwie beiseite.“

Weiters meint Therapeutin B, dass in der Therapiesituation zwar einige Sachen im Hintergrund bei ihr ablaufen, dass diese aber nicht blockierend sein dürfen, auf dass der Prozess laufen kann.

„Es ist schon immer so zweigleisig, also man sieht sich selber irgendwie wie von oben zum Teil schon und beobachtet sich, es laufen hinten schon ein paar Sachen ab, aber das darf nicht so sein, dass es blockiert.“

„Genau und (der Prozess) nicht blockiert ist durch irgendwelche theoretischen Sachen.“

4.2 Themen die blockieren

Es gibt Themen, bei denen der Prozess bzw. der Fluss in der Therapie beeinträchtigt wird. Therapeutin B meint, dass Themen, die in den persönlichen Bereich hineingehen, unfrei machen, so zum Beispiel, wenn man den denjenigen, von dem der Klient gerade erzählt, selbst kennt.

„Naja, es gibt Dinge, also mir ist das einmal passiert, dass eine Klientin was erzählt hat, die ich nicht kenne, von einem Bekannten von vor zwanzig Jahren, dass sich der umgebracht hat, zum Beispiel, und das wusste ich nicht, und solche Sachen sind dann total blockierend, weil dann hängt man plötzlich an dem „und um Gottes Willen warum und was ist da passiert“. Also solche Dinge, wo es irgendwie so in den persönlichen Bereich hineingeht, machen dann irgendwie unfrei.“

„Genau, wo man dann vielleicht den über die gerade redet auch irgendwie kennt, irgendwie persönlich oder so. Und das wird dann schwierig, da wirklich so... im Fluss zu bleiben, da muss man dann sehr strikt selber sagen „aus“ und eine Grenze vorschieben.“

Weiters sind auch solche Themen blockierend, die den eigenen Wert- und Moralvorstellungen zuwiderlaufen.

„Also wenn mir wer erzählt, er hat gerade seine Kinder misshandelt oder so, müsste ich mir wirklich überlegen, ist das jetzt etwas, wo ich bei dem sein kann in der Therapie, oder stört mich das so, dass ich da keine Therapie mehr führen kann, weil mir dieses Verhalten zu sehr einfach gegen den Strich geht und ich das von meinen

eigenen Moral- und Wertvorstellungen so nicht akzeptieren kann, dass dem das auch nichts bringt eine Therapie zu machen.“

4.3 Erschwerende Rahmenbedingungen

Therapeutin B meint, dass es weiters für den Prozess bzw. für das Einstellen erschwerend sein kann, wenn sie an einem Tag eine Stunde nach der anderen hat und kaum Zeit zum Umstellen bleibt.

„Schwierig ist es noch manchmal, wenn Tage sind, wo eine Stunde nach der andern ist, wo man dann noch wen einschieben muss, weil dem geht es gerade jetzt so schlecht, und dann hat man keine Pause dazwischen. Da muss man sich ganz schnell, innerhalb von fünf Minuten, das eine abschließen und sofort aufs Nächste einstellen und das ist zum Teil schwierig. Weil dann der Kopf noch voll ist, wenn da gerade ein ganz wesentliches Thema war und man mitgegangen ist und dann schnell ins Nächste hineinzukippen und dann vielleicht gleich eine Kindertherapie zu machen und es geht um ganz etwas anderes, das ist ein bisschen schwierig.“

5. Störende Gefühle und Eigenreflexion

Es kann nun dazu kommen, dass zum Beispiel aufgrund eines bestimmten Themas störende Gefühle in die therapeutische Beziehung hineinkommen und man als Therapeutin einen Schritt aus der Beziehung heraus macht. Man muss in einem solchen Fall schauen, ob man das in der Eigenreflexion für sich auflösen kann, ist dem nicht so, so kann die Beziehung nicht mehr tragfähig werden, und es macht keinen Sinn sie weiterzuführen. Therapeutin B meint aber, dass sich solche Gefühle meist in der Eigenreflexion auflösen lassen, es aber wichtig ist zu schauen, ob es von der Beziehung her noch passt.

„Wo man dann einfach schauen muss, selber, in der Eigenreflexion, was ist das jetzt, kann ich es auflösen und passt es trotzdem, oder ist das so extrem. Ich habe von einer Kollegin einmal gehört, die hat mit wem gearbeitet, der ein Neonazi war und irgendwann einmal hat sie gesagt: „Aus, ich kann nicht mehr, ich kann da nicht mehr mitgehen, weil auch, wenn ich den Menschen akzeptiere und so sehe, wie er ist, aber ich schaffe das nicht, wenn der mir dauernd seine Parolen erzählt.““

„Naja, es kommen irgendwie so störende Dinge dann hinein, so störende Gefühle, wo man sich denkt: „Na bitte um Gottes Willen.“, und selber so einen Schritt weg von der Beziehung geht, weil man das überhaupt nicht vereinbaren kann. Also man stellt sich selbst so einen Schritt hinaus aus diesem Beziehungsgeflecht, weil man es überhaupt nicht mehr vereinbaren kann mit seinen moralischen Dingen und deswegen wird es dann auch nichts Tragfähiges und man kann es auch nicht mehr weiterführen.“

„Wenn man es für sich selber nicht auflösen kann, ist es eigentlich fair zu sagen, tut mir leid, geht irgendwie von mir aus jetzt nicht, weil ja sonst der Klient nicht mehr das kriegt, was er eigentlich kriegen sollte. Weil man einfach nicht mehr so da sein kann.“

„Aber meistens sind es Sachen, wo man das eh durch Reflexion irgendwie selber in den Griff kriegt, meistens ist es ja nicht so was Großes.“

5.1 Nebenbei reflektieren

Therapeutin B meint weiter, dass es gerade bei Suizidgefährdungen ganz wichtig ist neben der Beziehung zu reflektieren, ob das noch geht, ob man da noch mitgehen kann, und wann es gefährlich wird und man über eine Einlieferung ins Spital reden muss.

„Bei Suizidgefährdungen, da ist auch noch so die Frage.... wie weit kann ich mitgehen, wie weit kann ich das verantworten auch und wann mach ich einfach... oder muss mit dem über eine Einlieferung ins Spital reden, was gleichzeitig ein Beziehungsabbruch ist.“

„(...)aber bei Therapien mit depressiven Menschen ist das öfter. Ich merke, im Grunde habe ich da einen ganz einen guten Zugang, meistens, aber es ist dann oft bei einem Punkt so, dass man immer wieder nebenbei reflektiert, geht das noch und kann ich es noch. Wo neben der Beziehung auch das parallel rennt, okay, wie sehr kann ich mich da jetzt noch einlassen und wann wird es fahrlässig und gefährlich.“

5.2 Sich selbst wieder einkriegen

Wenn in Therapiestunden sehr emotionale Dinge Thema waren, dann kann es sein, dass es seitens der Therapeutin viel an Professionalität braucht um sich selbst wieder einzukriegen, das abzuschließen und in die nächste Stunde zu gehen. Sie meint, dass man ja auch bei schönen Themen hängen kann und es auch hier wichtig ist „aus“ zu sagen um wieder mehr Offenheit für den nächsten Klienten zu bekommen.

„Wenn sehr emotionale Sachen Themen waren, dann kann es schon sein, dass es sehr viel an Professionalität braucht sich selbst da einzukriegen und zu sagen „okay, aus“, das hat dann Zeit für ganz am Schluss sich das noch mal anzuschauen. Aber das stimmt schon, da braucht man ganz viele Mechanismen um zu sagen, okay das ist jetzt abgeschlossen, auch wenn noch etwas da ist, aber das kommt erst wieder dann irgendwann, weil jetzt ist das andere im Vordergrund.“

„Das sind einerseits Selbstregelungsdinge, dass man sich sagt „okay, aus, Schluss, jetzt geht es nicht, aber nachher dafür“, oder wenn es ganz emotional ist oder war, dann lasse ich den auch oft zwei Minuten länger warten und schreibe das einmal schnell auf, was da jetzt in der Stunde war, oder ich tue Zeit schinden und mach mir einen Kaffee zwischendurch.“

„Um selber etwas anderes zu tun und zu schauen, das ist irgendwie so ein Zwischenraum um wieder ein bisschen mehr Offenheit zu kriegen.“

„Es gibt auch Dinge, die schön sind, also ich habe mich irrsinnig gefreut, wie ein Klient von mir so selbstständig war, dass er es geschafft hat alleine herzufahren zum ersten Mal und ich war so stolz auf ihn, oder ich weiß nicht, dass er gesagt hat: „Ich habe das beste Schulzeugnis jetzt seit Beginn meiner Schullaufbahn, weil ich bin jetzt so stark geworden.“ Und das sind Sachen, die total schön sind, wo man dann aber auch hängt und wo man dann auch bei dem irgendwie ist, es muss ja nicht immer nur etwas Grausliches sein. Aber auch das ist dann so, dass man sagt „aus“.“

6. Therapien die gut laufen

Bei Therapien, die gut laufen, kommt man laut Therapeutin B gut in den Beziehungsfluss hinein und es entwickelt sich etwas weiter bzw. die Klienten kommen für sich schrittweise zur Klarheit. In Beziehungen, die gut laufen, ist einerseits die Akzeptanz wichtig und alles was vom Klienten kommt aufzugreifen, andererseits ist es kennzeichnend, dass keine theoretischen Dinge im Weg stehen, und dass es zwischen Therapeutin B und den Klienten passt.

„Ich denke Beispiele, wo es gut läuft, das sind die Therapien, die einfach laufen, wo man das Gefühl hat, man kommt einfach in diesen Fluss hinein und es entwickelt sich weiter oder die Klienten selber kommen für sich einen Schritt mehr zur Klarheit. Ich weiß nicht, ich habe eine Klientin, ich glaube seit zweieinhalb Jahren, die ganz

starke Panikattacken hatte, und wo es jetzt immer wieder so wie in einer Spirale drehend weg von den Symptomen kommt und dann irgendwann erkennt, aha es könnte jetzt wieder kommen, aber was war der Auslöser und das selber irgendwie reflektieren kann und selber schon jetzt etwas verändert an den Auslösern. Ich denke, ja da war es genau das, was sie gebraucht hat, also diese Beziehung, diese Akzeptanz, dieses Schauen, okay, was kommt jetzt von ihr, und alles aufzugreifen und da war es auch nie so, dass diese theoretischen Geschichten im Weg waren, sondern da hat es einfach gepasst, da war auch dieses „okay, wir mögen uns“, wir mögen einander und es geht gut und man kann auf dieser Beziehung aufbauen. Und das sind dann die Therapien, wo ich denke, ja da läuft es sehr gut und da ist das möglich das so zu verwirklichen.“

6.1 Mögliche Einschnitte

Beziehungen die gut laufen, laufen einfach, jedoch kann es sein, dass es aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern oder von außen verursacht zu Einschnitten in die Beziehung kommt.

„Also, wenn es wirklich eine gute Beziehung ist, mit den Klienten, die ich jetzt habe, also ich denke mal, es gibt schon einfach, das ist, denke ich, auch zum Teil wirklich von Krankheitsbildern abhängig, wo es mir jetzt einfällt, ist nur mit Mädchen, die sich schneiden oder geschnitten haben, oder wo ich das Gefühl habe es läuft gut und dann geht es abrupt wieder wo anders hin. Aber das hat mit den Krankheitsbildern ein bisschen zu tun. Oder wenn die Leute dann wirklich in die Psychiatrie kommen und es ist einmal Pause und dann muss man schauen, was ist nachher, wie fangen wir uns wieder auf. Aber wenn sie wirklich laufen, wenn die Beziehung gut ist, fällt mir jetzt so nichts ein. Bei Kindern ist es oft so, dass dann zum Teil von den Eltern das abgebrochen wird, weil die meinen, das Symptom ist weg, und es ist erledigt, auch wenn irgendwie noch viel da gewesen wäre. Also da ist es eher noch. Bei den Erwachsenen, bei einem da hat die Kassa nur weniger Stunden bewilligt und somit war dann die Therapie mehr oder weniger zu Ende, er konnte es sich dann nicht anders leisten und das war dann so ein Bruch, aber das war von außen. Und sonst eher wirklich abhängig von den Krankheitsbildern.“

7. Umfassendes erstes Wahrnehmen

Am Beginn jeder Therapiestunde ist es für Therapeutin B so, dass sie erst einmal schaut, wie der Klient heute auf sie wirkt, was er ausstrahlt. Sie schaut zu Beginn, was sie beim anderen bemerkt und erspürt. Bei Leuten, die sie schon lange kennt, erkennt sie auch feine Nuancen in der Stimmung.

„Also es ist so eine Art Sammlung einmal, auch einmal zu schauen, wie wirkt der heute, ist da irgendwas anders, oder was kommt da jetzt einmal rüber, allein von der Ausstrahlung.“

„Naja, das sind so Nuancen, ich meine, eine Klientin ist gekommen total verändert letztes Mal, die Haare total kurz geschnitten und plötzlich geschminkt und plötzlich ganz anders. Dann ist es eh ganz offensichtlich, aber sonst auf Stimmungen zu schauen, ob man die spüren kann, so wie sitzt der da, sitzt der anders da als sonst, wie ist der Gesichtsausdruck. Oder manche sind ja ganz nervös und tun die ganze Zeit mit dem Fuß (wippen). Eine hat dann nach einem Jahr plötzlich aufgehört mit dem Fuß so zu (wippen). Also solche Dinge, oder was tut er mit den Händen oder so was.“

„So umfassend, schaut er offen, oder ist er irgendwie in sich vergraben oder schon den Tränen nahe.“

„Und was erfühle ich einmal, was erspüre ich, oder wie wirkt er heute. Und man kennt ja die Leute mit der Zeit eh schon sehr gut, das heißt man sieht ja dann auch feine Nuancen oft schon.“

8. Erfahrung und Routine

Therapeutin B meint, dass sie durch Erfahrung und Routine selber schneller zurückholen kann und es ihr leichter möglich ist Sachen abzuschließen. Sie bemerkt auch Störfaktoren rascher und kann auch rascher reflektieren, wie sie mit diesen umgehen möchte. Sie meint auch, dass sich auch bei dem „In – Beziehung – sein“ ein Stück Routine eingestellt hat.

„Na schon, ich hole mich selber mehr zurück. (...) Und das war früher sicher nicht so. Also da konnte ich das noch nicht so trennen und abgrenzen, das ist einfach etwas, was mit der Routine kommt, auch dann zu sagen „jetzt nicht“.“

„Ja schon, weil ich mich schneller zurückholen kann. Also weil ich Störfaktoren schneller bemerke bei mir selber und auch schneller im Hinterkopf ein bisschen reflektieren kann, was ist es jetzt, dass ich nicht so da sein kann, und das dann entweder schneller abschalte oder anspreche, wenn es wirklich irgendwas ist, das jetzt da war oder da ist. Aber das kommt mit der Routine mehr, habe ich das Gefühl, dass man auf das irgendwie schneller reagiert.“

„Ein schnelleres Reagieren und vorher hat es irgendwie länger gedauert, bis ich da drauf gekommen bin, was ist es jetzt, das so störend ist und auch so schnell nicht abschalten konnte. Also ich glaube, insofern kriegt man schon Routine einfach auch.“

„So beim „In – der – Beziehung – sein“ ein Stück Routine. Also beim „Sich – selber – Sammeln“, dass man einfach da bleiben kann. Oder auch beim Erkennen, was ist es jetzt, habe ich nur schlecht geschlafen und deswegen geht es nicht gut, oder ist irgendwas anderes.“

9. Die eigene Persönlichkeit

Bei dem Einstellungsprozess spielt es für Therapeutin B, die prinzipiell kein solches Kasteldenken mag, immer wieder eine Rolle, ob sie auch mit dem Krankheitsbild des Klienten kann. Sie meint, dass sie mit manchen Krankheitsbildern besser arbeiten kann als mit anderen und meint, dass es da wohl auch auf die Art des Therapeuten ankommt.

„Naja, es ist einerseits so ein Kasteldenken, das ich überhaupt nicht mag, aber andererseits es ist immer wieder so, dass es so ist, dass ich mit manchen Krankheitsbildern, wie, ich weiß nicht, einer Depression, wenn mich da wer anruft und sagt, ja ich bin so traurig, ist es zu neunundneunzig Prozent, dass ich da gut hineinkomme in die Beziehung, das passt irgendwie gut. Wenn wer kommt mit einer psychotischen Störung, weiß ich, oder Borderline, kann ich nicht, das entspricht mir nicht. Und bei psychosomatischen Sachen tue ich mir schwer, da weiß ich, es geht, aber ich muss mich ganz, ganz, ganz anstrengen, weil die irrsinnig kognitiv zum Teil sind und irrsinnig schwer wirklich auf die Gefühlsebene kommen, und das weiß ich, da muss ich mich plagen. Und das mag ich einerseits gar nicht dieses „die Leute so einzukasteln“ in Krankheitsbildern, aber irgendwas ist es dann doch, wo ich merke, ja da kann ich irgendwie mehr, das entspricht mir mehr. (...) Oder ich kann auch mit adipösen Klienten besser als mit magersüchtigen.“

„Das ist so ein Erfahrungsprozess, da geht es mit der Kontaktaufnahme besser und einfacher.“

„Sicher, ich denke schon, dass einfach auch sehr mit, ich sage jetzt nicht Grundstimmung, aber mit dem eigenen Verhalten zu tun hat. Weil, ich denke, ein depressiver Klient mit einem Therapeuten, der irgendwie nur dauernd lebhaft, aktiv, weiß ich nicht was, ist, das passt irgendwie nicht zusammen.“

Therapeutin B meint weiters, dass die eigene Persönlichkeit den Einstellungsprozess beeinflusst.

„Das korreliert in irgendeiner Weise.“

9.1 Passt das?

Therapeutin B betont besonders, dass es wichtig ist immer genau zu schauen, ob es mit dem betreffenden Menschen passt, unabhängig von dessen Krankheitsbild, immer auf die ganze Person zu schauen. Die wesentliche Frage, „Können wir miteinander?“, betrifft hierbei aber sowohl die Therapeutin als auch die Klienten.

„Aber trotzdem muss ich mich immer selber zurückrufen und sagen „okay, aber es geht jetzt um den Menschen“. Kann ich mit dem Menschen und abgesehen von dem Krankheitsbild, weil es ja doch immer verlockend ist, die dann in eine Schublade zu tun. Aber sich immer hervorzuholen, es geht jetzt um den.“

„(...)Auf die Person zu schauen.“

„Das sind wirklich alles so subtile Dinge, sind wir uns sympathisch, solche Sachen, aber nichts, wo man das an Parametern festhalten kann. Nicht, er hat blonde Haare und blaue Augen oder so. Das ist irgendwie ganz schwierig. Bei Jugendlichen ist es noch ein Stück schwieriger, weil da dauert es oft noch ein bisschen länger zu schauen, ja passt es jetzt wirklich von dieser Ebene her, bis sich die auch wirklich einmal einlassen und schauen ist das jetzt etwas Tragfähiges.“

„Naja, ich für mich habe immer so die ersten fünf Stunden, wo ich auch den Klienten sage, das ist einfach so eine Zeit zu schauen, geht es und passt es, können wir miteinander.“

9.2 Auf sich selbst schauen

Therapeutin B meint, dass es auch wichtig ist zu schauen, ob man sich selbst auf den betreffenden Menschen oder auf ein bestimmtes Thema einlassen kann.

„Und gerade bei Menschen mit einer stärkeren Depression oder so, schaue ich mir genau an, ist das was, wo ich mich auch einlassen kann darauf, oder ist das was, wo es mir zu eng (wird/ist). Bei einem Mädchen mit sexuellem Missbrauch, war es auch, wo es in der Schwebeliege gehängt ist, und wo ich mir dann schon überlegt habe, ist es etwas, wo ich mich einlassen will, auch mit all dem, was zusammenhängt mit Gerichtsverhandlungen und was, was, was. Will ich das überhaupt, geht das überhaupt, oder muss ich da eine Grenze ziehen und sagen, okay, nein, eigentlich passt es nicht.“

„(...) in Wien merke ich bei manchen Themen, dass die einfach ganz berührend sind und ganz tief gehen und wo man dann selbst irgendwie schauen muss, okay, kann ich jetzt mit dem noch und geht das und passt das für mich.“

Kernaussagen

Das erste Einstellen auf den Klienten

Das erste Einstellen auf die Klienten beginnt mit dem ersten Telefonat, wobei bereits viele Dinge im Hintergrund ablaufen können. Auch am Beginn einer Therapiestunde findet ein Einstellungsprozess statt, wobei kurze Reflexionen und Einstiegsphrasen hilfreich sein können.

Erstes Einstellen und Krankheitsbilder

Es kann sein, dass es teilweise von Krankheitsbildern abhängt, ob Klienten eher eine professionelle Distanz brauchen, oder ob man mit ihnen sehr schnell auf eine Beziehungsebene kommt.

Schauen, was kommt, und darauf reagieren

Sobald ein Klient in einer Therapiestunde oder bei einem Erstgespräch zu reden beginnt, kann es sein, dass seitens der Therapeutin ein automatisches Reagieren stattfindet, das sich als ein Reagieren auf das Hier und Jetzt beschreiben lässt.

Offenheit

Besonders wichtig kann es sein, in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sehen, was kommt, und es aufzugreifen.

Offenheit erlangen

Um offen in die nächste Therapiestunde hineinzugehen, ist es wichtig, die vorangegangene gut abzuschließen, wobei Einstimmungsrituale wichtig sein können.

Den anderen beziehungsmäßig greifen können bzw. nicht greifen können

Auf dass es zu einer Therapie kommen kann, ist es entscheidend, den anderen beziehungsmäßig greifen zu können.

Unsicher oder blockiert sein

Wenn man als Therapeutin ins Ratschlägegeben hineinkommt, so kann das Ausdruck der eigenen Unsicherheit sowie ein Zeichen dafür sein, dass es auf der Beziehungsebene nicht passt.

Blockaden

Wenn Therapeutin B gedanklich an einem Thema oder einer Frage hängen bleibt, kann es sein, dass sich das blockierend auf den Prozess und auf das selbstverständliche Tun auswirkt.

Themen, die blockieren

Fluss und Prozess einer Therapie können durch Themen, die den Wert- und Moralvorstellungen der Therapeutin zuwiderlaufen, sowie durch Themen, die in den persönlichen Bereich der Therapeutin hineingehen, beeinträchtigt werden.

Erschwerende Rahmenbedingungen

Für den Einstellungsprozess kann es erschwerend sein, wenn man eine Stunde nach der anderen hat und daher kaum Zeit zum Umstellen bleibt.

Störende Gefühle und Eigenreflexion

Es können, zum Beispiel aufgrund bestimmter Themen, störende Gefühle in die therapeutische Beziehung hineinkommen, wobei man versuchen kann, diese im Zuge der Eigenreflexion zu lösen. Wichtig ist aber zu schauen, ob es von der Beziehung her noch passt.

Nebenbei reflektieren

Gerade wenn es um Suizidgefährdungen geht, kann es ganz wichtig sein, neben der Beziehung zu reflektieren, um auch gegebenenfalls über eine Einlieferung ins Spital mit dem Klienten sprechen zu können.

Sich selbst wieder einkriegen

Es kann sein, dass es viel an Professionalität braucht, um sich nach Stunden, in denen sehr emotionale Dinge Thema waren, wieder einzukriegen und Offenheit für den nächsten Klienten zu bekommen.

Therapien, die gut laufen

Für gut laufende Therapien kann es kennzeichnend sein, dass keine theoretischen Dinge im Weg stehen und es zwischen Therapeutin und Klienten passt. Akzeptanz aufzubringen und alles, was kommt, aufzugreifen, kann weiters wichtig sein.

Mögliche Einschnitte

In gut laufenden Beziehungen kann es aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern oder von außen verursacht zu Einschnitten in die Beziehung kommen.

Umfassendes erstes Wahrnehmen

Am Beginn jeder Therapiestunde kann es wichtig sein zu schauen, wie der Klient wirkt und was er ausstrahlt, sowie zu schauen, was man am anderen bemerkt bzw. erspürt.

Erfahrung und Routine

Routine und Erfahrung können dabei hilfreich sein, sich selbst schneller zurückholen zu können, Sachen abzuschließen, in Beziehung zu sein und mit Störfaktoren umzugehen.

Die eigene Persönlichkeit

Es kann sein, dass im Zuge des Einstellungsprozesses die eigene Persönlichkeit eine Rolle spielt, zumal man mit manchen Krankheitsbildern besser kann als mit anderen und es auch auf die Art der Therapeutin ankommen kann.

Passt das?

Zu schauen, ob es mit der betreffenden Person passt, kann unabhängig vom Krankheitsbild die entscheidende Frage sein.

Auf sich selbst schauen

Es kann entscheidend sein zu schauen, ob man sich auf den betreffenden Menschen bzw. auf ein bestimmtes Thema einlassen kann.

6.8.2 Gespräch mit Therapeut H

Zur Person:

Therapeut H ist seit 25 Jahren freiberuflich als personenzentrierter Psychotherapeut tätig und arbeitet vorwiegend mit Erwachsenen in Einzeltherapie.

Verdichtungsprotokoll Therapeut H

Gesprächseinleitung

I: Also die Frage, der ich im Interview nachgehen möchte, ist, wie Sie sich als Therapeut auf Ihre Klienten einstellen beziehungsweise von Klient zu Klient umstellen und was da bei Ihnen für Prozesse dabei ablaufen.

TH: Das ist jetzt interessant, weil unlängst hat mich eine Kollegin von der Donau-Uni Krems angerufen, die genau dieselbe Fragestellung hat, halt mit dem Stichwort Resonanz, weil auf das läuft es ja vielleicht hinaus?

I: Vielleicht.

TH: Aber wissen Sie nichts davon?

I: Nein, gar nicht, bin ich jetzt ganz überrascht.

TH: Die macht die Ausbildung bei der ÖGWG und wenn man das an der Donau-Uni macht, muss man eine Diplomarbeit schreiben, Masterthesis heißt das dort. Okay, gut, okay.

1. Erstes Einstellen

Als erstes Einstellen versucht Therapeut H bereits auf dem Weg zu seiner Praxis sich möglichst von seinen eigenen Sachen frei und leer zu machen und den Alltag hinter sich zu lassen.

„Also, ich versuche einmal möglichst leer und frei im Kopf zu sein, das heißt, von meinen eigenen Sachen, die irgendwie nachwirken, was mit der Routine gut gelingt. Ich meine, schon am Herweg, wenn ich die erste Stunde habe, habe ich schon mal Zeit mich auf das einzustellen, die Sachen, die aus dem Alltag, sind hinter mir zu lassen (...).“

1.1 In den inneren Bezugsrahmen einfühlen

In den Stunden versucht nun Therapeut H sich in den inneren Bezugsrahmen seiner Klienten einzufühlen, zu verstehen, wie seine Klienten erleben und was sie ausdrücken.

„Und dann versuche ich das, dass ich in erster Linie den Bezugsrahmen der Klienten versuche zu verstehen, wie sie drauf sind, was sie für sich gerade erleben, was sie denken, was sie körperlich ausdrücken. Das wäre das Therapieprinzip „einführendes Verstehen“, ich glaube, das ist wirklich das, was mich leitet, wobei mir gefällt das manchmal fast besser, vom inneren Bezugsrahmen der Klienten auszugehen. Mich, so gut es irgendwie geht, in deren Welt hineinzusetzen.“

1.2 Off the track

Wenn sich Therapeut H in den inneren Bezugsrahmen seiner Klienten einfühlt, so achtet er darauf, ob er sich vielleicht „off the track“ begibt, indem er womöglich

bereits einen Plan oder eine Zielsetzung hat, wohin der Klient kommen sollte und zu welchen Einsichten er gelangen sollte. Passiert das, so melden ihm das die Klienten zumeist zurück.

„Und dabei achte ich natürlich, eh klar, personenzentriert, sind da irgendwelche Einstellungsmerkmale von Bedingungen, Bewertungsbedingungen, wo ich merke, etwas in mir kann das so nicht, was da kommt, anerkennen so wie es für die Klienten ist, wo ich irgendwo vielleicht einen Plan habe oder eine Zielsetzung, wo ich die Klientin hinhaben möchte, was sie schon endlich verstehen soll, nicht nur jetzt vom kleinen unmittelbaren Moment zu Moment, sondern auch ein bisschen tiefere Einsichten über ihre eigenen Muster oder über ihre eigene Lebensgeschichte, wie das auch so gekommen ist. Und wenn ich das merke, dann merke ich meistens auch, aha jetzt bin ich sozusagen „off the track“, verfolge meine eigene Spur, was mir von den Klienten zumeist in irgendeiner Form zurückgemeldet wird. Irgendwie, dass ich sie nicht ganz verstanden habe oder dass sie sich insgesamt vielleicht wohin gedrängt fühlen.“

1.3 Das eigene Erleben zur Verfügung stellen

Wie viel Therapeut H von seinem eigenen Erleben zur Verfügung stellt, ist unterschiedlich und muss gut abgewogen sein. Leichter ist es für Therapeut H zu sagen, wenn er etwas nicht verstanden hat, verwirrt ist oder etwas wie Anerkennung dem Klienten gegenüber ausdrücken möchte. Schwieriger wird es dann, wenn er sich nicht ganz so interessiert zeigen kann oder vielleicht ärgerlich ist. Da es Klienten gibt, die das nicht so gut nehmen könnten, ist Therapeut H in seiner Selbstoffenbarung sehr dosiert und betont wertschätzend.

„Ja und natürlich die dritte Bedingung, die da mitspielt, die ist sehr variabel, wie viel ich von meinem eigenen Erleben auch zur Verfügung stelle, preisgebe. Wie transparent ich mich jeweils mache mit dem, was ich bei mir registriere. Leichter ist das zu sagen, was ich nicht verstanden habe, leichter ist zu sagen, wenn ich verwirrt bin oder wenn ich mich nicht auskenne oder wenn vielleicht irgendein Gefühl da ist wie von Bewunderung oder in irgendeiner Form eine ausdrückliche Anerkennung, bin ich jetzt ganz beeindruckt oder solche Sachen. Schwieriger ist natürlich, das muss dann gut abgewogen sein, wenn ich Gefühle von, ich kann mich nicht so interessiert, so aktiv beteiligen, von Grantigkeit, Ärger oder so. Da gibt es natürlich Klienten, die das nicht so gut nehmen könnten, meiner Einschätzung nach, und da bin ich natürlich in meiner Selbstoffenbarung oder was ich von meinem eigenen Erleben unmittelbar mitteile, bemüht darum, das sehr dosiert oder sehr wertschätzend oder betont wertschätzend zu formulieren, was manches Mal die Klienten auch spüren, und so im Sinne „Aha, jetzt reißt er sich nur zum um es mir ja mundgerecht zu servieren.“, ja okay, gut. Es gibt natürlich Klienten in einer späteren Phase, wo das vielleicht auch salopper geht und auch gut genommen wird und trotzdem als wertschätzend angenommen wird und ankommt. Ja, sie wissen, dass es nicht so der Punkt ist das Wort abzulegen, dadurch ist ihnen das ganz Spontane lieber, weil sie eh wissen, die grundsätzliche Wertschätzung ist da.“

1.4 Direktiv versus direkt

In seiner Arbeit reflektiert Therapeut H auch immer wieder die Frage der Direktivität für sich. Er fragt sich dabei, ob er etwas macht, weil es den personenzentrierten Einstellungen entspricht oder weil er einen aus seinem eigenen Bezugsrahmen stammenden Plan für den Klienten verfolgt. Therapeut H sieht sich als jemand, der

nicht großartig Angebote bezüglich unterschiedlicher Ausdrucksmittel macht, da er meint, dass sich die Dinge auch auf dem sprachlichen Weg gut symbolisieren lassen. Direkt zu sein betrachtet Therapeut H, im Gegensatz dazu direktiv zu sein, als wünschenswert.

„Und natürlich immer so methodenspezifisch gedacht, mit der langjährigen Routine ist das natürlich nicht etwas, was ich für mich jedes Mal überlege, das reflektiere ich im Nachhinein, ich würde sagen, ich bin schon immer wieder auch interessiert an der Frage der Direktivität. Also mache ich jetzt irgendwie etwas, weil ich diese inneren Einstellungen umsetze, oder verfolge ich ein eigenes Kalkül, habe ich schon einen Plan, der aus meinem Bezugsrahmen kommt. Und ich verstehe mich als jemand, der keine großen Techniken im Sinne großartige Vorschläge oder Angebote macht bezüglich: „Wollen Sie ihr Gefühl malen oder wollen Sie es in körperlicher Form ausdrücken?“, nicht dass mir das fremd wäre, aber ich habe den Eindruck, das lässt sich so auch symbolisieren und so betrachtet kommt da auch wenig von mir, was in Richtung besondere Interventionen anlangt, etwas Bestimmtes, also auf eine bestimmte Art zum Ausdruck zu bringen oder zu kommunizieren, zu symbolisieren, wie wir sagen.“

„Direkt und direktiv sind natürlich zwei... . Direkt ist an und für sich wünschenswert, aber direktiv, glaube ich, hat seine Tücken und kann leicht einmal dem Klienten, im Sinne der Grundidee des personenzentrierten Ansatzes, nicht mehr gerecht werden.“

2. Inkongruenzen erfassen

Wenn sich Therapeut H in den Stunden nicht mehr als unbedingt wertschätzend erlebt, dann hat er offensichtlich etwas nicht ausreichend verstanden bzw. die betreffende Inkongruenz des Klienten nicht ausreichend erfasst. Wichtig ist für ihn zu verstehen, dass diese Inkongruenz zu verstehen wäre, es aber noch Zeit braucht.

„Na, ich halte mich da an Biermann – Ratjen und Eckert und Schwartz, also an diese. Wenn ich mich nicht mehr unbedingt wertschätzend erlebe, dann habe ich offenbar etwas nicht ausreichend verstanden und man könnte natürlich auch sagen, ich habe die Inkongruenz der oder des Klienten noch nicht hinreichend erfasst, dass es da um eine ganz bestimmte Inkongruenz geht, die vielleicht eh noch nicht zu verstehen ist, aber dass es zu verstehen ist, dass die zu verstehen wäre, und das braucht halt dann bis sie verstanden ist.“

2.1 Fordern durch Fördern

Die Klienten nicht zu wenig zu fordern ist für Therapeut H wichtig und er meint, dass die personenzentrierte Formel als „Fordern durch Fördern“ beschrieben werden kann. Weiters meint er, dass es Klienten gibt, die auch von einem Feedback seinerseits profitieren können und auch mehr Konfrontation nehmen können.

„Das ist die eine Geschichte, die andere ist, dass natürlich immer so was wie ein Ehrgeiz, im Sinne von effizient sein wollen, im Sinne von, das Geld wert sein wollen, das ich ja auch verlange, also auch in gewisser Weise die Klienten nicht zu wenig zu fordern. (...) Also es geht um Fordern durch Fördern und es gibt natürlich Klienten, die auch mehr Konfrontation nehmen können und vielleicht auch ganz gut profitieren können also zum Beispiel von einem Feedback, wie ich die Klienten erlebe oder auch auf einen neuen Aspekt aufmerksam machen oder auf einen Widerspruch aufmerksam machen.“

2.2 Dem Klienten nicht vorauseilen

Wenn Therapeut H etwas von seiner Wahrnehmung offenbart, so ist es wichtig dem Klienten nicht vorauszueilen, sondern nahe am Klienten dran zu bleiben, damit er das vielleicht auch nehmen kann. Es ist dabei nicht unbedingt notwendig, dass der Klient das gleich in sein Selbstkonzept integrieren kann, aber dass es zumindest ankommt. Geht man dem Klienten zu weit voraus, so ruft das Widerstände beim Klienten hervor.

„Was ja auch schon eine Form von Direktivität ist in dem Moment, wo ich anhand der Körperhaltung meine, etwas zu erkennen von dem der Klient, aber im Moment noch nicht geredet hat, dann könnte man sagen, ich gehe einen Schritt voraus und wenn ich aber sehr nahe am Klienten dran bin, dass etwas am Rande des Gewahrseins ist, na dann kann es der Klient vielleicht eh nehmen, aber wenn es etwas ist, wo ich schon zwei Schritte voraus bin dann bin ich eigentlich nicht empathisch. Wahrscheinlich ist das richtig aber es ist für den Klienten in der Situation noch zu rasch, zuviel ins Organismische hinein gehend. Es geht ja dabei um das selbstkonzeptbezogene Verstehen und erst wenn das eben so nahe am Organismischen dran ist, dann überschneidet sich das, weil es dann um ein kongruentes Element geht, ist es oft durchaus möglich, dass das ins Selbstkonzept dann in dem Moment integriert wird, vielleicht noch nicht integriert, aber zumindest (wahrgenommen wird).“

„ „Ah ja.“, das ist fast wie unabweisbar dann. Es kommt vielleicht überraschend ein bisschen. Dann gehen solche Sachen mit dem Vorausgehen, sonst kann das eigentlich erst recht, das was der Rogers gemeint hat, Widerstände hervorrufen, die eigentlich durch den Therapeuten induziert sind, wenn man irgendwo hin möchte.“

2.3 Selbstentfaltung und Selbsterhaltung

Um seinem eigenen Ehrgeiz entgegenzukommen und sein Verständnis zu vergrößern, hilft es Therapeut H sich zu vergegenwärtigen, dass es entfaltende und erhaltende Tendenzen in uns gibt und dass die Inkongruenz die beste Möglichkeit war, das, was im eigenen Leben vorgefallen ist, zu verarbeiten.

„Also das ist das mit dem Ehrgeiz und da hilft mir auch sehr gut, das ist so faktisch ins Einmaleins übergegangen, diese zwei, man kann dann quasi auf zwei verkürzen: Selbstentfaltung, Selbsterhaltung. Dass ist in jedem von uns so was wie entfaltende Tendenzen gibt, was Neues dazu, etwas, was vielleicht nichts Neues ist aber Altes, was aber in einer neuen frischen Weise raufblöppen darf und parallel dazu oder gleichzeitig immer auch Kräfte am Werk sind, die das als bedrohlich finden, wo Entfaltung einfach auch Verunsicherung bedeutet, dass Festhalten ein legitimer Zug ist und so betrachtet wenn man schon mit dem Inkongruenzmodell arbeitet, dann: Inkongruenz ist die bestmögliche Variante gewesen, das, was im Leben zu verarbeiten war, damit fertig zu werden.“

2.4 Da muss etwas verstanden werden

In der Psychotherapie, aber nicht nur dort, hilft es Therapeut H, wenn bei einer Person etwas im Hintergrund zu sein scheint, was heftige Affekte auslöst, sich zu denken, dass da etwas verstanden werden muss. Das trägt auf der einen Seite dazu bei, dass sich Therapeut H zwar affizieren lässt, gleichzeitig aber auch den notwendigen Abstand zu halten um sich zum Beispiel nicht in einen Machtkampf oder ein große Aufwühlung hineinzubegeben.

„Und das hilft mir dann nicht nur in der Psychotherapie, aber da besonders natürlich, wenn ich mit jemandem zu tun habe, wo ich den Eindruck habe, da ist irgendwas im Hintergrund, was große Affekte auslöst, sehr heftige Gefühle, impulsive Gefühle, die vielleicht sehr reflexartig kommen, da denke ich mir oft: „Aha, da muss etwas verstanden werden.“, und da drängt auch etwas auf der einen Seite das Selbst zu schützen, auf der andere Seite rutscht etwas durch, was eigentlich noch nicht integriert ist. Und das hilft mir ein bisschen schon affiziert zu werden, weil ich bin ja gemeint, aber nicht in den Machtkampf hineinzugehen oder in diese Aufwühlung, wo der nötige Abstand dann wahrscheinlich auch fehlt, mich wiederum einzutunen und den Bezugsrahmen der Klientin einzunehmen, wo ich mich nicht bedroht fühlen muss, auch wenn ich kritisiert werde zum Beispiel, dass ich nicht zuhöre oder was schlecht verstanden habe oder nicht gemerkt habe oder was auch immer.“

„Das hilft mir insbesondere, wenn jemand sehr aggressiv ist oder sehr vorwurfsvoll, meine Kompetenz in Frage stellt, dass ich nicht gleich, kann ich sowieso auch machen, mich frage, so was habe ich nicht verstanden, wo war ich unaufmerksam, das ist ja okay und das ist ja auch menschlich. Aber oft ist es ja auch so, dass sich der Klient auch entsprechend seiner eigenen Vorerfahrung einfach nicht verstanden fühlen kann, das gehört sozusagen...(dazu.). Das ist genau das, was sich ereignen können muss.“

2.5 Die Not mitdenken

Für Therapeut H ist es wichtig, immer die Not des Klienten mitzudenken und den Klienten nicht als jemanden zu sehen, der in der Therapie quasi Schachzüge macht. Zum Beispiel zu behaupten, ein Klient würde manipulieren, betrachtet Therapeut H als Unterstellung und meint, dass das auch nichts zum Verständnis beiträgt. Die Not des Klienten mitzudenken ist wichtig, um das Verständnis zu vergrößern, auch, wenn manche Klienten das nicht mitgeteilt haben möchten.

„(...) „Ja, was man da sieht, der manipuliert“ oder es gibt da so eine Reihe von Begriffen, mit denen ich mir schwer tue, weil sie Unterstellungen sind. Vielleicht kann man es im weitesten Sinn als Manipulation bezeichnen, aber das hilft nichts zum Verständnis, sondern es macht eher den Klienten oder die Klientin zu jemandem, die wie Schachzüge macht, aber nicht in dem Sinne, was spielt sich in deren Erleben eigentlich ab, dass sie mich anschießen muss. Selbst wenn es etwas ist, das sie zum Teil steuern kann, ich sage es mal so, für mich ist sehr hilfreich die Not, die dahinter steht irgendwo mitzudenken. Das wollen manche Klienten so dann natürlich nicht mitgeteilt wissen, das ist auch nicht notwendig. Das ist vielleicht ein Klient, der zum ersten Mal sich traut mir entgegenzutreten und nicht etwas hinunterzuschlucken, zum ersten Mal sich freimütig zu äußern. Die Not steckt ja trotzdem dahinter, diese, ich habe mein Leben lang vielleicht immer gekuscht.“

3. Der Königsweg

Therapeut H muss sich manchmal vor Augen zu halten, dass die Bedingungen der personenzentrierten Psychotherapie hinreichend und oft auch schwierig umzusetzen sind. Gelingt es aber, sie gut genug umzusetzen im eigenen Handeln, so stellen sie doch den Königsweg der personenzentrierten Psychotherapie dar.

„Ich glaube, ich muss mir manches Mal selber vor Augen führen dieses, wo der Rogers eben so provokant gesagt hat, hinreichend, die Bedingungen sind hinreichend, dass es oft schwierig ist, das umzusetzen, das ist die eine Sache, aber dass das Prinzip oder die Prinzipien als solche die Leitlinien schlechthin sein können.“

Und wenn das gut genug umgesetzt ist, natürlich ins Handeln auch, dann ist das schon der Königsweg der personzentrierten Psychotherapie.“

3.1 Das eigene Naturell

Therapeut H meint, dass innerhalb dessen, wie personenzentrierte Therapeuten arbeiten, eine große Bandbreite an Möglichkeiten vorhanden ist und es daher sehr auf das Naturell des Therapeuten und auf das, was für ihn authentisch ist, ankommt. So ist der eine expressiver und der andere zurückhaltender, die zugrunde liegenden Prinzipien sind aber letzten Endes ausschlaggebend. Wenn daher eine Therapiesituation in irgendeiner Weise unrund ist, so überlegt sich Therapeut H, was es ihm zum Beispiel so schwer macht, sich auf das Verstehen zu beschränken.

„Der scheinbar so ein bisschen passive personzentrierte Psychotherapeut, der eher sehr reaktiv ist, aber das ist es gar nicht, weil da ist eine große Bandbreite drinnen wie bei mir, meinem eigenen Naturell, das natürlich auch Schwankungsbreite hat tagesverfassungsmäßig, aber so im Großen und Ganzen gibt es etwas, was authentisch für mich ist. Und es gibt andere, die vielleicht insgesamt noch expressiver sind, und andere, die zurückhaltender sind, was denen wieder mehr entspricht, das gibt es da sicher. Und, dass das aber in dieser Bandbreite, die kann so oder so sein, aber die zu Grunde liegenden Prinzipien, auf die kommt es an, und das finde ich bestätigt und das heißt ich frage mich dann eher, was macht es mir heute so schwer mich auf das Verstehen zu beschränken oder dorthin zu fokussieren oder, was macht es mir schwer, diese Person in ihrer, wie es scheint, Umständlichkeit da zu akzeptieren, unbedingt positiv zu beachten.“

3.2 Die eigene Kongruenz wiederherstellen

In jenen Momenten, in denen sich Therapeut H nicht mehr als akzeptierend erlebt, schaut er eher auf sich, als sich die Theorie zur Hilfe zu holen. So überlegt er sich, was da gerade los ist, ob es bei ihm ist oder ob es vielleicht bei der Klientin ist.

„Ja, aber ich glaube, die Frage ist weniger so, große Theorie herholen in dem Sinne, sondern es ist mehr wie ein einmal Durchatmen und „Moment mal, was ist jetzt eigentlich? Glaube ich nicht daran, dass das ausreicht?“, jetzt bei der bestimmten Klientin. Könnte auch heißen, vermittelt die mir vielleicht auch, ich soll etwas tun für sie noch zusätzlich oder sie fühlt sich hilflos, weil etwas Bestimmtes noch gar nicht genügend gefühlsmäßig da ist, mit dem, wo dann etwas aufgeht und weitergeht.“

Wichtig ist es auf diesem Wege seine Kongruenz wiederherzustellen, seinen Ehrgeiz beiseite zu stellen und nahe an der Klientin zu bleiben.

„Man könnte wahrscheinlich sagen, ich registriere, dass in mir etwas Ungeduldiges ist, dass in mir etwas nicht voll Einlassendes da ist, das wäre in dem Sinne der erste Schritt meine Kongruenz wieder herzustellen, weil ich offenbar etwas Bestimmtes, was in mir vorgeht, ein bestimmter Ehrgeiz oder auch eine bestimmte Nichtbereitschaft mich auf bestimmte Themen in der Weise einzulassen, wie die Klienten das vielleicht gerade angehen. Mir scheint vielleicht gerade was anderes, wo ich das Gefühl habe, ah, da wäre noch etwas dran (wichtig). Aber dann zu sagen, okay, okay, ich bleibe bei der Klientin. Also an manchen Tagen ist das gar keine Frage, manches Mal ist es doch wie ein Nachlassen und da muss ich dann meine eigene Schlauheit zur Seite stellen. Und da könnte es leicht einmal sein, dass ich dann nicht so ganz beim Klienten oder der Klientin bin.“

4. Verstehen und verstanden werden

Auf meine Frage hin, ob man sagen könnte, dass auch die eigene Persönlichkeit und das eigene Gewordensein im Einstellungsprozess eine Rolle spielen, meint Therapeut H, dass dem sicher so ist und dass er es zu schätzen gelernt hat, dass jemand versucht ihn punktgenau zu verstehen. Er meint weiter, dass all das einen großen Wert für ihn hat und er es daher auch gerne weitergeben möchte.

„Definitiv. Also ich kann für mich sagen, dass dieses Schätzenkönnen, dass mir jemand zuhört, dass jemand versucht mich punktgenau zu verstehen, das war für mich ein sehr großes Element, das mir die Methode so sympathisch gemacht hat und mich auch daran denken hat lassen, sie selber anzuwenden, also zu lernen und anzuwenden. Also es hat einen sehr kostbaren Wert für mich aufgrund der eigenen Lebensgeschichte und ich glaube auch, dass mich das geprägt hat, vielleicht auch ein Stück zu lernen, manches Mal mich auch zurückzunehmen, was mir gar nicht so leicht fällt, aber genau dann dazu führt, dass ich nicht zuviel Raum einnehme. Also, dass die Klienten den Raum bekommen, den sie für sich brauchen. Ein bisschen einen Schritt zurück machen, habe ich für mich auch als sehr entwicklungsfördernd, sehr lohnend erfahren. Ja, was man selbst als hilfreich kennenlernt, will man auch weitergeben.“

Therapeut H denkt dabei auch daran, dass es nichts Großes von außen zusätzlich braucht, da in dem, was die Klienten bringen, das enthalten ist, was für sie wichtig ist, und es daher nicht den Therapeuten als Experten braucht, sondern die Klienten über ausreichend Ressourcen und Potentiale verfügen, die sie unter günstigen Beziehungsbedingungen entfalten können. Therapeut H schränkt allerdings ein, dass es bei manchen Klienten eher um Erhaltung als um Entfaltung geht.

„Also, wenn man es wieder ein bisschen abstrakter formuliert, dass ich ja, in der Lehrtherapie ist das wieder eine eigene Geschichte, aber insgesamt in der Ausbildung oder in eigenen therapeutischen Prozessen erlebt habe, wie gut mir es tut, wenn mir jemand zuhört und versucht gar nichts Großes dazuzugeben, sondern nur mal das, was eh von mir schon so viel kommt, wenn ich plätschere oder sprudle, da ist eh alles drinnen, was für mich wichtig ist. (...) dass die Klienten so viele Ressourcen haben, so viele Potentiale, dass wenn man ihnen bestimmte günstige Beziehungsbedingungen zur Verfügung stellt oder anbietet, dass sie das dann auch entfalten können und dass es nicht groß noch etwas braucht noch von außen her, „ich als Experte“, sondern die Klienten wirklich Experten für sich selber sind. (...) Ich meine, es haben alle unterschiedliche Anlagen und natürlich auch prägende Erfahrungen, vor allem auch Beziehungserfahrungen. Bei manchen, muss man auch leider sagen, ist nicht mehr so viel Potential entwickelbar, da ist etwas, das lässt sich nicht mehr voll entfalten. Also, wie man es sagt, da ist die Erhaltung dann schon ein großer Erfolg. Die Entfaltung in dem Maße, wie es noch drinnen ist, und manche Klienten haben sehr viel mit dem Überlebensmodus, sage ich jetzt einmal so, zu tun und zu kämpfen und sind sehr beschäftigt damit.“

4.1 Verstehen und theoretische Überlegungen

Therapeut H verbietet sich in der Therapie theoretische Überlegungen nicht, achtet aber darauf, dass er nicht nach ihnen Ausschau hält, um nicht vorab den Fokus auf etwas zu richten.

„(...) wenn ich etwas unter dem theoretischen Blickwinkel von Übertragung zum Beispiel meine, das könnte im Spiel sein, dann verbiete ich mir den Gedanken natürlich nicht. Aber es ist nicht so, dass ich von Haus aus schon Ausschau halte nach Übertragungspänomenen oder anders betrachtet, in der interpersonalen Richtung des personenzentrierten Ansatzes, (...) es geht darum, dass die Klienten in der Therapie ihr interpersonelles Umgehen für sich verstehen lernen und aufmerksam gemacht werden darauf, denn Beziehung geht vor Selbst. Also umgedreht ist es das Vorrangige und beim Rogers war es eigentlich das Selbstkonzept, das im Zentrum gestanden ist, (...) Und das wäre, und das finde ich sehr interessant, diese Facette oder auch mehr als eine Facette, aber mein Ansatz würde trotzdem nicht so systematisch darauf abgestellt sein zu sagen: „Okay, wie tun Sie jetzt mit mir?“, und genau das ist ja dann Ihr Beziehungsangebot und das ist natürlich durch, wie Bion einmal gesagt hat, lebensgeschichtlich erworbene Beziehungsmuster geprägt. Könnte man auch als Übertragung verstehen, aber man muss es nicht so verstehen, (...) Und das wäre für mich aber ein Bias, weil dann habe ich bereits einen Fokus, den ich von vorne herein hereinbringe.“

4.2 Verstehen und Beziehung

Auch wenn Therapeut H nicht darauf fokussiert, kann es sein, dass zu einem Zeitpunkt in der Therapie das Beziehungsthema zwischen Therapeut und Klient im Brennpunkt steht. Dann ist es aber vielleicht gerade das, was wichtig ist, um zu dem zu kommen, was womöglich bereits auf der Hand liegt.

„Es kann aber sein, dass bei ganz bestimmten therapeutischen Prozessen das Beziehungsthema so im Brennpunkt steht (...). Ja sage ich einmal so, ohne dass ich jetzt groß, natürlich spiele ich mit, aber ich tue das nicht in die Richtung hindrängen und jetzt kommt das, natürlich dann habe ich meine Standardfrage, Standardfrage, das heißt gar nicht, dass ich das in der Frage immer genau so sage, das wäre ja wie eine eigene Schallplatte, aber natürlich „Wie ist denn das hier zwischen uns?“. Dann ist man einmal dort, das ist vielleicht eh genau das, was wichtig ist: „Wie spielt sich die Beziehung zwischen uns beiden ab, ordnen Sie sich unter, haben Sie das Gefühl, Sie sind in Konkurrenz zu mir?“. Da hat man dann eh schon immer Hinweise nach dem, was eh schon auf der Hand liegt, was sein könnte.“

4.3 Bemühen um Verstehen

Therapeut H meint, dass es sein kann, dass es immer wieder nur ein Bemühen um Verstehen ist, gerade wenn es immer wieder sehr konfus ist, und dass auch dieses Bemühen von den Klienten geschätzt werden kann.

„Manchmal geht gar nicht mehr als ein Bemühen um Verstehen, wenn es oft sehr konfus ist, aber das will auch geschätzt werden. Wenn es immer nur beim Bemühen bleibt, ist das blöd, aber manchmal schätzen das Klienten auch sehr, dass man sich bemüht.“

5. Das Vorgefertigte

Für Therapeut H ist das einzig Vorgefertigte in der personenzentrierten Psychotherapie einführend zu verstehen und unbedingt positiv wertzuschätzen. Innerhalb dieses Rahmens haben dann noch viele verschiedene Dinge Platz, zumal auch jeder Therapeut anders ist.

„Also im Sinne der personzentrierten Therapietheorie ist das einzige Vorgefertigte, mit dem ich hineingehe, mich darum zu bemühen einführend zu verstehen und keine Bedingungen im Sinne von mehr oder weniger wertschätzen hineinzubringen. Das ist sozusagen vorgefertigt, weil hinter das möchte ich nicht zurückfallen. Natürlich ist mein eigenes Erleben dabei kongruent, aber das ist quasi der Rahmen innerhalb dessen (ich mich bewege?), und so verstehe ich mich, als jemand klassisch Orientierten, aber da hat jetzt viel Platz und da darf auch die Intuition und die Spontanität des Therapeuten eine Rolle spielen, wie ich auch schlagfertig (sein kann) oder irgendwas vielleicht Deftigeres, also da gibt es verschiedene Typen, das kann alles passen. Wir haben einfach alle verschiedenste Horizonte, Vorverständnisse, Vorerfahrungen, auch andere Methoden. Das ist auch da, wenn jetzt auf einmal der Klient fast so wie eine rollenspielartige Szene schildert und ich nehme mir sicher nicht vor, wir könnten nächstes Mal ein Rollenspiel machen, mir fällt in dem Moment ein, ich würde nicht davor zurückscheuen zu fragen, ob das passen könnte. Und wenn er dann sagt „nein“, dann gut, okay. Oder wenn er sich auf die Couch hinlegen möchte, das ist dann alles in dem Rahmen. Es sind verschiedene Formen, wie diese Grundhaltungen dann auch technisch umgesetzt werden können.“

Auch wenn Therapeut H das Verstehen und das Wertschätzen als das einzig Vorgefertigte bezeichnet, so betont er weiters, dass es deswegen nicht heißt, dass es immer automatisch da ist, sondern dass man es sich immer wieder mühsam erarbeiten muss.

„(...) das Vorgefertigte ist ja nicht so, ich habe ja dann nichts Vorgefertigtes, das muss ich mir eh mühsam erarbeiten jedes Mal, sowohl das Verstehen als das Wertschätzen. Aber als Prinzip ist es vorgefertigt. Um das ginge es eigentlich, nicht dass ich es gleich habe.“

5.1 Die persönliche Farbe

Zumal, wie Therapeut H zuvor erwähnt hat, personenzentrierte Therapeuten, abgesehen von ihrer Grundhaltung, recht unterschiedlich sein können, so kann man das als persönliche Farbe bezeichnen. Besonders ist für Therapeut H, dass man in der personenzentrierten Ausbildung seinen persönlichen Stil entwickeln kann, aber vorerst die Grundhaltungen abgesichert werden.

„Das was Sie vielleicht mit der Persönlichkeit bei der Frage vorher wissen wollten, ja, das wäre die persönliche Farbe.“

„(...) dass innerhalb dieses Ansatzes viele Handlungsmöglichkeiten Platz haben, um dem eigenen Stil auch gerecht zu werden. Aber das Besondere am Personzentrierten ist, dass man nicht dort anfängt, sondern erst einmal diese Grundhaltungen versucht, möglichst abzusichern und sich daran zu orientieren, und dass dann viel Platz ist. Ich meine, so verstehen wir auch unsere Ausbildung, dass die Leute dann ihre Persönlichkeit entwickeln, ihren Stil, ihre Farbe.“

5.2 Die professionelle Beziehung

Echt zu sein und sich seinem Naturell entsprechend sich in die therapeutische Beziehung einzubringen, ist für Therapeut H wichtig, doch muss auch hier abgewogen werden, wie viel man in einer solchen professionellen Beziehung zum Ausdruck bringt. Hierbei spricht Therapeut H von einer „disziplinierten Spontanität“, mit der er Dinge zum Ausdruck bringt.

„Aber ich meine, da kommt dann schon noch dazu, und das ist einfach ein ewiges Spannungsfeld, es ist eine professionelle Beziehung, das heißt, ich habe auch eine bestimmte Funktion und natürlich möchte ich mich nicht verstellen. Aber wenn ich zum Beispiel gerade gut aufgelegt bin, weil mein Sohn die Matura erfolgreich absolviert oder meine Tochter eine Prüfung gut geschafft hat, wenn gerade mit meiner Frau eine schöne Zeit war, aber da sehe ich keinen Grund, das allzu explizit einfließen zu lassen, obwohl es etwas sehr mich Betreffendes ist und mich Ausmachendes in dem Moment, aber ich glaube, die Klienten haben ihre eigenen Themen, und die würden nur abgelenkt werden, wenn ich das allzu sehr zum Ausdruck bringe. Das muss ich ja nicht einmal verbal, sondern nur von meiner Stimmung her. Ich werde es nicht verbergen, aber da schaue ich schon drauf, da würde ich auch ein bisschen von einer Art disziplinierten Spontanität sprechen.“

Gegen Ende des Interviews meint Therapeut H noch, dass der Hauptmodus in der therapeutischen Beziehung wohl das Ringen um einführendes Verstehen ist und dass es wichtig ist zu schauen, ob man sich als wertschätzend erlebt.

„Und ich glaube doch in der therapeutischen, professionellen Beziehung, bei aller Wichtigkeit von Kongruenz und Wertschätzung, ist doch dieses Ringen um einführendes Verstehen das am häufigsten wahrscheinlich auch Anzutreffende, also der Hauptmodus.“

„Biermann – Ratjen nennt das Kontrollfaktor, wenn man bei sich selber erleben kann, dass man wertschätzen kann, im wertschätzenden Erleben drinnen ist und geht in die Welt der anderen Person, dann kann man für sich an dem ablesen, ich bin kongruent, wahrscheinlich in der Regel. Und mehr kann man vielleicht eh nicht bieten. Vielleicht schon aber, es scheint mir das Wichtigste zu sein.“

Kernaussagen

Erstes Einstellen

Um sich auf seine Klienten einzustellen kann man als Therapeut bereits auf dem Weg zur eigenen Praxis versuchen, sich möglichst leer und frei im Kopf zu machen und den Alltag hinter sich zu lassen.

In den inneren Bezugsrahmen einfühlen

Das Prinzip des einführenden Verstehens ist für das Einfühlen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten leitend um zu verstehen, wie die Klienten erleben und was sie ausdrücken. Es lässt sich auch als ein Hineinversetzen in die Welt des Klienten beschreiben.

Off the track / Direkt versus direktiv

Beim Einfühlen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten ist es wichtig darauf zu achten, ob man womöglich bereits eine Zielsetzung oder einen Plan für seine Klienten hat und sich „off the track“ begibt. So kann man sich fragen, ob man etwas macht um die personenzentrierten Einstellungen zu verwirklichen, oder ob man es aus dem eigenen Bezugsrahmen heraus macht.

Das eigene Erleben zur Verfügung stellen

Wie viel man als Therapeut von seinem eigenen Erleben zur Verfügung stellt, muss gut abgewogen sein.

Inkongruenzen erfassen

Wenn man sich als Therapeut nicht mehr unbedingt wertschätzend erlebt, so kann das heißen, dass man etwas noch nicht ausreichend verstanden hat bzw. eine Inkongruenz noch nicht ausreichend erfasst hat.

Dem Klienten nicht vorseilen

Wenn man als Therapeut etwas von seiner Wahrnehmung dem Klienten gegenüber offenbart, ist es wichtig, nahe am Klienten zu bleiben und ihm nicht vorauszueilen, damit er das auch nehmen kann, da es sonst beim Klienten zu vom Therapeuten induzierten Widerständen kommen kann.

Selbstentfaltung und Selbsterhaltung

Um sein Verständnis für den Klienten zu erhöhen, kann es hilfreich sein, sich zu vergegenwärtigen, dass es selbstentfaltende und selbsterhaltende Tendenzen gibt und die Inkongruenz der beste Lösungsweg war, um etwas zu bewältigen.

Da muss etwas verstanden werden

Wenn bei einer Person etwas im Hintergrund zu sein scheint, was heftige Affekte auslöst, kann es hilfreich sein, sich zu denken, dass da etwas verstanden werden muss, um sich zwar affizieren zu lassen, aber gleichzeitig den notwendigen Abstand zu halten.

Die Not mitdenken

Die Not des Klienten mitzudenken kann dazu beitragen das Verständnis des Therapeuten zu vergrößern.

Der Königsweg

Zwar kann es oft auch schwierig sein, die personenzentrierten Einstellungen umzusetzen, doch stellen sie, wenn sie im therapeutischen Handeln gut genug umgesetzt sind, den Königsweg der personenzentrierten Psychotherapie dar.

Das eigene Naturell / Die persönliche Farbe

Die der personenzentrierten Psychotherapie zugrunde liegenden Prinzipien sind ausschlaggebend und leitend, doch können Therapeuten recht unterschiedlich sein, da für jeden etwas anderes authentisch ist. Wichtig ist es auch in der Ausbildung zuerst die Grundhaltungen abzusichern und dann seinen eigenen Stil bzw. seine persönliche Farbe zu entwickeln.

Die eigene Kongruenz wiederherstellen

Wenn man sich nicht mehr akzeptierend erlebt, kann man sich überlegen, ob die Schwierigkeit bei einem selbst oder bei dem Klienten liegt. Auf diesem Wege kann man versuchen seine Kongruenz wiederherzustellen.

Verstehen und verstanden werden

Die eigene Persönlichkeit und das eigene Gewordensein spielen für Therapeut H insofern eine Rolle für den Einstellungsprozess, als er es auch als wertvoll und schätzenswert erlebt hat, dass sich jemand darum bemüht, ihn punktgenau zu verstehen und er das auch gerne weitergeben möchte.

Verstehen und theoretische Überlegungen

Wenn man sich in der Therapie theoretische Überlegungen macht, so ist es wichtig, nicht gezielt Ausschau nach bestimmten Phänomenen zu halten um seinen Fokus nicht vorab auf etwas zu richten.

Verstehen und Beziehung

Es kann zu einem Zeitpunkt in der Therapie das Beziehungsthema zwischen Therapeut und Klient im Brennpunkt stehen und es kann sein, dass das gerade wichtig ist, um zu etwas anderem zu kommen.

Bemühen um Verstehen

Es kann sein, dass in der Therapie immer wieder auch nur ein Bemühen um Verstehen stattfindet, wenn es immer wieder sehr konfus ist.

Das Vorgefertigte

Das einzig Vorgefertigte in der personenzentrierten Psychotherapie ist einführend zu verstehen und unbedingt positiv wertzuschätzen. Innerhalb dieses Rahmens können noch viele andere Dinge Platz haben, zumal jeder Therapeut anders ist.

Die professionelle Beziehung

Echt zu sein und sich seinem Naturell entsprechend in die therapeutische Beziehung einzubringen kann wichtig sein allerdings auch abzuwägen wie viel man als Therapeut zum Ausdruck bringt, zumal es sich um eine professionelle Beziehung handelt.

7. Darstellung der Ergebnisse

Im Anschluss an die beispielhafte Darstellung zweier Verdichtungsprotokolle werden nun die Ergebnisse aller acht Gespräche thematisch zusammengefügt um so „das Panorama der vorgefundenen Erlebensweisen zu dem Lebensthema“ (Langer, 2000, S.80) darzulegen. Dazu wurden die Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten in Hinblick auf die Fragestellung, wie sich Therapeutinnen und Therapeuten auf ihre Klientinnen einstellen, nach Themenblöcken geordnet dargestellt. Diese Themenblöcke können zeitweise überlappen bzw. ineinander übergehen, sie wurden hier aber getrennt dargestellt, um später leichter eine Verknüpfung zur Theorie vornehmen zu können. Weiters wurde dieses Vorgehen gewählt, um die Vielfältigkeit der Aussagen nicht zu sehr zu beschneiden bzw. Differenzierungen nicht untergehen zu lassen. Nicht zu jedem Themenblock gibt es gleich viele Aussagen und es kann auch sein, dass zu einem Themenblock nur Aussagen einer einzigen Therapeutin oder eines einzigen Therapeuten vorhanden sind, was aber nur wenig Auskunft über den Wert der jeweiligen Aussage gibt (Langer, 2000). Sofern eine Aussage zu mehreren Themenbereichen zugehörig ist, wird diese auch in der Gesamtauswertung mehrfach angeführt.

Aus den vielen in den Gesprächen vorgefundenen Aussagen wurden folgende Themenblöcke herausgefiltert:

7.1 Erstes Einstellen und Rahmenbedingungen

7.1.1 Einstellen über Bauch und Hirn

7.2 Offenheit

7.2.1 Wenn etwas offen geblieben ist

7.3 Wahrnehmung und Resonanz

7.3.1 Das eigene Erleben zur Verfügung stellen und Rückmeldungen geben

7.4 Schwierige Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit

7.4.1 Umgang mit schwierigen Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit

7.5 Beziehung und Passung

7.6 Erfahrung und Ortskenntnis

7.7 Die eigene Persönlichkeit / das eigene Gewordensein

7.8 Störungsspezifisches Wissen

7.9 Therapeutische Interaktion

7.10 Auf sich selbst schauen

7.11 Relevanz der Ausbildung

7.1 Erstes Einstellen und Rahmenbedingungen

Das erste Einstellen der Therapeutinnen und Therapeuten auf ihre Klientinnen kann bereits mit dem ersten Telefonat beginnen, wobei bereits viele Dinge im Hintergrund ablaufen können und sich bald entscheidet, ob das Verhältnis rasch sehr persönlich oder eher distanziert wird (B). Am Beginn einer Therapie zu sagen, woran man sich vom ersten Telefonat noch erinnern kann (G), oder die Therapiestunden mit Einstiegsphrasen zu beginnen, um sich einerseits selbst auf die Stunde einzustimmen (B) und andererseits die Klientin „zu holen“ und Kontakt aufzunehmen (A), kann am Beginn des Einstellungsprozesses stehen. *„Auch mit Einstiegsphrasen sich selber zu zeigen, so jetzt bin ich da und alles andere ist weg, hat jetzt keinen Platz.“* (B)

Um sich auf Klientinnen einzustellen, ist es für Therapeutinnen D, E und F ebenso wichtig, sich die Klientinnen im Geiste herzuholen, zu überlegen, ob in der letzten Stunde etwas Wichtiges war, sich zu überlegen, wo sie gerade mit der betreffenden Klientin stehen und gegebenenfalls in ihre Dokumentation zu schauen. *„(...) um mir sozusagen den wieder näher zu holen oder mich darauf einzustellen, welche Person kommt da, ich versuche zu schauen, an was ich mich erinnere, was die letzte Stunde war, das ist unterschiedlich, manchmal habe ich die noch ganz in voller inhaltlicher oder emotional gefärbter Tönung in mir und kann das abrufen, wie wenn das gerade gewesen wäre, manchmal ist absolutes Blackout und ich weiß gar nichts mehr, dann schaue ich, ob ich etwas aufgeschrieben habe (...)“* (D)

Wenn Therapeutin E sich jemanden im Geiste herholt, so überlegt sie stets, ob etwas in der letzten Stunde offen geblieben ist, und achtet darauf, ob die Klientin dort weitermachen möchte. Einen entsprechenden Rahmen für seine Arbeit zu haben kann weiters für den Einstellungsprozess entscheidend sein. So ist es für Therapeutin E, B und F wichtig, die Stunden gut für sich abzuschließen und Pausen zwischen den Klientinnen zu haben, um sich umstellen zu können. Das Ein- bzw. Umstellen kann dadurch erleichtert werden, wenn man das Setting wechselt (Erwachsenentherapien / Kindertherapien) und beispielsweise nicht drei Klientinnen mit depressiver Verstimmung nacheinander hat: *„ (...) ich schaue, dass ich jetzt nicht drei Klienten mit depressiver Verstimmung oder mit Depressionen nacheinander habe, sondern ich schaue, dass ich das zeitlich gut mische, (...) und ich arbeite mit Kindern und mit Erwachsenen und Jugendlichen, das bringt von selber immer eine große Veränderung je nach Stundensetting (...)“*.

7.1.1 Einstellen über Bauch und Hirn

Therapeutin C meint dazu, dass im Einstellungsprozess viel intuitiv über den Bauch und das Gefühl passiert und wenig über das Gehirn: *„(...) weil vieles einfach über das Gefühl passiert, über den Bauch, also wenig übers Hirn in Wirklichkeit (...)Also ich denke wirklich, es passiert intuitiv einfach sehr viel.“* Erst wenn es schwierig wird, sich in jemanden einzufühlen, schaltet sich bei Therapeutin C das Gehirn ein. Therapeutin F meint dazu, dass am therapeutischen Prozess mehr Intuition beteiligt sein kann als allgemein angenommen wird.

7.2 Offenheit

Besonders wichtig ist es für Therapeutin B, offen in die Stunden hineinzugehen, zu sehen, was kommt, und es aufzugreifen. Zwar können vom ersten Telefonat an bei Therapeutin E Bilder und Ideen über einen Menschen entstehen, doch ist es auch für sie entscheidend, dort nicht zu verharren, sondern offen für Neues zu bleiben. *„(...)natürlich entstehen bei einer Therapeutin schon nach einem Telefonat irgendwelche Bilder oder Ideen zu diesem Menschen und dann geht es, okay das ist es, aber genauso offen zu sein, was alles noch ist.“* (E) Um Offenheit für seine Klientinnen zu erlangen, versucht Therapeut H bereits auf dem Weg zur Praxis möglichst frei und leer im Kopf zu werden sowie den Alltag hinter sich zu lassen. *„Also, ich versuche einmal möglichst leer und frei im Kopf zu sein, das heißt, von meinen eigenen Sachen, die irgendwie nachwirken (...) die aus dem Alltag sind, hinter mir zu lassen (...)“* Weiters kann es wichtig sein, Offenheit für seine Klientinnen zu erlangen, indem man die vorherige Stunde gut abschließt, diese loslässt und leer wird (F). So ist es auch für Therapeutin D wichtiger, frei in die Stunden zu gehen und Platz für die betreffende Person zu haben, als sich an alles genau erinnern zu können. Zu dieser Offenheit kann auch gehören, dass sich Therapeut G berührbar hält und schaut, ob er bei der Klientin etwas findet, in das er sich einfühlen kann. *„(...) wenn ich in diesem Gespräch irgendetwas finde, worin ich mich einfühlen kann, das mich auch berührt, wo ich versuche mich berührbar zu halten, berührbar zu machen, dann habe ich den Eindruck, ich könnte mit diesem Klienten arbeiten.“* Für Therapeutin C kann das erste spontane Gefühl, das eine Klientin bei ihr auslöst, bereits viel darüber aussagen, worum es eigentlich geht, und bei Therapeutin A lösen die jeweiligen „Erstmomente“ mit Klientinnen Unterschiedliches aus und stimmen sie auf die betreffende Person ein. Therapeutin A und Therapeut G betonen

dabei, dass sie sich immer auf die ganze Person einstellen mit all ihren Facetten und nicht auf Störungsbilder, Symptome oder das betreffende Problem.

7.2.1 Wenn etwas offen geblieben ist

Wenn die letzte Stunde etwas offen gelassen hat, so ist das für Therapeutin A unangenehmer als frei in eine Stunde zu gehen. Therapeutin D und E achten darauf, ob die letzte Stunde etwas offen gelassen hat, und Therapeutin D meint dazu: *„Wenn das Ende der Stunde, zum Beispiel der letzten Stunde, irgendetwas offen gelassen hat, was mir relevant erscheint. (...) was die Beziehung betrifft, wenn das ein Thema ist, das die Therapeut - Klient Beziehung betrifft, also, dass ich da das Gefühl habe, der ist da raus gegangen und da war was nicht fertig ausgesprochen oder unrund oder ich bin mir nicht sicher, in welcher emotionalen Verfassung der Klient jetzt hier weggeht, und es scheint mir aber für mich wichtig das zu erfahren, dann würde ich den auch am Anfang ansprechen und fragen: „Wie sind Sie denn eigentlich das letzte Mal hier weggegangen?“, und mal schauen, was da kommt und dann im Fall des Falles vielleicht auch sagen: „Ich bin das letzte Mal so und so hier zurückgeblieben oder mit dem und dem Erleben oder Gefühl und denke, das ist wichtig, dass wir das noch mal aufgreifen.“ oder so.“*

7.3 Wahrnehmung und Resonanz

Zu Stundenbeginn bzw. in den Therapiestunden ist es für Therapeutin A, B und E wichtig wahrzunehmen, in welchem Zustand eine Klientin gekommen ist, darauf zu achten, was sie ausstrahlt, was man an ihr bemerkt und erspürt, aber auch Veränderungen wahrzunehmen. *„So in welchem Zustand ist jemand, ist der offen, ist der zu oder auch wie sitzt jemand draußen. Also so die Wahrnehmung.“* (A) *„Also es ist so eine Art Sammlung einmal, auch einmal zu schauen, wie wirkt der heute, ist da irgendwas anders, oder was kommt da jetzt einmal rüber, allein von der Ausstrahlung.“* (B) *„(...)so wie ist dieser Mensch jetzt da. (...) Und da ist dann meine Wahrnehmung gefragt, wie empfinde ich das, wie dieser Mensch jetzt hier sitzt.“* (E) Laut Therapeutin F kann gerade in einem beziehungsorientierten Therapieansatz die Wahrnehmung grundlegend sein, um theoretische Erkenntnisse zu gewinnen. Dabei beschreibt Therapeutin F ihr Wahrnehmen als ein umfassendes Wahrnehmen, das auch immer das Wahrnehmen ihrer selbst miteinschließt: *„So ein umfassendes Wahrnehmen, und das hat sehr viel was mit Präsenz zu tun und es hat nicht nur damit zu tun, den anderen wahrzunehmen, obwohl immer natürlich der Fokus darauf*

ist, sondern ich glaube, dass ich mich im selben Moment auch sehr gut wahrnehme (...)“ Therapeutin F meint weiters, dass dieses Wahrnehmen auch ein Wahrnehmen der Beziehung bzw. des Beziehungsraumes ist und daher das gleichzeitige Wahrnehmen beider Beziehungspartnerinnen beinhaltet. Im Zuge dieses Wahrnehmens führen Therapeutin A und F an, dass sie dabei auch auf ihre eigenen körperlichen Wahrnehmungen achten. Für Therapeutin F sind diese Wahrnehmungen auf körperlicher Ebene eng mit der Resonanz verbunden, die zwischen ihr und Klientinnen entsteht. *„Ich meine, ich würde das als Resonanzphänomene sehen, das ist das, was ich im Gegenüber wahrnehme, dass ich das körperlich bis zu einem gewissen Grad spüren kann, und natürlich auch ein Sehen, ja alles, was ich wahrnehme, vom Sehen aber auch vom Hören natürlich, wie die Stimme ist, auch vom Aussehen her natürlich, ob sie strahlen, oder ob sie sehr geknickt und geduckt sind, und ob das in Abweichung zu dem ist, wie ich sie bis jetzt wahrgenommen habe.“* (F) Darauf zu schauen, ob zwischen Therapeutin und Klientin eine Resonanz entsteht bzw. die Therapeutin die Klientin beziehungsweise greifen kann, ist für Therapeutin E und B wichtig, um mit der betreffenden Klientin arbeiten zu können. Therapeutin E meint daher: *„Also diese gegenseitige Resonanz ist mir das Wichtigste.“* Wenn Therapeut G einen Draht zu einer Klientin gefunden hat, so stellt sich bei ihm ein „sicheres Wohlgefühl“ ein. Therapeutin D wiederum versucht sich in das Bild, das sie von den Entwicklungsbedingungen ihrer Klienten bekommt, einzufühlen und dort eine Resonanz hinzugeben. Auf diesem Wege kann sich die Klientin vielleicht gerade in dem verstanden fühlen, oder aber die Therapeutin kann ein besseres Verständnis für ihre Abwehr erlangen. Therapeutin F zählt es ebenso zur Resonanz, wenn ihr Inhalte aus vergangenen Stunden einfallen, an die sie sich nicht mehr bewusst erinnern konnte, die aber zum aktuellen Thema dazupassen. Therapeutin E führt weiters an, dass es passieren kann, dass zwischen ihr und einer Klientin keine Resonanz entsteht und sie keinen Zugang zu ihr finden kann: *„(...)ich merke, ich tue mir schwer (...) von mir zu diesem Klienten, zu dieser Klientin entsteht keine wirkliche Resonanz, Verbindung, sodass ich mich da wirklich nicht einfühlen kann. (...) Was ein bisschen häufiger passiert, ist, dass die Klienten mit diesem Beziehungsangebot oder diesem, wie ich arbeite oder wie ich tue, nichts anfangen können, kommt auch manchmal vor, aber da merkt man das eh sofort, ja dann spreche ich es auch an, so, dass ich das Gefühl habe, ich kann mir das schon vorstellen, aber ich weiß nicht, ob das für Sie das Richtige ist bei mir.“*

7.3.1 Das eigene Erleben zur Verfügung stellen und Rückmeldungen geben

Therapeut H betont, dass es gut abgewogen sein muss, wie viel man als Therapeut von seinem Erleben zur Verfügung stellt. Dabei ist es sehr wichtig in diesem Offenbaren der eigenen Wahrnehmung möglichst nahe an der Klientin dran zu bleiben. *„Was ja auch schon eine Form von Direktivität ist in dem Moment, wo ich anhand der Körperhaltung meine, etwas zu erkennen von dem der Klient, aber im Moment noch nicht geredet hat, dann könnte man sagen, ich gehe einen Schritt voraus, und wenn ich aber sehr nahe am Klienten dran bin, dass etwas am Rande des Gewahrseins ist, na dann kann es der Klient vielleicht eh nehmen, aber wenn es etwas ist, wo ich schon zwei Schritte voraus bin, dann bin ich eigentlich nicht empathisch.“* *„(...)sonst kann das eigentlich erst recht, das was der Rogers gemeint hat, Widerstände hervorrufen, die eigentlich durch den Therapeuten induziert sind, wenn man irgendwo hin möchte.“*

Wenn bei Therapeutin F Bilder oder Ideen entstehen, die einer Klientin etwas klarer machen könnten, so ist es für sie wichtig zu überlegen, ob der Zeitpunkt passend ist, diese auszusprechen. *„Aber wenn es darum geht etwas zurückzugeben, was vielleicht auch etwas klarer macht dem Klienten oder ein Bild, das in mir entstanden ist, würde ich das nicht als ein bewusstes Überlegen definieren, also da gehe ich nicht auf eine Metaebene, sondern das ist etwas, was als Idee entsteht, und dann überlege ich mir, wenn ich diese Idee habe, ist das jetzt etwas, was gut wäre zu verlautbaren, laut zu sagen oder ist das noch etwas, was ich für mich behalten sollte.“*

7.4. Schwierige Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit

Es kann für die Therapeutinnen und Therapeuten verschiedene Dinge geben, die sie als schwierig in ihrer Arbeit erleben und sie manchmal auch in ihrem Tun beeinträchtigen können. Therapeutin A meint, dass das Auftauchen neuer Themen (wie z.B. eines Alkoholproblems) für sie etwas beim Einstellen verändert, da es sein kann, dass sie irritiert ist und das neue Thema erst einordnen und annehmen muss. Besonders Therapiesituationen, in denen es um Werte geht, können für Therapeutin A eine Herausforderung darstellen: *„Da kommen meine Werte. Wenn es um Werte geht, und manchmal sind viele Erzählungen um viele, viele Vorurteile, um eben auf dieser Ebene von sich zu reden, und da merk ich, dass das schon ganz eine große Herausforderung ist und dann die eigenen Werte wegzutun und auf die Person zu*

hören.“ Auch Therapeutin B erwähnt, dass der Fluss und der Prozess einer Therapie durch Themen, die ihren Wert- und Moralvorstellungen zuwiderlaufen, sowie durch Themen, die in ihren persönlichen Bereich hineingehen, beeinträchtigt werden können. *„Also wenn mir wer erzählt, er hat gerade seine Kinder misshandelt oder so, müsste ich mir wirklich überlegen, ist das jetzt etwas, wo ich bei dem sein kann in der Therapie, oder stört mich das so, dass ich da keine Therapie mehr führen kann, weil mir dieses Verhalten zu sehr einfach gegen den Strich geht und ich das von meinen eigenen Moral- und Wertvorstellungen so nicht akzeptieren kann, dass dem das auch nichts bringt eine Therapie zu machen.“* (B) Wenn Therapeutin B gedanklich an einer Frage oder einem Thema hängen bleibt, kann es sein, dass sich das ebenso blockierend auf den Prozess und auf ihr selbstverständliches Tun auswirkt.

Dort, wo bei Klientinnen Inkongruenzen bzw. Bruchstellen auftauchen, ist es für Therapeutin E wichtig darauf zu achten, was es bei ihr selbst auslöst. An solchen Bruchstellen kann es sich seitens der Therapeutin um ein Ringen um Empathie handeln und auch die Wertschätzung kann an solchen Stellen geringer werden. Therapeut H meint in diesem Zusammenhang: *„Wenn ich mich nicht mehr unbedingt wertschätzend erlebe, dann habe ich offenbar etwas nicht ausreichend verstanden und man könnte natürlich auch sagen, ich habe die Inkongruenz der oder des Klienten noch nicht hinreichend erfasst, dass es da um eine ganz bestimmte Inkongruenz geht, die vielleicht eh noch nicht zu verstehen ist, aber dass es zu verstehen ist, dass die zu verstehen wäre, und das braucht halt dann, bis sie verstanden ist.“* Therapeutin E meint weiters, dass es sein kann, dass eine Therapie nicht so schnell wieder in Fluss kommt, wenn es ihr über einen längeren Zeitraum hinweg nicht gelingt, etwas zu klären oder zu verstehen. Sie merkt dazu an, dass das besonders bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein kann. Für Therapeutin D kann sich ihre therapeutische Arbeit besonders dann wie Schwerarbeit anfühlen, wo Emotionen der Klientin sehr abgespalten sind oder sich von den eigentlich passenden Gefühlen sehr unterscheiden und Therapeutin D die Erinnerung an die letzte gemeinsame Stunde wie von der Festplatte gelöscht erscheint. Knüpft die Klientin aber an dem Gefühl der letzten Stunde wieder an oder taucht dieses wieder auf, kann es sein, dass bei Therapeutin D auch der ganze Inhalt mit einem Schlag wieder da ist. *„Und wenn das nicht dabei ist, das Gefühl, wenn man sich immer nur am Inhalt oder am Kognitiven sozusagen entlang hantelt, dann ist es viel anstrengender, dann ist die Erinnerung nicht so greifbar, nicht so schnell, das ist wie*

ein Puzzle, das man schon zusammengesetzt hat, und dann ist es aber vom Tisch gefallen und dann fängt man wieder von vorne an, es zusammenzubauen. Und wenn die stimmige Emotion dabei ist, dann ist das Bild immer sofort ein Ganzes, das muss man nicht erst wieder zusammenbauen.“ Therapeut G bezeichnet solche Therapien als „anfordernde Therapien“, bei denen sich auch über längere Zeit hinweg kein „sicheres Wohlfühl“ seinerseits einstellt, da es immer wieder unsicher ist, wie eine Stunde verläuft. *„Das verwende ich eher als diagnostisches Element, im Sinne dessen, dass ich denke, da ist eine ganz große Angst sich zu binden, zu vertrauen, sich einzulassen im Gange und damit muss man dann auch arbeiten, das ist dann auch etwas, was früher oder später, vielleicht eher ein bisschen später, aber was früher oder später irgendwie auch zur Sprache gebracht werden soll.“*

7.4.1 Umgang mit schwierigen Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit

Alle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner haben in den Gesprächen verschiedene schwierige Situationen, Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit sowie ihren Umgang mit diesen beschrieben. So beschreibt Therapeutin C, dass es in Therapien zu Situationen kommen kann, in denen es für sie schwierig ist Akzeptanz aufzubringen, wodurch die Beziehung irritiert wird. Dazu meint sie weiter: *„Und da, finde ich, ist es total hilfreich in dem Moment zu sehen, okay, diese Verhaltensweise von der Person kann ich nicht schätzen, oder diese Einstellung zu der Sache kann ich nicht schätzen, aber die Person besteht aus so viel und es geht darum, ob ich die Person an sich schätzen kann und das muss man sich oft auch herholen.“* Weiters meint Therapeutin C zu schwierigen Situationen, dass man sich als Therapeutin in solchen Situationen fragen kann, ob die Schwierigkeiten bei einem selbst oder bei der Klientin liegen. Um sich dabei seiner Gefühle klarer zu werden, kann man sich fragen, ob die Schwierigkeiten vielleicht etwas mit der eigenen Geschichte zu tun haben. *„(...) was ich auch für sehr wichtig halte, ist dann auch wirklich echt zu sein also, wenn es irgendwie schwierig ist im Herstellen von Beziehung, dass man das auch äußert, als Therapeutin, so die eigenen Gefühle, die einfach da sind, wo man das Gefühl hat, den anderen nicht zu erreichen und das ist meistens auch sehr, sehr hilfreich, weil das macht irgendwas in der Beziehung und führt meistens dazu, dass sich aus dem heraus irgendwas ergibt und es gelingt in Kontakt zu kommen.“* (C)

Auch Therapeutin E geht darauf ein, dass es gerade an „Bruchstellen“ wichtig sein kann zu schauen, ob das Problem bei der Klientin, bei ihr selbst oder zwischen ihr und der Klientin liegt. Dazu meint Therapeutin E weiter: *„(...) manchmal merkt man es hier, gemeinsames Thema, wo wir gemeinsam hinschauen oder ich in der Reflexion der Stunde nachher so „Oh da hängt es irgendwie.“, und dann kann ich im Reflektieren auf was draufkommen, ich kann die Theorie mir herholen oder eben mich mit mir selber beschäftigen, also das schaut verschieden aus.“* Weiters stellt sie fest, dass sie empathischer, wertschätzender, mit einem erhöhten Verständnis und einer anderen Präsenz in die Stunden geht, wenn sie an solchen Bruchstellen reflektiert hat. *„(...) ich komme mit einer anderen Präsenz (...) und eben einem vergrößerten Verständnis. Das macht mehr möglich wieder.“* Therapeut H geht ebenso darauf ein, dass er, sobald er sich nicht mehr akzeptierend erlebt, darüber reflektiert, ob die Schwierigkeit bei ihm selbst oder bei der Klientin liegt, um so seine Kongruenz wieder herzustellen. Um sein Verständnis für eine Klientin zu erhöhen, kann es Therapeut H helfen sich zu vergegenwärtigen, dass es selbsterhaltende und selbstentfaltende Tendenzen gibt und die betreffende Inkongruenz der beste Lösungsweg war, um etwas zu bewältigen. Die Not der Klientin mitzudenken, kann sein Verständnis für eine Klientin ebenso erhöhen. Sich zu denken „da muss etwas verstanden werden“, hilft Therapeut H sich von heftigen Affekten einer Klientin zwar affizieren zu lassen, zugleich aber den notwendigen Abstand zu halten. *„Das hilft mir insbesondere, wenn jemand sehr aggressiv ist oder sehr vorwurfsvoll, meine Kompetenz in Frage stellt, dass ich nicht gleich, kann ich sowieso auch machen, mich frage, so, was habe ich nicht verstanden, wo war ich unaufmerksam, das ist ja okay und das ist ja auch menschlich. Aber oft ist es ja auch so, dass sich der Klient auch entsprechend seiner eigenen Vorerfahrung einfach nicht verstanden fühlen kann, das gehört sozusagen...(dazu.). Das ist genau das, was sich ereignen können muss.“*

Therapeutin A, B und F erwähnen, dass sie in Krisensituationen (z.B. Suizidgefährdung, mögliche Einlieferung in die Psychiatrie) neben der Beziehung reflektieren. Therapeutin A meint dazu, dass sie in solchen Situationen planvoller handelt, statt weiterhin intuitiv zu reagieren. Therapeutin F beschreibt dies ähnlich: *„Ich meine, natürlich gibt es auch manchmal bewusstes Überlegen, aber das ist eigentlich mehr in Situationen, wo ich schnell handeln muss, also das heißt in Krisensituationen, wo es um Selbstmordgefahr geht oder eben um eine Situation, wo*

der Betreffende sehr in Not ist und wo es schnell darum geht möglicherweise auch andere einzuschalten. Da ist es natürlich schon ein kognitives Überlegen auch. (...)“ Für Therapeutin F ist es auch wichtig, um schwierige Stunden abzuschließen, sich bewusst eine Auszeit zu nehmen um das, was war, loszulassen und sich wieder auf die nächste Klientin einstellen zu können. Therapeutin B meint in diesem Zusammenhang: *„Wenn sehr emotionale Sachen Themen waren, dann kann es schon sein, dass es sehr viel an Professionalität braucht sich, selbst da einzukriegen und zu sagen „okay, aus“, das hat dann Zeit für ganz am Schluss sich das noch mal anzuschauen. Aber das stimmt schon, da braucht man ganz viele Mechanismen um zu sagen, okay das ist jetzt abgeschlossen, auch wenn noch etwas da ist, aber das kommt erst wieder dann irgendwann, weil jetzt ist das andere im Vordergrund.“* Therapeutin B erwähnt auch, dass aufgrund bestimmter Themen störende Gefühle in die therapeutische Beziehung hineinkommen können, die man im Zuge der Eigenreflexion zu lösen versuchen kann. Wichtig ist für Therapeutin B dabei aber darauf zu achten, ob es von der Beziehung her noch passt. In Bezug auf Werte in der Psychotherapie meint Therapeutin A: *„Das sind dann schon Hürden, die ich in mir überwinde, um da emphatisch zu bleiben und nicht zu sagen: „Das ist nicht mein Blick auf die Welt.“, und um dann nicht als Person, natürlich sitze ich als Person da, aber um nicht Meins zu transportieren.“ „Und es kann auch passieren, natürlich nicht oft, dass ich auch meine Wahrnehmung von Dingen auch ausspreche. Also „Nicht alle Ausländer sind Schmarotzer.“, zum Beispiel. So etwas, was ich dann für mich tue, um irgendwie wieder freier zu sein, weil ich sitze ja auch als Person und Mensch da(...)*“

Therapeut G erwähnt, dass er in Situationen, in denen er mit schwer einfühlbaren Erlebnisformen konfrontiert ist, eigene Erinnerungen zur Hilfe nimmt, die zumindest ein Stück in die betreffende Richtung gehen. *„(...) da muss ich versuchen eigene Erinnerungen, die wenigstens ein kleines Stück in diese Richtung gehen, zur Hilfe zu nehmen, ohne diese Erfahrungen zu erwähnen, um ein bisschen näher heranzukommen an das, wie sehr man (zum Beispiel) von der Angst besetzt sein kann, wie sehr die Angst immer droht einen zu überwältigen.“*

Therapeutin D meint, dass es für sie dann schwierig werden kann, wenn sie nicht rechtzeitig merkt, dass sie mit einer Klientin im Kognitiven mitschwingt. Dabei hilft es ihr auf ihre eigene emotionale Resonanz zu achten, um wieder ein Stück ins Gefühl zu kommen. Bei Klientinnen mit sehr verzerrten Symbolisierungen hilft Therapeutin D

ihre „Ortskenntnis“, nicht blind mit der Klientin mitzulaufen, sondern zu erkennen, dass man sich mit der Klientin auf „Abwegen“ befindet. Sobald Therapeutin D weiß, wo sie sich mit einer Klientin bewegt, ist es für sie auch nicht mehr so anstrengend. Dazu meint sie weiter: *„Es hilft sie (schwierige Situationen) auszuhalten, es hilft zu verhindern, dass man nicht mitten ins Agieren kommt, es hilft zu verhindern alles Mögliche, dass man keinen Blödsinn macht oder keinen Fehler, dass man sich auch nicht instrumentalisieren oder verwenden lässt oder manipulieren, oder dass ich die Gefühle, die mir das macht, wenn der so tut, wie er tut, dass ich die verorten kann und weiß, wo sie hingehören und welche davon mir gehören und hier jetzt nicht hereingehören und welche ganz explizit aber hierher gehören, weil sie genau mit der Situation zu tun haben, dann muss ich sie auch zur Verfügung stellen. Das ist so ein bisschen so, wie wenn man ein Boot, ein großes Schiff übers Meer fährt und solange die Sonne scheint und ruhiges Meer ist, ist eh alles ganz einfach, aber wenn der Sturm kommt und dir plötzlich alles um die Ohren braust, musst du als Captain auch wissen, was du jetzt tust und die Lösung wäre nicht, mit dem Klienten gemeinsam über Bord zu springen.“* Wenn Therapeutin D, was selten passiert, außerhalb der Stunden über Klientinnen nachdenkt und das Gefühl hat, nicht gut weiterarbeiten zu können, hilft es ihr, das, was sie beschäftigt, genauer anzuschauen um es dann auch wieder loslassen zu können. Therapeutin D führt auch an, dass Supervision ihr bei Unklarheiten helfen kann, eine neue Möglichkeit auf das Ganze zu blicken, zu finden und es zu verstehen. Um diese neue Klarheit präsent zu haben, ist es wichtig sich diese vor der Stunde nochmals zu vergegenwärtigen.

7.5 Beziehung und Passung

Therapeut G betrachtet das, was sich zwischen ihm und Klientinnen ereignet, insofern als diagnostisches Moment, als man auf diesem Wege versucht zu verstehen, was mit der Klientin los sein könnte. *„Wenn nun ein Klient, der vielleicht durchaus Vertrauen hat aber sich extrem schwer tut Gefühle zu artikulieren oder zu formulieren (...) und es muss eine große Vertrautheit entstehen, damit sich jemand Gefühle zutraut zu haben. Auch das könnte man in gewissem Maße als diagnostisches Element betrachten, obwohl in der Therapie nicht wirklich in solchen Kategorien gedacht wird, insofern als dieser Klient, diese Klientin vielleicht wirklich kaum je zuvor die Möglichkeit besaß unbefangene Gefühle zu artikulieren oder nicht nur auszuleben, sondern irgendwie auch zu benennen.“* Bei Klientinnen, bei denen eine gewisse Unsicherheit auch nach etlichen gemeinsamen Stunden bestehen

bleibt, meint Therapeut G, dass das Bestehen einer therapeutischen Beziehung nicht vorausgesetzt werden kann und man sich jede Stunde wieder um Vertrautheit bemühen muss. Dieses Bemühen kann bewirken, dass jemand am Ende der Stunde näher an seinen Gefühlen dran ist als zuvor. Dazu meint Therapeut G weiter: *„Mhm, wenn jemand näher an sich selber dran ist, am Ende der Stunde, dann heißt es, er hat sich begonnen einzulassen, die therapeutische Beziehung muss im Moment vielleicht gar nicht formuliert werden, artikuliert werden, sondern es hat eine gewisse Sicherheit an Boden gewonnen, in der Erarbeitung der gemeinsamen Basis.“*

Für Therapeut G ist es ein Zeichen dafür, dass etwas passt, wenn eine Vertrauensbasis zwischen ihm und einer Klientin entsteht. Für ihn ist es daher auch die entscheidende Therapiefrage, ob er sich auf die betreffende Person einstellen kann, da nur dann die Therapie erfolgreich werden kann. Auch Therapeutin B spricht den Aspekt der Passung an: *„Naja, ich für mich habe immer so die ersten fünf Stunden, wo ich auch den Klienten sage, das ist einfach so eine Zeit zu schauen, geht es und passt es, können wir miteinander.“* Sowohl für Therapeutin B als auch für Therapeutin E ist es entscheidend, ob es mit der betreffenden Person passt, ob es möglich ist miteinander eine Beziehung einzugehen, wobei das Krankheitsbild für beide Therapeutinnen in den Hintergrund rückt. So betont Therapeutin B, dass es nur dann zu einer Therapie mit einer Klientin kommen kann, wenn sie diese beziehungsmäßig greifen kann. Für sie ist es ein Zeichen eigener Unsicherheit oder davon, dass auf der Beziehungsebene etwas nicht passt, wenn sie ins Ratschlägegeben hineinkommt. Therapeut H meint, dass es wichtig ist echt zu sein und sich seinem Naturell entsprechend in die therapeutische Beziehung einzubringen. Wieviel man dabei zum Ausdruck bringt, muss gut abgewogen sein, zumal es sich um eine professionelle Beziehung handelt. Weiters meint Therapeut H: *„Es kann aber sein, dass bei ganz bestimmten therapeutischen Prozessen das Beziehungsthema so im Brennpunkt steht (...) Dann ist man einmal dort, das ist vielleicht eh genau das, was wichtig ist: „Wie spielt sich die Beziehung zwischen uns beiden ab, ordnen Sie sich unter, haben Sie das Gefühl, Sie sind in Konkurrenz zu mir?“ Da hat man dann eh schon immer Hinweise nach dem, was eh schon auf der Hand liegt, was sein könnte.“*

Für Therapeutin F ist die Resonanz, die zwischen ihr und Klientinnen entsteht mit der Wahrnehmung der Beziehung bzw. des Beziehungsraumes verbunden, was das gleichzeitige Wahrnehmen beider Beziehungspartnerinnen beinhaltet. Dazu meint sie

weiter: „Also ich glaube, da passiert was in diesem Beziehungsraum, wo man dann nicht mehr sagen kann, war das jetzt meine Idee oder war das eh schon die Idee des Klienten und ich habe es vielleicht noch gespürt, bevor er es aussprechen konnte oder sie es aussprechen konnte. Also das ist ganz schwierig zu sagen oder hat sie oder er das schon bei mir wahrgenommen, also das ist halt gegenseitig, das ist ja nicht nur, dass ich als Therapeutin da mich einfühle und das spüre, die Klienten tun dasselbe ja mit uns (...)“

Therapeutin A, B, C und E sprechen in Bezug auf das Thema Beziehung auch mögliche Veränderungen in der Beziehung an. Dabei erwähnen Therapeutin B und C, dass es zu Einschnitten in gut laufende Therapien kommen kann, wenn sich außerhalb der Beziehung etwas verändert oder ereignet (z.B. wenn die Krankenkasse nur eine bestimmte Stundenanzahl bezahlt). Therapeutin A und E gehen darauf ein, dass sich in der Beziehung etwas verändern kann. Therapeutin E meint dazu, dass es die gemeinsame Beziehung ist und sich daher sowohl aufseiten der Klientin als auch aufseiten der Therapeutin etwas verändern kann und es vielleicht auch zur Beendigung der Therapie kommt. Therapeutin A führt an, dass Veränderungen in der Beziehung durch neue Themen aber auch durch zunehmende Offenheit entstehen können. Dabei erwähnt sie, dass neue Themen irritieren können und zunehmende Vertrautheit und Offenheit das Verständnis für die Klientin erhöhen können. Therapeutin B führt weiters an, dass solche Einschnitte auch mit Krankheitsbildern zusammenhängen können und führt als Beispiel Mädchen an, die sich ritzen oder schneiden.

7.6 Erfahrung und Ortskenntnis

Therapeutin E erzählt, dass am Beginn ihrer Berufstätigkeit die therapeutische Beziehung schwierige Situationen (wie zum Beispiel mit einer Borderlineklientin) nicht getragen hat und es daher auch zu Therapieabbrüchen gekommen ist. So hat Therapeutin E aus Erfahrung gelernt, dass sie bei einer Borderlinestörung aktiver sein muss als bei anderen Störungsbildern, um die andere Person in der Beziehung zu halten. „Und das konnte ich früher noch nicht, in dieser Qualität auch Beziehung anzubieten, dass, auch wenn ich manches nicht verstehe oder manches auch nicht so toll finde, trotzdem diesen Menschen wertzuschätzen, anzuerkennen, ihn zu lassen und eher mit einer neugierigen Haltung das besser verstehen, warum das so ist.“ (E)

Therapeutin C meint dazu: *„Ich denke mir, das Intuitive war immer gleich, aber so mit wirklich schwierigen Situationen umzugehen, das fällt einfach viel leichter, je mehr Erfahrungen man hat und auch so quasi Vergleichsmöglichkeiten. Ich meine, natürlich ist jeder Klient völlig anders und einzigartig, aber trotzdem es gibt einfach bei gewissen Störungsbildern schon Ähnlichkeiten in irgendeiner Form, Verhaltensweisen manchmal, und das hilft einfach, wenn man das schon einmal kennen gelernt hat um es besser einschätzen zu können.“* Therapeutin B berichtet, dass Routine und Erfahrung dabei hilfreich sein können sich selbst schneller zurückholen zu können, Dinge abzuschließen, in Beziehung zu sein und mit Störfaktoren umzugehen. Therapeut G meint, dass eine reiche Erfahrung dazu beitragen kann, dass man zu früh etwas Bekanntes in den Verhaltensweisen einer Klientin erkennen kann und so Gefahr läuft, Veränderungen nicht zu erkennen und die Klientin festzulegen. Dazu meint er weiter: *„(...) andererseits ist da der Fokus der Aufmerksamkeit nicht auf die innere Freiheit des Klienten gerichtet, sondern auf seine Gebundenheit.“*

Viel erlebt und gesehen zu haben, haben bei Therapeutin A dazu geführt, dass sie ruhiger und sich selbst gegenüber weniger kritisch geworden ist. Für Therapeutin F hat die Erfahrung dazu beigetragen, weniger zu theoretischen oder kognitiven Überlegungen in den Stunden zu neigen und auch weniger schnell alarmiert zu sein. Weiters beschreibt sie: *„(...) ich habe mir gerade vorgestellt, da gibt es so, wie man es in Karteikästen anordnen würde, da gibt es schon Strukturierungen, die ich, glaube ich, gar nicht mehr so bewusst vornehme, aber die sicher passieren, in welche Richtung tue ich das jetzt, wo die Erfahrungen alle so ein bisschen gespeichert sind und abrufbar sind. Und da vermute ich jetzt einmal, vergleicht man dann immer wieder, wo das hinein passt.“*

In diesem Zusammenhang spricht Therapeutin D von „Ortskenntnis“: *„Zu einem großen Anteil ist es Wissen im Sinne von Erfahrung, zu sicher einem großen Anteil ist es wirkliches Wissen, mein Theoriewissen über Therapie, Theorie über störungsspezifisches Wissen und all das, ein guter Teil ist Selbsterfahrung, das sind alles Orte, die ich an mir selber kenne, also mit denen habe ich mich lange genug beschäftigt, also sind sie mir vertraut. Und in der Summe von all dem die fast immer bestehende Sicherheit, dass ich dem, was ich wahrnehme und was ich fühle und was ich spüre, vertrauen kann. Das macht, glaube ich, die Ortskenntnis aus, ja.“* Dabei

beschreibt sie ihre Ortskenntnis als umfassend und über die Jahre hinweg entwickelt, was sich darin äußert, dass Therapeutin D in ihrem Tun immer sicherer geworden ist.

7.7 Die eigene Persönlichkeit / das eigene Gewordensein

Therapeutin C und E sowie Therapeut H haben bereits in anderen Zusammenhängen erwähnt, dass es gerade in schwierigen Situationen wichtig ist darüber nachzudenken, ob das Problem vielleicht bei ihnen selbst liegen könnte. Therapeutin C hat dabei präzisiert, dass man hier auch in seiner eigenen Geschichte fündig werden kann. Therapeut H nimmt Bezug auf „das eigene Naturell“ und „die persönliche Farbe“ und meint, dass für jede Person etwas anderes authentisch ist, es aber zuerst gilt die Grundeinstellungen abzusichern. Weiters meint Therapeut H: *„Also ich kann für mich sagen, dass dieses Schätzenkönnen, dass mir jemand zuhört, dass jemand versucht mich punktgenau zu verstehen, das war für mich ein sehr großes Element, das mir die Methode so sympathisch gemacht hat und mich auch daran denken hat lassen, sie selber anzuwenden, also zu lernen und anzuwenden. Also es hat einen sehr kostbaren Wert für mich aufgrund der eigenen Lebensgeschichte und ich glaube auch, dass mich das geprägt hat (...)Ja, was man selbst als hilfreich kennenlernt, will man auch weitergeben.“*

Therapeutin A meint dazu, dass es einerseits leichter sein kann sich auf eine Klientin einzulassen, wenn es zwischen ihr und der Klientin Ähnlichkeiten gibt, andererseits aber verführerischer sein kann nicht mehr genau zuzuhören, da das Gesagte bekannt erscheint. So führt Therapeutin A ein Beispiel in ihrem Gespräch an, in dem es gerade das Getrenntsein von Therapeutin und Klientin war, das eine Veränderung bewirkt hat und sich schlussendlich verbindend ausgewirkt hat. Für Therapeutin B spielt die eigene Persönlichkeit im Einstellungsprozess insofern eine Rolle, als sie mit manchen Krankheitsbildern besser kann als mit anderen und es ihr zugleich auch leichter fällt, in die Beziehung hineinzukommen. Dazu meint sie weiter: *„Sicher, ich denke schon, dass einfach auch sehr mit, ich sage jetzt nicht Grundstimmung, aber mit dem eigenen Verhalten zu tun hat. Weil, ich denke, ein depressiver Klient mit einem Therapeuten, der irgendwie nur dauernd lebhaft, aktiv, weiß ich nicht was, ist, das passt irgendwie nicht zusammen.“*

7.8 Störungsspezifisches Wissen

Therapeutin D meint, dass störungsspezifisches Wissen im personenzentrierten Sinne in ihrer Arbeit eine Rolle spielt. Sie ist abgesehen von ihrem Psychotherapiewissen auch sehr von ihrem entwicklungspsychologischen Wissen geprägt, wodurch bei ihr rasch Bilder darüber entstehen, welche Entwicklungs- und Beziehungsbedingungen eine Klientin in ihrer Kindheit vorgefunden hat, und wo ihre Selbstkonzeptentwicklung stagniert ist. Therapeutin C geht darauf ein, dass das Einstellen bei bestimmten Störungsbildern, wie zum Beispiel bei Persönlichkeitsstörungen, schwieriger ist. Sie meint weiter: *„Ich meine es passiert häufig, dass gerade bei Persönlichkeitsstörungen, dass es schwierig wird, und dann kommen schon theoretische Überlegungen auch dazu und die können oft hilfreich sein um etwas zu verstehen. Und wenn man es versteht, denke ich mir, ist es nicht schwer eine Beziehung herzustellen.“* *„(...) es ist bei manchen Persönlichkeitsstörungen einfach schwierig und wie gesagt, ich finde, dafür ist das störungsspezifische Wissen einfach wichtig und gut.“*

Wenn Therapeutin F in den Stunden etwas bei einer Klientin wahrnimmt, so fragt sie sich nicht bewusst, mit welchem Störungsbild sie es zu tun hat, sondern schaut sich den Fall nach der Stunde genauer an. Dabei meint sie, dass das Zuordnen von Störungsbildern aufgrund der Resonanz und der Beziehungserfahrung mit einer Klientin stattfinden. Therapeut G spricht von störungsspezifischem Wissen im Sinne dessen, was im Zwischenmenschlichen spürbar ist und meint, dass sich diese Art von Erfahrungswissen über die Jahre ansammelt, jedoch nicht unendlich erweiterbar ist. *„Diese Art von Erfahrungswissen würde ich sehr gerne immer benützen, das störungsspezifische Vorauswissen bestimmt die Diagnosen, ist ein bisschen mit Vorsicht zu genießen. Ich glaube, es ist sehr gescheit, wenn man das nachher irgendwie versucht mal zuzuordnen, oder was ist das eigentlich, auch in dem Versuch dem Klienten mehr zu begegnen.“* (G) Wie zuvor bereits erwähnt, betont Therapeut G, dass man als Therapeut seinen Fokus nicht auf die Gebundenheit der Klientin, sondern auf ihre innere Freiheit richten sollte. Therapeut H meint dazu, dass er sich in der Therapie theoretische Überlegungen nicht verbietet, jedoch darauf achtet nicht nach ihnen Ausschau zu halten, um nicht vorab seinen Fokus auf etwas zu richten.

7.9 Therapeutische Interaktion

In Bezug darauf, wie das Einstellen der Therapeutinnen und Therapeuten auf ihre Klientinnen in den Therapiestunden konkreter aussehen kann, gab es von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern zahlreiche Auskünfte.

Therapeutin A beschreibt das, was sich in den Therapiestunden ereignet, als ein gemeinsames „Pingpong“, bei dem sie schaut, was das Gesagte der Klientin bei ihr auslöst, und versucht herauszufinden, ob sie das auch richtig verstanden hat. So kommt ein Hin und Her zwischen ihr und der Klientin in Gang. Therapeutin B beschreibt ihr Reagieren in den Stunden als ein automatisches Reagieren auf das Hier und Jetzt, das wie von selbst läuft. *„(...)oder wie sie beginnen zu reden und auf das reagiert man dann ganz automatisch, habe ich das Gefühl.“* (B) Für gut laufende Therapien empfindet es Therapeutin B als kennzeichnend, dass keine theoretischen Dinge im Weg stehen und es zwischen ihr und der Klientin passt. Therapeutin C beschreibt gut laufende Therapien wie folgt: *„Ja, wo es einfach fließt, denke ich mir, aus einem heraus, gegenseitig und wo sich eins aus dem anderen ergibt.“* Dabei bedarf es ihrerseits in den Stunden keines Nachdenkens auf kognitiver Ebene.

Wenn sich bei Therapeutin D vor einer Stunde die Inhalte bzw. die betreffende Person im Geiste leicht herholen lassen, so liegt es daran, dass in dem Gesagten die dazu passende Emotion enthalten war. *„Es lässt sich auf jeden Fall leichter herholen, wenn das, worüber gesprochen wurde, mit deutlich wahrnehmbaren und benennbaren Gefühlen verbunden war, wenn die Emotion sehr nah zur passenden Emotion ist, dann lässt es sich ganz leicht herholen. Wenn das, worüber gesprochen wird, von der Emotion, die eigentlich dazugehören würde, sehr abgespalten ist oder das sehr weit auseinander liegt, dann lässt es sich schwerer herholen.“* Wenn sich die Person leicht herholen lässt, so wirkt sich das auch auf die folgende Interaktion aus: *„Ja, dann geht es wie von selbst.“* *„Dann fühlt es sich ganz leicht an, (in der Interaktion) dann ist es wie eine ganz leichte Bewegung oder Tätigkeit, die wie von selbst geht.“* (D) Therapeutin E hingegen meint, dass in der Therapie nichts von selbst läuft, sondern ihr Tun immer mit einem aktiven Bemühen verbunden ist. Sie beschreibt das gemeinsame Tun in den Stunden folgendermaßen: *„Wir gehen solche Spiralen, man kann sich eine Therapie schon so vorstellen, nur weil man einmal etwas gelöst hat, heißt das nicht, es ist alles gelöst. Also, ich erlebe es schon so als eine aufwärts gehende Spirale, man zieht so seine Kreise und dann gibt es so „Easy – Stunden“ und dann gibt es „Weniger – easy – Stunden“ und das ist oft so, was gut*

gelöst, dann so: „Mah, jetzt geht es mir eh schon gut und soll ich jetzt aufhören oder nicht...“ dann gibt es eine ruhigerer Zeit und dann auf einer höheren Ebene die nächste Runde.“ Dazu meint Therapeutin E weiter, dass es in „Easy –Stunden“ weniger Bemühens ihrerseits bedarf.

Therapeutin F geht darauf ein, dass sich in längerfristigen Therapien, bei denen man Zeit hat, ein breiterer Beziehungsraum zwischen ihr und Klientinnen erschließen kann als bei Kurzberatungen. Das bringt für sie die Gelassenheit mit sich nicht alles sofort verstehen zu müssen.

Therapeut G, der sich in den Stunden stets berührbar hält, meint, dass es ebenso wichtig ist, dass seine Klientinnen das spüren. Dazu präzisiert er, dass ihn nur das Echte berührt und er das Erkunden der Gefühle der Klientin als Suche nach dem echten Gefühl empfindet. Dazu meint er weiter: „(...) aber grundsätzlich, es scheint irgendwas, das ist schon interessant das Phänomen, es scheint, so was wie das Echte beim Therapeuten scheint etwas Echtes beim Klienten hervorzurufen, zu provozieren oder so.“ Den Prozess des Verstehens beschreibt Therapeut G folgendermaßen: „Ich kann es am ehesten so formulieren, dass das eben ein nicht ein kognitives Verstehen ist, es ist ein bisschen Kognition dabei, sondern ein emotionales Verstehen und das heißt, es muss etwas meinem Gefühl nahe kommen oder ich muss dem Gefühl des anderen nahe kommen. Von welcher Seite die Bewegung ist, ist gleichgültig. Also, ich muss mich berührbar halten (...). Also das Verstehen, wahrscheinlich ist es ein Prozess des emotionalen Erkundens der inneren Welt des Klienten.“ Das einzige Bemühen von Therapeut G besteht darin seine Klientinnen zu verstehen, nicht aber gezielt eine Vertrauensbasis aufzubauen, geschweige denn das Leben seiner Klientinnen zu bestimmen. Er sieht sich als Therapeut als absichtslos. Wenn Klientinnen aber kaum dazu in der Lage sind Gefühle zu artikulieren, erschwert das für ihn die Einfühlung. In solchen Fällen ist es für Therapeut G zunächst wichtig zu akzeptieren, dass sich die betreffende Person hierbei schwer tut und meint weiters: „Also das macht es schwer mit der Einfühlung, weil man dann immer wieder sagen muss, so was inhaltlich mit anderen Facetten: „Also für Sie schaut das ziemlich sinnlos aus, was Sie da im Beruf machen.“. Man muss sozusagen auf der Verhaltensebene etwas bestätigen und etwas Gefühl hineinlegen um zu hören, ob das Gefühl ankommt und es kann auch passieren, dass er sagt „Ja.“, dann weiß man auch nicht mehr als vorher.“ So versucht Therapeut G quasi für die Klientin Gefühle zu rekonstruieren. Diese Rekonstruktionen sind aber

stets als Angebot zu verstehen, das die Klientin annehmen aber ebenso ausschlagen kann. Wenn Therapeut G viele Stunden am Tag macht, so kann er sich mit kognitiven Brücken und kognitiver Einfühlung behelfen. Er betont aber zugleich, dass das Gefühl der Klientin weiterhin entscheidend bleibt.

Therapeut H meint, dass es zwar oft auch schwierig sein kann die personenzentrierten Einstellungen umzusetzen, doch stellen sie, wenn sie im therapeutischen Handeln gut genug umgesetzt sind, „den Königsweg“ der personenzentrierten Psychotherapie dar. So meint er, dass in der Therapie auch immer wieder lediglich ein Bemühen um Verstehen stattfinden kann, wenn es mit Klientinnen immer wieder sehr konfus ist. Weiters meint Therapeut H: *„Also im Sinne der personenzentrierten Therapietheorie ist das einzige Vorgefertigte, mit dem ich hineingehe, mich darum zu bemühen einführend zu verstehen und keine Bedingungen im Sinne von mehr oder weniger wertschätzen hineinzubringen. Das ist sozusagen vorgefertigt, weil hinter das möchte ich nicht zurückfallen.“* *„(...) das Vorgefertigte ist ja nicht so, ich habe ja dann nichts Vorgefertigtes, das muss ich mir eh mühsam erarbeiten jedes Mal, sowohl das Verstehen als das Wertschätzen. Aber als Prinzip ist es vorgefertigt.“* Für Therapeut H können nun innerhalb dieses Rahmens noch viele andere Dinge Platz haben, zumal jede Therapeutin und jeder Therapeut anders ist. *„Und dann versuche ich das, dass ich in erster Linie den Bezugsrahmen der Klienten versuche zu verstehen, wie sie drauf sind, was sie für sich gerade erleben, was sie denken, was sie körperlich ausdrücken. Das wäre das Therapieprinzip „einführendes Verstehen“, ich glaube, das ist wirklich das, was mich leitet, wobei mir gefällt das manchmal fast besser, vom inneren Bezugsrahmen der Klienten auszugehen. Mich, so gut es irgendwie geht, in deren Welt hineinzusetzen.“* Dabei ist es für Therapeut H wichtig darauf zu achten, ob er sich womöglich „off the track“ begibt und bereits eine Zielsetzung oder einen Plan für seine Klientinnen hat. So kann er sich fragen, ob er etwas macht um die personenzentrierten Einstellungen zu verwirklichen oder es aus seinem eigenen Bezugsrahmen heraus macht. Therapeut H meint auch, dass er seine Klientinnen nicht zu wenig fordern möchte und beschreibt die personenzentrierte Formel als „Fordern durch Fördern“. Dabei merkt er an, dass es Klientinnen gibt, die auch von einem Feedback seinerseits profitieren können und auch mehr Konfrontation nehmen können.

7.10 Auf sich selbst schauen

Für Therapeutin E ist es das Wichtigste, wirklich gut auf sich zu schauen, um die für den Job geforderte Präsenz, hohe Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit liefern zu können. Dabei ist es wichtig auf ihre Psychohygiene zu achten und gut zwischen Beruf und Alltag zu trennen. Dazu meint sie: *„Das ist irre anstrengend, aber bis man dieses Abgrenzen und Runterkommen lernt oder auch dieses, was brauche ich für Bedingungen, damit mir dieses Umstimmen, dieses Einstimmen gut gelingt, damit ich auch hier gute Arbeitsbedingungen habe. Also das ist der Vorteil einer freien Praxis, dass ich mir diese Bedingungen, diese Rahmenbedingungen so gestalte, dass ich das gut machen kann.“*

Für Therapeutin B ist es entscheidend, gut zu schauen, ob sie sich auf einen bestimmten Menschen bzw. auf ein bestimmtes Thema einlassen kann.

Zu wissen, wo sie sich als Therapeutin gerade bewegt, ist für Therapeutin D wichtig. Dazu meint sie: *„Die Verschränkung ermöglicht mir, dass ich auch theoretisch, ich kann benennen, was das ist, was ich tue und warum ich es tue oder warum ich es nicht tue. (...) Und ich glaube, das kann ich, das kann man auch nicht immer und in jeder Sekunde, meistens auch erst mit ein bisschen Abstand, wenn man wieder reflektierend darauf schaut, in der Sekunde kann ich auch nicht benennen, was es ist, da vertraue ich schon darauf, dass es so richtig ist. Die Ortskenntnis bezieht sich nicht nur auf das, wo der Klient sich bewegt, sondern es bezieht sich auch auf das, wo ich mich bewege, sozusagen auf meinem Therapeutinnenboden oder Landschaft.“*

7.11 Relevanz der Ausbildung

Therapeutin D sowie Therapeut G und H gehen in ihren Gesprächen auf das Thema Ausbildung ein. Dabei bezieht sich Therapeutin D vor allem auf den Ausbildungskontext, in dem sie tätig ist, und meint, dass es die Erfahrung und die ständige Auseinandersetzung auf theoretischer Ebene sind, die es ihr ermöglichen dazuzulernen und ihre „Ortskenntnis“ zu erweitern. So erwirbt sie auch Sicherheit in ihrem Tun. Sie meint weiter in Bezug auf ihr therapeutisches Tun: *„Und ich bin nur dadurch (durch den Ausbildungskontext) immer wieder aufgefordert oder gezwungen worden, das explizit zu machen(...)“*

Therapeut H meint: *„(...) dass innerhalb dieses Ansatzes viele Handlungsmöglichkeiten Platz haben, um dem eigenen Stil auch gerecht zu werden.“*

Aber das Besondere am Personzentrierten ist, dass man nicht dort anfängt, sondern erst einmal diese Grundhaltungen versucht, möglichst abzusichern und sich daran zu orientieren, und dass dann viel Platz ist. Ich meine, so verstehen wir auch unsere Ausbildung, dass die Leute dann ihre Persönlichkeit entwickeln, ihren Stil, ihre Farbe.“

Therapeut G geht kurz auf das Thema Ausbildung ein, indem er meint, dass es vermutlich etwas mit der Ausbildung zu tun hat, dass er nur auf das Echte bei Klientinnen reagiert und auch in etwas Fassadenhaften stets das Echte sucht. Weiters meint er: *„Die Ausbildung dient dazu, dass man nicht Fassade für echt hält, ausgenommen in dem Sinne, dass man manchmal erkennt, diese Person hat nur diese Fassade und dann muss man halt mit dem arbeiten, (...)“*

8. Diskussion der Ergebnisse

8.1 Reflexion der Methode

Die qualitative Forschung mittels des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000) hat ihre Grenzen bei der Mitteilungsbereitschaft und der Mitteilungsmöglichkeit der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner. Sie hat aber auch dort ihre Grenzen, wo der sprachliche Ausdruck seine Grenzen hat und Erfahrungen nicht in Worte gefasst werden können.

Dennoch ermöglicht es diese Art der Forschung am ehesten implizite Anteile der therapeutischen Arbeit sprachlich zu erhellen und der wissenschaftlichen Bearbeitung zugänglich zu machen. Der zur Verfügung gestellte breite „Erzählraum“, die Vertraulichkeit des Gespräches und die nicht – wertende Haltung der Gesprächsführenden ermöglichen es den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern sich mit eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Auf diesem Wege können aber auch neue Erkenntnisse gewonnen werden, und so meinte eine Person in den acht Gesprächen: *„Gut, aber ein paar Sätze von denen, die ich jetzt gesagt habe, habe ich wahrscheinlich so noch nie gesagt oder gedacht, aber einige von denen sind mir auch vertraut und bekannt, die hab ich schon sicher ur oft gesagt.“*

8.2 Gewonnene Erkenntnisse

Im Folgenden werden nun die die Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug zu den theoretischen Erkenntnissen gesetzt und diskutiert.

8.2.1 Einstellungsprozesse und Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit

Es wird von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern Bezug auf die Rahmenbedingungen ihrer therapeutischen Arbeit genommen bzw. darauf, in welchem Rahmen sie gut arbeiten können und wie sie sich diesen ihren Bedürfnissen entsprechenden Rahmen schaffen. So wird beispielsweise angeführt, dass Pausen zwischen den Stunden sowie die Abwechslung zwischen Störungsbildern der Klientinnen und zwischen Kinder- und Erwachsenentherapien den Einstellungsprozess erleichtern können. Diese Aussagen lassen sich in Bezug zu dem von Hutterer (2005) beschriebenen selektiven Vorgehen verstehen, zumal ein selektives Vorgehen sich nicht nur auf die „Wahl“ der Klientinnen bezieht,

sondern auch auf die Schaffung geeigneter Arbeitsbedingungen, um eine optimale personenzentrierte Beziehung verwirklichen zu können. Dazu meint Hutterer (2005), dass sich Therapeutinnen in der Gestaltung ihrer Arbeit in eine „privilegierte Position“ (S.18) begeben sollten. „Das „Privileg“ liegt in der Forderung, die berufliche Situation so gestalten zu können, dass die eigenen therapeutischen Fähigkeiten optimal zum Ausdruck kommen können.“ (S.18).

Erstes Einstellen / Einstellen über Bauch und Hirn

In Bezug auf das erste Einstellen, das am Beginn einer Stunde oder aber auch am Beginn einer therapeutischen Beziehung seitens der Therapeutin stattfindet, weisen die Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten einerseits einen überlegten und andererseits einen intuitiven Charakter auf. So werden Einstiegsphrasen, das Im-Geiste-Herholen der Klientin und der Blick in die Dokumentation erwähnt, aber ebenso, dass vom ersten Moment an viele Dinge im Hintergrund ablaufen und Einfluss darauf nehmen, wie sich das Verhältnis zwischen Therapeutin und Klientin entwickelt. So wird Bezug auf den intuitiven Anteil der therapeutischen Arbeit genommen und auch angeführt, dass *„(...)viele einfach über das Gefühl passiert, über den Bauch, also wenig übers Hirn in Wirklichkeit (...)“* (C) Hier lässt sich die Verbindung zu Polanyis Auffassung von Intuition finden, bei der davon ausgegangen wird, dass die Therapeutin all das, was sie von der Klientin wahrnimmt, zum proximalen Term ihrer Einstellungsbemühungen macht und so zum Beispiel (intuitiv) erschließt, ob das Verhältnis näher oder distanzierter wird. Auch Gigerenzers (2008) Begriff der „Bauchentscheidungen“ lässt sich in Verbindung mit den getätigten Aussagen bringen.

8.2.2 Offenheit

Der Aspekt der Offenheit im Zuge des Einstellungsprozesses wird vor allem dahingehend angesprochen, als Therapeutin bzw. Therapeut offen für seine Klientinnen zu sein, aber ebenso für das eigene Erleben offen zu sein. In diesem Aspekt lässt sich der Begriff der Präsenz der Therapeutin wieder finden, den Schmid (2007) so beschreibt, dass in dieser Präsenz die Offenheit für die Klientin, aber auch für das eigene Erleben der Therapeutin umfasst ist. So wird auch betont, dass das Einstellen auf die Klientin immer ein Einstellen auf die ganze Person ist, was wiederum auf die umfassende Wahrnehmung von Therapeutinnen und Therapeuten hinweist, zumal sie sich nicht nur auf bestimmte Facetten eines Störungsbildes oder

abgrenzbare Symptome einstellen. So kann davon ausgegangen werden, dass dieses Einstellen auf die ganze Person auch die unterschwellige Wahrnehmung ihrer Einzelheiten (zu denen auch Symptome etc. gehören) mit einschließt, was wiederum in Bezug zu implizitem Wissen bzw. impliziten Schließen gesetzt werden kann.

Der Aspekt der Offenheit wird aber auch in Bezug auf die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin beschrieben und zwar unter dem Fokus, dass etwas in Bezug auf die Beziehung offen geblieben sein kann. Diese Art der Offenheit hat in der Beschreibung der Gesprächspartnerinnen einen eher negativeren Beigeschmack als die zuvor erwähnte Offenheit und kann hinsichtlich der teilweisen Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin verstanden werden.

8.2.3 Wahrnehmung und Resonanz

Zentral ist hier für die Therapeutinnen wahrzunehmen, wie die Klientin auf sie wirkt, darauf zu achten, was sie an ihr erspüren können und auch Veränderungen wahrzunehmen. Dieses Wahrnehmen wird als umfassendes Wahrnehmen beschrieben, was wiederum mit der Beschreibung der Wahrnehmung nach Goldstein (2002) in Verbindung gebracht werden kann. Dabei wird in den Gesprächen auch die körperliche Ebene der Wahrnehmung angesprochen, die sowohl mit Schmid (2007) als auch mit Zurhorst (2007) in Verbindung gebracht werden kann. Ein Anteil impliziten Wissens ist insofern enthalten, als Polanyi (1985) die Wahrnehmung als die reduzierteste Form impliziten Wissens ansieht und die Wichtigkeit des Körpers für den Erfahrungs- und Erkenntnisprozess des Menschen betont.

In Bezug auf Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin wird immer wieder betont, dass es wichtig ist, dass eine Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin entsteht und man „einen Draht“ zueinander findet. Hier lässt sich die enge Verbindung zwischen Resonanz, Beziehung, Passung von Therapeutin und Klientin und Empathie ablesen. Wie Gindl (2002) schreibt, ist Resonanz ein Grundprinzip therapeutischer Beziehungen und so wird das Fehlen einer Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin mit erschwerter Einfühlung und eventuell auch mit dem Nichtzustandekommen einer Therapie in Zusammenhang gebracht. Nachdem Gindl (2002) Empathie als eine Form emotionaler Resonanz beschreibt, könnte man erschwerte Einfühlung auch als Mangel an emotionaler Resonanz beschreiben, wobei Resonanz immer einen wechselseitigen Charakter aufweist.

Das eigene Erleben zur Verfügung stellen

Die Therapeutinnen und Therapeuten nehmen auch Bezug darauf, dass es gut abgewogen sein muss, wie viel man von seiner Wahrnehmung oder seinem Erleben der Klientin gegenüber offenbart. Hier kann man wiederum die Verbindung zur Kongruenz der Therapeutin sehen und zu Rogers Bemerkung aus Kapitel 4, in der er anmerkt, dass man als Therapeutin der Klientin dann das eigenen Erleben zur Verfügung stellen kann, wenn es angemessen erscheint. Die Anmerkung, dass Wahrnehmung auch bereits Interpretationen seitens der Therapeutin enthalten kann (und daher für die personenzentrierte Psychotherapie die Frage nach der (Non-)Direktivität zu stellen ist), verweist wiederum auf Polanyis Ansicht, dass Wahrnehmung bereits eine Form des impliziten Wissens bzw. Schließens darstellt. Ein ähnlicher Verweis findet sich aber auch bei Goldstein (2002), der die reflexive Komponente der Wahrnehmung betont.

8.2.4 Schwierige Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit

Charakteristisch für die Aussagen bzw. den Aussagenreichtum zu diesem Punkt ist wohl, dass Irritationen der therapeutischen Arbeit, die unterschiedliche Ursachen und unterschiedliche Beschaffenheit haben können, den Fluss des selbstverständlichen und wie von selbst laufenden Tuns unterbrechen, wodurch auch der intuitive Charakter der Arbeit verloren geht. Bis zu diesem Punkt der Unterbrechung scheint es kaum fokal bewusster Überlegungen seitens der Therapeutin zu bedürfen, doch treten solche (theoretischen) Überlegungen vermehrt auf, sobald der „Flow“ der therapeutischen Arbeit unterbrochen wurde. So finden sich auch sehr viele Aussagen der Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer zu solchen schwierigen Situation bzw. zu dem Umgang mit diesen, da hier der Anteil impliziten Wissens und Schließens geringer ausfällt, als bei der „unbeeinträchtigten“ therapeutischen Arbeit.

Es werden von den Therapeutinnen und Therapeuten aber folgende Aspekte angesprochen, die im Sinne impliziten Wissens bzw. natürlicher Adaption verstanden werden können:

- der Stellenwert und die Involviertheit der Therapeutin als Person bzw. der Persönlichkeit der Therapeutin
- Bemühen um Empathie
- störungsspezifisches Wissen (sowohl in expliziter als auch in impliziter Form)

Umgang mit solchen schwierigen Situationen

Auch zu diesem Thema finden sich wiederum zahlreiche Aussagen der Teilnehmenden. Es scheint, als wären Beeinträchtigungen und Umgangsweisen mit diesen leichter explizierbar als andere Aspekte des Einstellungsprozesses. So werden von den Therapeutinnen und Therapeuten zahlreiche Reaktionsweisen in schwierigen Situationen beschrieben, wobei von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern immer wieder der Aspekt der Selbstreflexion angeführt wird und darauf verwiesen wird, dass Probleme in der therapeutischen Beziehung auch aufseiten der Therapeutin liegen können. Das stellt wiederum die Verbindung zur Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin (vor allem im Sinne der Dialog – Beziehung) her sowie zur Präsenz der Therapeutin. Den unterschiedlichen Umgangsweisen mit solchen Situationen liegt laut Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten die Auseinandersetzung mit sich selbst (im Sinne der Selbstreflexion), die Auseinandersetzung mit der Theorie (im Sinne störungsspezifischen Wissens) oder aber die Zuhilfenahme einer Supervision zugrunde. Auf all diesen Wegen meinen die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, dass sich das Verständnis für die Klientin oder die betreffende Situation erhöhen kann und man wieder anders weiterarbeiten kann.

8.2.5 Beziehung und Passung

Die Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer beschreiben die therapeutische Beziehung unter verschiedenen Blickwinkeln. So wird von einigen Teilnehmenden angeführt, dass es entscheidend ist darauf zu achten, ob es zwischen ihnen und der Klientin passt und sie daher eine Beziehung miteinander eingehen können. So meint auch ein Gesprächspartner, dass in dem Aspekt der Passung wohl die entscheidende Therapiefrage liegt, denn nur wenn es ihm möglich ist, sich auf eine Klientin einzustellen, kann die Therapie erfolgreich werden. Wie man allerdings erkennt oder erspürt, ob es mit einer Klientin passt oder nicht, entzieht sich wohl größtenteils der sprachlichen Explikation. Solche Passungsentscheidungen werden allerdings damit in Verbindung gebracht, ob eine Vertrauensbasis entsteht und man die andere beziehungsweise greifen kann, was wiederum mit der Erörterung der Passung in der Psychotherapie in Kapitel 4 in Verbindung zu bringen ist. Es wird ebenso angeführt, dass es sich bei der therapeutischen Beziehung immer um eine gemeinsame Beziehung handelt, an der die Therapeutin ebenso als Person beteiligt ist wie die Klientin. Dabei ist es wichtig

den gemeinsamen Beziehungsraum sowie das Erleben der Klientin und das eigene Erleben wahrzunehmen, was wiederum auf den Aspekt der Präsenz der Therapeutin und die Relevanz der eigenen Persönlichkeit hinweist. Ein weiterer Hinweis darauf, dass es sich um eine gemeinsame Beziehung handelt, lässt sich in den Aussagen der Teilnehmenden ebenfalls finden, da auch angeführt wird, dass Veränderungen in der Beziehung auch auf Veränderungen aufseiten der Therapeutin zurückgeführt werden können. Es wird allerdings auch angeführt, dass Veränderungen auch auf Krankheitsbilder zurückgeführt werden können, was auf die Beteiligung störungsspezifischen Wissens hinweist. Die Anmerkung, dass sich nicht nur Therapeutinnen in ihre Klientinnen einfühlen, sondern auch umgekehrt, verweist wiederum auf die teilweise Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin, auf die in Kapitel 5 kurz eingegangen wurde. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der zur Sprache kommt, ist wiederum der Aspekt der Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin. So kann das, was sich zwischen Therapeutin und Klientin ereignet, als Resonanzgeschehen betrachtet werden, was auch als diagnostisches Moment verwendet werden kann.

8.2.6 Erfahrung und Ortskenntnis

Die Relevanz der Erfahrung wird von den Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern besonders betont, um zum Beispiel mit schwierigen Situationen umgehen zu können, weniger kritisch sich selbst gegenüber zu sein, weniger kognitive und theoretische Überlegungen anzustellen und weniger schnell alarmiert zu sein. Dabei wird auch angeführt, dass Erfahrung und Routine sich auch im Umgang mit schwierigen Störungsbildern bemerkbar macht. Das lässt sich auch dahingehend verstehen, dass über die Zeit hinweg auch ehemals explizites Wissen verinnerlicht werden kann und implizit handlungswirksam wird. Ein Gesprächspartner merkt allerdings an, dass eine reichhaltige Erfahrung auch die Gefahr mit sich bringen kann, vorschnell zu meinen, etwas Bekanntes bei einer Klientin zu erkennen. Diese Aussage kann man auch wiederum mit implizitem Wissen bzw. implizitem Schließen oder auch „Fehlschlüssen“ in Zusammenhang bringen, zumal auf Grundlage impliziten Wissens auch sogenannte Fehlintegrationen vorgenommen werden können. Eine Therapeutin beschreibt die Grundlage ihres therapeutischen Tuns als „Ortskenntnis“, womit sie sehr nahe an die Überlegungen einer natürlichen Adaption herankommt. Sie ordnet ihrer über die Jahre hinweg entwickelten Ortskenntnis Erfahrung in der therapeutischen Arbeit, explizites Theoriewissen

(Therapietheorie, störungsspezifisches Wissen) und Selbsterfahrung sowie das Vertrauen in ihre Wahrnehmungsfähigkeit zu. Was in dieser Darstellung nicht vorkommt, ist das verinnerlichte Theoriewissen, das aber als wirksam angenommen werden kann (im Sinne der therapeutischen Arbeitserfahrung), auch wenn es nicht explizit angeführt wurde. Eine weitere Beschreibung, die der Beschreibung impliziten Wissens nahe kommt, ist jene, dass Erfahrungen wie in Karteikästchen geordnet bei der Therapeutin gespeichert sind, und in der jeweiligen Situation ein automatisches und nicht bewusstes Zuordnen und Abgleichen von Erfahrungen stattfindet.

Eine Teilnehmerin führt in Bezug auf ihre Erfahrung an, dass etwas Intuitives in ihrer Arbeit aber von jeher da war. Hierbei scheint eine Form der Intuition angesprochen zu werden, die nicht aufs Erste mit Polanyis Auffassung erklärt werden kann und wohl einer differenzierteren Betrachtung des Intuitionsbegriffes bedürfen würde.

8.2.7 Die eigene Persönlichkeit / das eigene Gewordensein

Der Stellenwert der eigenen Persönlichkeit und des eigenen Gewordenseins für Einstellungsprozesse in der Therapie wird in den Gesprächen ebenso angeführt. Darin lässt sich wiederum die Verbindung zur Präsenz der Therapeutin herstellen bzw. zu ihrer Gegenwärtigkeit im Hier und Jetzt, welche ebenso ihr Gewordensein miteinschließt (Schmid, 2007). So können die Persönlichkeit und das Gewordensein der Therapeutin sich auch dann bemerkbar machen, wenn es z.B. Ähnlichkeiten zwischen Therapeutin und Klientin gibt, oder aber wenn es um das Einstellen auf verschiedene Krankheitsbilder geht. Was weiters angeführt wird, ist, dass die Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes dem eigenen Naturell entsprechend stattfindet und sich auch die eigene Therapieerfahrung (im Sinne der Lehrtherapie) im therapeutischen Prozess äußert. Das lässt sich hinsichtlich impliziten Lernens verstehen, zumal es Dinge gibt, die man nur durch eigene Erfahrung lernen und wiederum weitervermitteln kann. So lässt sich das personenzentrierte Beziehungsangebot auch so verstehen, dass es einen hohen impliziten Anteil in der Beziehungsgestaltung gibt, der nicht explizit vermittelt werden kann.

8.2.8 Störungsspezifisches Wissen

Störungsspezifisches Wissen wird von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern in zwei unterschiedlichen Formen beschrieben, in seiner expliziten und in seiner impliziten Form. So wird explizites störungsspezifisches

(Theorie-) Wissen in Zusammenhang mit Störungsbildern, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen erwähnt. In diesem Fall dient das explizite Theoriewissen der Therapeutin dazu, Dinge einzuordnen und der betreffenden Klientin wieder mit einem erhöhten Verständnis begegnen zu können. Dabei wird aber auch angeführt, dass es wichtig ist, nicht nach bestimmten Phänomenen Ausschau zu halten, um der Klientin nicht mit einem „Vorabfokus“ zu begegnen. Diese Aussage legt bis zu einem gewissen Grad den Kern der Diskussion um störungsspezifisches Vorgehen im personenzentrierten Ansatz dar. In seiner impliziten Form spielt störungsspezifisches Wissen eine Rolle für die Einfühlung und das Verständnis seitens der Therapeutin. Wiederum wird störungsspezifisches Wissen in seiner impliziten Form mit der eigenen Erfahrung und der Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin in Zusammenhang gebracht.

8.2.9 Therapeutische Interaktion

Die Beschreibung der Interaktionen in den Therapiestunden der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner weist immer wieder Charakterzüge der in Kapitel 5 beschriebenen natürlichen Adaption auf. So wird das Hin und Her zwischen Therapeutin und Klientin als „Pingpong“ beschrieben oder auch als automatisches Reagieren auf das Hier und Jetzt, das wie von selbst läuft. Ebenso wird es als *„ganz leichte Bewegung oder Tätigkeit, die wie von selbst geht“* (D) beschreiben. Es wird auch angeführt, dass es in gut laufenden Therapien keiner theoretischen oder kognitiven Überlegungen bedarf und sich das auch wiederum hinsichtlich der Passung von Therapeutin und Klientin äußern kann. Eine weitere Beschreibung, die mit dem Begriff des Flow in Verbindung gebracht werden kann, ist jene, dass es in gut laufenden Therapien *„einfach fließt (...) aus einem heraus, gegenseitig und wo sich eins aus dem anderen ergibt.“* (C) In diesen Aussagen lassen sich auch wiederum Hinweise auf implizites Wissen im Sinne einer „erfolgreich ausgeführten körperlich – praktischen oder geistigen Tätigkeit“ (Klappacher, 2006, S.19) finden.

Weitere Beschreibungen der therapeutischen Interaktion beziehen sich auf das aktive Bemühen der Therapeutin bzw. des Therapeuten um die Verwirklichung des personenzentrierten Beziehungsangebotes. So wird vor allem das Bemühen, die Klientin zu verstehen, angeführt und beschrieben. So beschreibt ein Gesprächspartner sein Verstehen als vorwiegend emotionales Verstehen, das er als *„Prozess des emotionalen Erkundens der Welt des Klienten“* (G) versteht. Wenn die

Einfühlung dadurch erschwert wird, dass die Klientin Gefühle kaum ausdrücken kann, so kann der Therapeut versuchen, diese (im Sinne eines Angebotes) für die Klientin zu rekonstruieren, was als adaptiver Vorgang angesehen werden kann. Es wird einführendes Verstehen auch als Hineinversetzen in die Welt der Klientin beschreiben, was ebenfalls den adaptiven Aspekt der Einfühlung unterstreicht. Gut darauf zu achten, ob etwas aus dem Bezugsrahmen der Klientin oder gar aus dem eigenen kommt, wird ebenso von einem Gesprächspartner angeführt, was wiederum auf die Relevanz der Persönlichkeit des Therapeuten anspielt.

8.2.10 Auf sich selbst schauen

Es wird von einigen Teilnehmenden Bezug auf die Wichtigkeit der Psychohygiene im therapeutischen Beruf genommen. So wird diese hinsichtlich der Schaffung guter Arbeitsbedingungen und der Trennung zwischen Beruf und Alltag verstanden, was sich wiederum auf die Qualität der therapeutischen Arbeit auswirkt. Die eigene Psychohygiene wird auch in Verbindung zu Einstellungsprozessen gesehen, da es wichtig ist, gut auf sich selbst zu schauen und zu achten, um entscheiden zu können, ob man sich auf einen bestimmten Menschen oder ein bestimmtes Thema einlassen kann. Sich auch auf theoretischer Ebene und im Zuge der Selbstreflexion mit der eigenen Arbeit zu befassen, wird auch als wichtig für die therapeutische Arbeit erachtet. All diese Aussagen beziehen sich auf den selektiven Aspekt der Arbeits- und Beziehungsgestaltung, auf dessen Basis adaptive Strategien zur Anwendung kommen können (Hutterer, 2005). Dieser selektive Aspekt wird ebenso als Basis einer natürlichen Adaption gesehen (siehe Kapitel 5).

8.2.11 Relevanz der Ausbildung

Auf das Thema der Ausbildung wird in einigen Aussagen eingegangen. So kann der Ausbildungskontext den Anlass zur Auseinandersetzung mit der eigenen therapeutischen Arbeit bilden sowie dazu seine Ortskenntnis zu erweitern und sein Handeln „sprachlich zu erhellen“ (nachdem es ja in Anlehnung an Polanyi (1985) nicht möglich ist, Implizites explizit zu machen). Die Ausbildung kann aber auch dahingehend als wesentlich betrachtet werden, als zunächst die personenzentrierten Grundhaltungen abgesichert werden sollen, bevor der persönliche Stil entwickelt wird, aber auch dahingehend, etwas Fassadenhaftes in der Therapie nicht für echt zu halten. Besonders in diesem Punkt zeigt sich das Zusammenspiel von implizitem und explizitem Wissen sowie von implizitem und explizitem Lernen. Gerade in der

Psychotherapieausbildung bedarf es dieses Zusammenspiels bzw. dieser Verschränkung, um eine umfassende Befähigung für diesen Beruf zu erwerben.

So lässt sich auch die Aussage eines Gesprächspartners in Bezug auf die eigene Persönlichkeit bzw. das eigene Gewordensein nochmals dahingehend verstehen, dass man in einer Lehrtherapie vieles implizit lernt, was man dann an seine Klientinnen weitergeben möchte, was auch wieder nur implizit geschehen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den Gesprächen viele Bereiche angesprochen wurden, die bereits im Theorieteil dieser Arbeit als unterschiedliche Aspekte bzw. Bereiche einer natürlichen Adaption erörtert wurden. Es lässt sich in den Aussagen der Teilnehmenden immer wieder ein hoher Gehalt impliziten Wissens erkennen aber ebenso die Verbindung und Verschränkung von impliziten und expliziten Wissen in der therapeutischen Arbeit. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der Gespräche die Annahme einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz weiter stützen und näher beleuchten.

9. Resümee und offene Fragen

In der vorliegenden Arbeit bildete differentielles und adaptives Vorgehen im personenzentrierten Ansatz den Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer natürlichen Adaption, die eine „Zwischen – Position“ zu den bisher beschriebenen Adaptionformen darstellt. In dem Versuch der Konzeptualisierung einer solchen natürlichen Adaption wurden im theoretischen Teil der Arbeit zahlreiche Bereiche und Aspekte des personenzentrierten Beziehungsangebotes auf ihren Gehalt an adaptiven Prozessen sowie impliziten Wissen untersucht. Der besondere Stellenwert der therapeutischen Beziehung sowie deren Beschaffenheit wurden dabei genauer betrachtet und in Bezug auf das Konzept der natürlichen Adaption näher erläutert. So konnte aufgezeigt werden, dass Einstellungsprozesse in der therapeutischen Arbeit weder rein beziehungsorientiert adaptiv, rein ziel- und ergebnisorientiert adaptiv noch rein selektiv verlaufen, sondern (in unterschiedlichem Maße) alle drei Vorgehensweisen beinhalten. Die Grundlage der natürlichen Adaption bildet dabei das von Hutterer (2005) beschriebene selektive Vorgehen, das auch im Zuge der empirischen Untersuchung von den Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern angesprochen wurde. In Verbindung mit dem Stellenwert des selektiven Vorgehens der Therapeutin und der Bedeutung ihrer Persönlichkeit bzw. ihrer Individualität für den therapeutischen Prozess und die therapeutische Arbeit konnten die von Hutterer (2005) angesprochenen Bereiche der Passung von Therapeutin und Klientin sowie die Bedeutung impliziter Anteile in der therapeutischen Beziehung(sgestaltung) näher beleuchtet und für das Konzept der natürlichen Adaption als besonders relevant erkannt werden. Die empirische Untersuchung konnte weiters die Annahme stützen, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit sowohl selektiv als auch adaptiv vorgehen sowie die Annahme von Hutterer (2005), dass sich in der Umsetzung des personenzentrierten Konzeptes unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten für ein und dieselbe Aufgaben- bzw. Problemstellung finden lassen, die nicht lediglich auf der Unterschiedlichkeit der Klientinnen beruhen, sondern ebenso auf der Unterschiedlichkeit der Therapeutinnen. Die entscheidende Rolle Persönlichkeit der Therapeutin, ihrer Erfahrung sowie ihres impliziten Wissens für ihre Einstellungsprozesse konnte dabei im Zuge der Untersuchung weiter hervorgehoben werden. Ebenso konnte aber auch die Relevanz theoretischen Wissens in seiner impliziten aber auch in seiner

expliziten Form für die Einstellungsprozesse in der Therapie näher beleuchtet werden. So lässt sich feststellen, dass jene Bereiche, die im Zuge der Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz in Kapitel 5 erörtert wurden, auch in der empirischen Untersuchung gefunden werden konnten und so die theoretischen Erörterungen weiter stützen. Durch die empirische Untersuchung konnte weiters die Relevanz von Beziehung und Passung, die Relevanz der Resonanz sowie der Ausbildung (mit ihren impliziten und expliziten Anteilen), der Wahrnehmung der Therapeutin etc. unterstrichen werden. Es konnten in den Gesprächen auch zahlreiche Aussagen gefunden werden, die die charakteristischen Merkmale der natürlichen Adaption beschreiben (z.B. „Fließerlebnisse“, wie von selbst laufende Tätigkeiten etc.). Sowohl durch die theoretischen Erörterungen als auch durch die Forschungsergebnisse wurde der Versuch unternommen die von Hutterer (2005) angeführte „unterschätzte Komplexität der (therapeutischen) Praxis“ (deren Erörterung bereits zahlreiche „Zutaten“ für das Konzept der natürlichen Adaption enthält) ausführlich und differenziert zu erörtern und dieser durch die Konzeptualisierung einer natürlichen Adaption gerecht zu werden.

Die Forschungsfrage nach dem Vorhandensein einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz lässt sich somit im Rahmen dieser Arbeit positiv beantworten.

An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass dieses Konzept einer natürlichen Adaption quasi in den „Kinderschuhen“ steckt und es einer viel breiteren theoretischen Erörterung und empirischen Untersuchung bedürfen würde, um dieses Konzept konsistenter werden zu lassen. Es handelt sich daher um eine erste Skizzierung dieser Adaptionsform, die in etlichen Punkten noch näher untersucht werden sollte. Zunächst wäre eine gründlichere Auseinandersetzung mit Resonanz und Intuition in der Psychotherapie fruchtbar, da in dieser Arbeit nur sehr verkürzte Darstellungen herangezogen werden konnten. Diese Auseinandersetzung wäre vor allem dahingehend interessant, ob sich in anderen oder differenzierteren Auffassungen noch weitere Anhaltspunkte für adaptive Prozesse finden ließen. Weiters würde eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Konzept impliziten Wissens sowie mit der Empathie in der Psychotherapie weiter zur Fundierung des Konzeptes beitragen.

9.1 Offene Fragen

Im Verlauf der Arbeit konnten auch etliche weiterführende Fragestellungen gefunden werden, die weiters interessant zu untersuchen wären:

- Kann die natürliche Adaption als Besonderheit des personenzentrierten Ansatzes verstanden werden, oder ist diese Adaptionsform auch in anderen Psychotherapierichtungen zu finden?
- Lassen sich Unterschiede bei Einstellungsprozessen sowie der Verwirklichung des personenzentrierten Beziehungsangebotes zwischen „Anfängern“ und langjährigen Praktikern finden?
- Gibt es einen geschlechtsspezifischen Aspekt bei dieser Adaptionsform bzw. bei der Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes?
- Lassen sich Ähnlichkeiten bei Einstellungsprozessen bzw. der Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes bei Personen mit gleichem (sozio)kulturellen Hintergrund finden bzw. Unterscheide zwischen Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen?

Die erste Frage stellt sich insofern, als angenommen wird, dass sich natürliche Adaption in einer Beziehung entfaltet und daher die therapeutische Beziehung der Kontext dieser Adaptionsform ist. Nachdem die therapeutische Beziehung in den verschiedenen Therapierichtungen unterschiedlich gestaltet ist, stellt sich die Frage nach dem Vorhandensein einer natürlichen Adaption.

Nachdem davon ausgegangen wird, dass ein hohes Maß an implizitem Wissen in dieser Adaptionsform zum Tragen kommt und dieses mit der Zeit erworben wird, stellt sich die Frage nach Unterschieden zwischen Anfängern und langjährig Erfahrenen, um diese Annahme näher zu untersuchen.

Nachdem in der Gesamtauswertung der Gespräche immer wieder Aussagen der beiden männlichen Teilnehmer zu bestimmten Bereichen gefunden werden konnten bzw. es zu manchen Bereichen keine Aussagen der männlichen Teilnehmer gab, scheint auch dieser Aspekt interessant zu untersuchen. Er wäre vor allem in Hinblick auf implizites Wissen zu untersuchen, da Klappacher (2006) davon ausgeht, dass sich in der Bildung impliziten Wissens (und auch in der Art, in der wir Erfahrungen sammeln) der Kontext, in dem die betreffende Person eingebettet ist (Erziehung, Sprache, Kultur etc.) niederschlägt. Es wäre daher interessant zu untersuchen, ob es auch einen „geschlechtsspezifischen Kontext“ gibt, der sich auf den Erwerb impliziten

Wissens niederschlägt oder darin wieder zu finden ist. Dabei müsste wohl die wichtige Unterscheidung zwischen sozialem und natürlichem Geschlecht getroffen werden, um diese Frage näher zu erörtern.

Auf den eben genannten Aspekt impliziten Wissens bezieht sich auch die zuletzt angeführte Fragestellung, da nach dem Konzept impliziten Wissens Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen Personen mit ähnlichen bzw. unterschiedlichen kulturellen Kontexten zu erwarten wären.

Natürlich wäre es, wie bereits in Kapitel 5 unter den Kritikpunkten genannt, für Verfechter (expliziter) differentieller Konzepte nun verführerisch zu sagen, dass es angesichts dieses hohen Ausmaßes an Individualisierung und Individualisierbarkeit nur recht und billig ist, differentielle Konzepte auszudifferenzieren. Was aber hierbei übersehen werden könnte, ist, dass diese Art der Adaption im Vorfeld eine weitgehende „Identifizierung“ mit dem (klassischen) personenzentrierten Grundkonzept (vgl. Polanyi, 1985) voraussetzt und daher keines „Mehr“ an explizitem Theoriewissen bedarf. Ihre Wirksamkeit besteht quasi in ihrer „Unausgesprochenheit“ oder „Unaussprechbarkeit“ bzw. darin, dass sie der Individualität der Therapeutin anders Rechnung trägt als explizite differentielle Konzepte.

Vielleicht ist in dieser Diskussion wiederum jene Frage zu finden, an der sich die Geister scheiden, und zwar jener, ob es so etwas wie eine „objektive (psychotherapeutische) Behandlung“ überhaupt geben kann. Über diese Frage kommt man naturgemäß sehr bald auch zu der Frage des Wissenschaftsverständnisses, was die Diskussion keineswegs vereinfacht.

So kann vielleicht abschließend gesagt werden, dass die Absicht dieser Arbeit darin besteht, einen personenzentrierten Blick auf die personenzentrierte Theorie und Praxis zu werfen, zu sehen, was ist, es aber nicht zu bewerten.

Bibliographie

- Axline, V. M. (2002 [1947]). Kinder – Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. (10. Auflage) München: Ernst Reinhardt Verlag
- Beck, H. (1991) Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch. Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Biermann – Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H. (2003). Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Csikszentmihalyi, M. (1985). Das Flow – Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: Im Tun aufgehen. Stuttgart: Klett – Cotta
- Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow. The Psychology Of Optimal Experience. New York: Harper Perennial
- Dudenredaktion (Hg.) (2001). Duden. Das Fremdwörterbuch. Leipzig, Wien, Zürich: Mannheim
- Eckert, J., Biermann – Ratjen, E.-M., Höger, D. (Hg.) (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Eckert, J., Höger, D., Linster, H.W. (Hg.), (1997). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen. Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag
- Fäh, M. Fischer, G. (Hg.) (1998). Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial – Verlag
- Fehringer, C. (1992a). Zuerst muss man zu zweit sein. Phänomenologie therapeutischer Einstellungen. In: Frenzl P., Schmid, P.F. Winkler, M. (Hg.) Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.177 – 192) Köln: Edition Humanistische Psychologie
- Fehringer, C. (1992b). Mein Kopf weiß oft nicht, was mein Mund spricht. Therapeutische Beziehung als Sprachgeschehen. In: Frenzl P., Schmid, P.F. Winkler, M. (Hg.) Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.365 – 380) Köln: Edition Humanistische Psychologie
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personenzentrierten Psychotherapie. Person 1/2005
- Finke, J. Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W. Stumm, G. (Hg.) Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.148 – S. 162) Wien, New York: Springer Verlag

- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 1/2005
- Frohburg, I. (1992). Unterschiedliche Konzepte adaptiver Interventionsstrategien in der Gesprächspsychotherapie. In: Sachse, R. Lietaer, G. Stiles, W.B. (Hg.) Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung. (S.67 – 79) Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Frohburg, I. (1989). Zur Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie In: Frohburg, I. Schönian, S. (Hg.) Adaptive Strategien in der Psychotherapie. (S.4 – 14) Berlin: Verlag der Gesellschaft für Psychologie der DDR
- Gendlin, E. T. (1984). Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. 4. Auflage, Salzburg: Otto Müller Verlag
- Geiser Juchli, C. (2003). Bereicherung oder Entfremdung? Ausweitung oder Entgrenzung? Nachdenken über Weiterentwicklungen und Stolpersteine im Personenzentrierten Ansatz. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 3/03
- Gigerenzer, G. (2008). Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Wilhelm Goldmann Verlag
- Gindl B. (2002). Anklang – Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Paderborn: Junfermann Verlag
- Goldstein, E. B. (2002). Wahrnehmungspsychologie. (2. dt. Auflage) Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag
- Grawe, K. Donati, R. Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- Heinerth, K. (1997). Borderline – Persönlichkeitsstörung. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H.W. (Hg.), (1997). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen. (S.50 – 72) Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag
- Hutterer, R. (1992). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psychoboom und Identitätskrise. In: Stipsits, R. Hutterer, R. (Hg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. (S.71 – 82) Wien: WUV Universitätsverlag
- Hutterer, R. (1993). Eclecticism: an identity crisis of person-centred therapists. In: Brazier, D. (Ed.), Beyond Carl Rogers. Toward a Psychotherapy for the 21st Century. (S.405 – 412) Constable, London
- Hutterer, R. (1996). The Core Conditions between Theory and Practice. Critical Remarks to a Successful, but Unpractical Theory. In: Hutterer, R. (Ed.) Client centered and experiential psychotherapy: a paradigm in motion. (p.405 – 411) Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften

- Hutterer, R. (2004a). Die Domestizierung der Psychotherapie. Kritische Bilanz der Legalisierung eines unmöglichen Berufes. In M. Firlei, M. Kierein & M. Kletecka-Pulker (Hg.), Jahrbuch für Psychotherapie und Recht III. (S.77 – 84)
Wien: Facultas
- Hutterer, R. (2004b). Vervielfältigte Version von: Hutterer, R. (1998). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung. Wien: Springer.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärung und Problematisierung,
In: Person 1/2005
- Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie.
Person 1/2003
- Keil, W. W. (1992) Hermeneutische Empathie. In: Stipsits, R. Hutterer, R. (Hg.),
Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. (S.83 – 91)
Wien: WUV Universitätsverlag
- Keil, W.W. Stumm, G. (2002). Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Einleitung. In: Keil, W. Stumm, G. (Hg.),
Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.65 – 72)
Wien, New York: Springer Verlag
- Klappacher C. (2006). Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen als wir zu sagen wissen: Die Rolle des Impliziten Wissens im Erkenntnisprozess.
Saarbrücken: Verlag Dr. Müller
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen.
Psychotherapeutenjournal 1/2005
- Kriz, J. (2007). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. In: Kriz, J. Slunecko, T. (Hg.)
Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. (S.15 – 33) Wien: Facultas – Verlags und Buchhandels AG
- Langer, I. (2000). Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung. Köln: GwG – Verlag
- Lietaer, G. (1992). Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits R., Hutterer R., (Hg.),
Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. (S.92 – 117) Wien: WUV Universitätsverlag
- Neville, B. (1996). Five kinds of empathy. In: Hutterer, R.(Ed.)
Client centered and experiential psychotherapy: a paradigm in motion. (p.439 – 453)
Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften
- Pfeiffer, W.M. (1995). Die Beziehung - der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. GwG – Zeitschrift 97 März 1995

- Polanyi, M. (1985). Implizites Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Prouty, G. Van Werde, D. Pörtner M., (1998). Prä –Therapie. Stuttgart: Klett – Cotta
- Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? Person 1/2001
- Prouty, G. (2002). Prä – Therapie: Eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In: Keil, W. Stumm, G. (Hg.) Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.499 – 512) Wien, New York: Springer Verlag
- Reinsch, U. (2007). Wie viel Offenheit verträgt der Personenzentrierte Ansatz, ohne sein Profil zu verlieren. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 1/07
- Reisel, B. Fehringer, C. (2002). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Keil W., Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.335 – 352) Wien, New York: Springer Verlag
- Rogers, C. R. (2004 [1977]). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Rogers, C. R. (2007 [1957]). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Gelso, C. J., (Ed.), Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 44(3) (p.240 – 248)
- Rogers, N. (1997). The Creative Connection: Expressive Arts as Healing. Palo Alto, California: Science & Behavior Books, Inc.
- Rogers, N. (2002). Personenzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In: Keil W., Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.411 – 426) Wien, New York: Springer Verlag
- Sachse, R.(1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag
- Sachse, R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag
- Sanders, P. (Ed.) (2004). The tribes of the person – centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person – centred approach. Ross-on-Wye, UK: PCCS BOOKS
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: Keil W., Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.75 – 106) Wien, New York: Springer Verlag

- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht – Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. In: Person 1/2005
- Schmid, P. F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie. In: Kriz, J. Slunecko, T. (Hg.), (2007). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. (S.34 – 48) Wien: Facultas – Verlags und Buchhndels AG
- Schmid, P. F. (2009). „HIER BIN ICH“. Zu einem dialogischen Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes. In: Person 2/2009
- Steammler, F.- M. (2009). Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen. Stuttgart: Klett – Cotta
- Stumm, G. Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In: Keil W., Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.1 – 64) Wien, New York: Springer Verlag
- Stumm, G. Pritz, A. (Hg) (2007) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien, New York: Springer Verlag
- Swildens, H. (1991 [1988]). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in die differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG Verlag
- Thorne, F. C. (1982). Eklektische Psychotherapie. In: Petzold, H. (Hg.) Methodenintegration in der Psychotherapie. (S.135 - 160) Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung
- Tscheulin, D. (Hg.) (1983). Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie. Weinheim, Basel: Beltz
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Fokusing – Therapie. In: Keil W., Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. (S.231 – 264) Wien, New York: Springer Verlag
- Zurhorst, G. (2007). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht. In: Kriz, J. Slunecko, T. (Hg.) Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. (S.79 – 94) Wien: Facultas – Verlags und Buchhndels AG

Internetquellen

Bundessozialgericht Kassel (2009). Medieninformation Nr. 49/09. Verfügbar unter:
<http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=ps&Datum=2009&nr=11216&pos=0&anz=49> (Stand: 13.01.2010)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Adaptive Interventionsstrategien nach Frohburg, 1989, S.7

Abbildung 2: Die Beziehungskonzepte in der GPT nach Finke, 2005, S.52

Abbildung 3: Teilnehmer- vs. Beobachter - Perspektive nach Finke, 2005, S.53

Abbildung 4: AMP Allgemeines Modell von Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1987); entnommen aus: Kriz, 2005, S.16

Abbildung 5: Position der natürlichen Adaption

Abbildung 6: Klappacher, 2006, S.15f.

Anhang

Gespräch mit Therapeutin A.....	S.134
Gespräch mit Therapeutin B.....	S.144
Gespräch mit Therapeutin C.....	S.156
Gespräch mit Therapeutin D.....	S.162
Gespräch mit Therapeutin E.....	S.174
Gespräch mit Therapeutin F.....	S.187
Gespräch mit Therapeut G.....	S.200
Gespräch mit Therapeut H.....	S.214

Gespräch mit Therapeutin A

Zur Person:

Therapeutin A ist seit 1993 Klinische und Gesundheitspsychologin und seit 1992 als personenzentrierte Psychotherapeutin tätig. In den Bereichen Beratung und Psychotherapie war Therapeutin A stets tätig, sowohl in freier Praxis als auch in Familienberatungsstellen. Seit 1994 leitet sie eine eigene Beratungsstelle sowie ein Team von Beraterinnen/Beratern und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin A

Gesprächseinleitung

I: So, also mein Spickzettel für das erste Mal noch: Also die Frage, der ich in diesem Interview nachgehen möchte, ist, wie Sie sich als Therapeutin auf ihre Klienten einstellen beziehungsweise von Klient zu Klient umstellen und quasi was in Ihnen dabei abläuft. Also was sich bei Ihnen so tut.

1. Kontakt aufnehmen

Sobald bei Therapeutin A jemand bei der Türe hereinkommt, ist es ihr wichtig mit demjenigen Kontakt aufzunehmen, auf den Blick zu schauen und Signale zu empfangen.

„Also, ich stell mir jetzt so vor, ich begrüße jemanden und es kommt jemand bei der Tür rein, und was sich da in mir tut. Also so achtsam war ich irgendwie noch nie damit, ich habe noch nie so genau darauf geachtet, aber das eine, was mir wichtig ist, ist so Kontakt aufzunehmen, einfach in Form von auf den Blick zu schauen, also Signale zu empfangen, wie ist jemand gekommen.“

Um jemanden zu holen und das Anfangen zu erleichtern, kann Therapeutin A bei der Begrüßung zu denjenigen ein paar Worte sagen, wenn sie das Gefühl hat, dass es ein „Raum und Zeit – Lassen“ braucht um beginnen zu können.

„Manchmal mache ich es schon auch so, dass ich Einleitungsgeschichten, Begrüßungsgeschichten, so wie wir auch gesagt haben, Ihre Hände sind so kalt, so ein Ankommen im Alltag. Das geht von mir aus, aber nicht meinetwegen, sondern um jemanden zu holen, wo ich mir denke, der braucht einfach ein paar Worte um irgendwie beginnen zu können. Dieses „Raum und Zeit – Lassen“, das ist bei manchen Leuten so, dass ich das Gefühl habe, die brauchen dieses Ankommen nicht, dann tue ich es oder tue ich es nicht. Da habe ich schon den Eindruck, da bin ich frei, wie es mir gerade kommt.“

1.1 Wahrnehmung

Zu diesem ersten Einstellen gehört für Therapeutin A auch wahrzunehmen, in welchem Zustand jemand gekommen ist.

„So in welchem Zustand ist jemand, ist der offen, ist der zu oder auch wie sitzt jemand draußen. Also so die Wahrnehmung.“

„Also diese erste Etappe ist sicher diese Wahrnehmung.“

1.2 Erstmomente

Die jeweiligen Erstmomente, die Therapeutin A mit einem Klienten hat, stimmen sie bereits auf den betreffenden Klienten ein, da sie bei ihr Unterschiedliches auslösen.

„Ich versuche jetzt im Kopf irgendwie Abläufe, so wie kommt jemand, das heißt begrüße ich bei der Tür, oder wartet jemand schon im Warteraum, das sind alles ganz unterschiedliche Erstmomente. Und meine Resonanz. Von der Praxis her, wenn ich in einer Stunde bin und es kommt jemand viel zu früh, dann stimme ich mich auch schon ein, das heißt, ich bin genau genommen irgendwo ärgerlich. Das heißt, da beginnt auch schon die Einstimmung mit diesem ersten Läuten. Von passt es mir, passt es mir nicht, ist es zu früh, also eigentlich fängt es da schon an.“

„Das tut was mit mir. So im Sinne von sagen, ich habe Interpretationen dazu, von dem was los ist, habe ich keine Ahnung. Aber es tut etwas mit mir. Und das macht mich, wenn jemand zu früh kommt, eher ärgerlich, wenn jemand pünktlich kommt, dann passt es, wenn jemand zu spät kommt, da bin ich großzügig. Da fühle ich mich nicht so gestört.“

1.3 Kontakt haben

Sobald Therapeutin A einen Klienten begrüßt und ins Zimmer gebeten hat, beschreibt sie die Situation so, dass es nun über das reine Wahrnehmen hinausgeht und nun wirklich Kontakt besteht.

„Ich bitte dann ins Zimmer oder ich begrüße bei der Tür, das ist dann wirklich der erste Kontakt, also nicht nur wahrnehmen, sondern auch wirklich Kontakt zu haben.“

2. Frei in die Stunde gehen

Therapeutin A meint, dass es ganz unterschiedlich ist, ob sie sich auf einen Klienten freut oder nicht, und gerade dann, wenn von der letzten Stunde noch etwas offen geblieben ist, ist das für sie eher unangenehm. Schöner ist es für Therapeutin A, frei in die Stunde zu gehen.

„Da ist es bei den Klienten ganz unterschiedlich, auf manche freu ich mich und auf manche freu ich mich nicht. Bei manchen, wo ich mir denke, da ist von der letzten Stunde noch was, das wäre zu klären, dann ist das meistens auch etwas, was nicht so angenehm ist.“

„Genau, wenn es irgendwas Unerledigtes gibt. Es ist schöner, frei hineinzugehen mit jemandem wo, es wirklich frei ist, was der oder die bringt.“

3. Vieles erlebt haben

Therapeutin A meint, dass sie dadurch, schon viel erlebt und gesehen zu haben, mit den Jahren ruhiger geworden ist und sich selbst gegenüber nicht mehr so kritisch ist.

„Also ich denke mir, ich bin ruhiger geworden, so dieses vieles schon erlebt und gesehen zu haben. Ganz am Anfang war schon dieses, „was kommt auf mich zu“. Noch dieses „Mehr-bei-mir-auch-noch-zu-sein“, „Was kommt auf mich zu?“, „Kann ich zuhören?“, „Kann ich folgen?“.“

„Also mir gegenüber kritischer. Dieses „Habe ich auch genau zugehört?“, oder „Was habe ich überhört?“. In diesem es noch lernen, habe ich mich selber auch immer ein bisschen mitgedacht.“

3.1 Ruhe und Sicherheit

Therapeutin A meint, dass sie ruhiger, sicherer und freier geworden ist in ihrem Tun und nun einfach da sein kann. Sie muss nicht mehr so sehr auf sich schauen und sitzt selbstverständlicher da als früher.

„Da habe ich den Eindruck, sehr viel sicherer und ruhiger geworden zu sein und von dem mich einmal mehr zurückzunehmen, den Raum zu geben, zu schauen, wahrzunehmen und mir auch mehr Zeit zu lassen, zu reagieren.“

„Von meiner Seite denke ich mir, ich bin sicher ruhiger geworden und schaue mehr, was ist dort.“

„Freier heißt, ich kümmere mich jetzt irgendwie nicht so sehr um mich, sondern ich bin da. Das war am Anfang ein Lernprozess. So dieses „ich kann da sein“ und ich muss jetzt nicht mich selbst checken oder überprüfen.“

„Selbstverständlich, ja. Ich sitze selbstverständlicher hier.“

4. Auf die ganze Person schauen

Für Therapeutin A ist es immer die ganze Person mit all ihren Facetten, auf die sie sich einstellt, und nicht bestimmte Störungsbilder oder einzelne Symptome. Allerdings nimmt sie natürlich auch einzelne Facetten wahr, so zum Beispiel wenn jemand sehr viel an Starre und Schwere ausstrahlt.

„Also das ist nicht eine Teilwahrnehmung, sondern es ist schon die Person, aber mit diesen Facetten. Es kommen ja nicht alle Facetten sofort. Das heißt, jemanden gesamt aufzunehmen, aber auch gleichzeitig mit einer Aufmerksamkeit auf diese verschiedenen Facetten, die in diesem Moment vor sich hergetragen werden und präsentiert werden. Weil Sie von Störungsbildern gesprochen haben, habe ich auch einzelne Personen vor mir, eine Frau, die ganz schwer depressiv war, die auch ganz viel ausgestrahlt hat von Unbeweglichkeit, von Starre, von Schwere von all dem. Das ist schon etwas, was zu mir rüber kommt. Die ganze Person ist mehr, aber das ist das, was in diesem Moment den Raum füllt zwischen uns, und auf das ich reagieren möchte.“

4.1 Reagieren können

Wichtig ist für Therapeutin A, wer zu ihr kommt, womit er kommt, und ob sie darauf reagieren können wird.

„Wer und womit und kann ich reagieren. Also verstehe ich und kann ich reagieren. Reagieren kann auch sein nur zu nicken, aber kann ich das.“

4.2 Abstimmung

Therapeutin A meint, dass die Abstimmung mit dem Klienten nicht immer leicht geht und sogar recht schwer sein kann, was auch das Kennenlernen am Anfang der Therapie betrifft. Diese Abstimmung und dieses Kennenlernen fordern von Therapeutin A eine ganz besondere Aufmerksamkeit.

„Es ist unterschiedlich. Manchmal geht es schwer, das ist nicht immer gleich. Also diese Abstimmung geht nicht immer leicht, nein. Auch das Kennenlernen am Anfang, so dieses „Wer ist diese Person?“, „Wie kann ich die aufnehmen?“, aufnehmen als Wahrnehmung, „Was gehört da alles dazu?“. Das ist am Anfang manchmal schon ganz schön intensiv und nicht automatisch leicht und locker.“

„Das ist so eine ganz intensive Aufmerksamkeit. Anstrengend würde ich jetzt nicht sagen, aber es ist eine ganz besondere Aufmerksamkeit. Wie soll ich das beschreiben? So ein „Was erlebe ich da alles?“.“

5. Teileinstellen und auf den eigenen Körper achten

Einen Teil ihres Einstellungsprozesses erlebt Therapeutin A so, dass sie auf ihren Körper achtet und erspürt, was vom Klienten herüber kommt.

„Ein Teileinstellen ist bei mir, dass ich auf meinen Körper achte. Wo spür ich was, oder sitz ich locker da, wie sitze ich da. Bei manchen Leuten ist es kein Thema, aber manchmal ist es sehr wohl, dass ich diese Bewusstheit bekomme. Also zum Beispiel mir bleibt die Luft weg. Mich einzustellen, das geschieht einfach. Wenn die da sitzt mit ihrer Tonnenschwere, dann kommt das irgendwie hinüber und das spüre ich natürlich.“

5.2 „Pingpong“

Therapeutin A beschreibt das, was sich in den Therapiestunden ereignet, als ein gemeinsames „Pingpong“, bei dem die Therapeutin schaut, was das Gesagte vom Klienten bei ihr auslöst, und versucht herauszufinden, ob sie das auch richtig verstanden hat. So kommt ein Hin und Her zwischen ihr und den Klienten in Gang und sie geht gemeinsam mit den Klienten kleine Schritte.

„Wenn ich etwas höre, dann entsteht bei mir ein Bild von dem, was ich höre. Über dieses „Was löst das bei mir aus?“, „Was denk ich mir dazu?“, „Welches Bild entsteht?“, dann kommt einfach das Gespräch über dieses über „Ist das so?“, „Ist das bei Ihnen so?“, „Verstehe ich das richtig?“. Aber da macht das nicht so viel Unterschied, auf welcher Ebene sich das abspielt, ob sich das auf einer Inhaltsebene oder auf einer Gefühlsebene abspielt. Es ist schon dieses Hin und Her, da kommt eine Äußerung, und das ist so das Klassische von Rogers, ich checke das, habe ich das gut verstanden und das geht dann hin und her, so dieses Pingpong. Solange bis etwas wirklich passt, beziehungsweise das ist eine Dynamik, das geht dann schon weiter das Gespräch und es dreht sich schon, und ohne dass das eine passt, kommt vielleicht etwas anders. Es sind permanent kleine Schritte, die wir da miteinander tun.“

6. Veränderungen

Eine besondere Aufmerksamkeit und zu schauen, was sie alles erlebt, ist von Therapeutin A nicht nur am Anfang einer therapeutischen Beziehung gefragt, sondern auch dann, wenn sich etwas verändert.

„Das ist schon so beim Kennenlernen am Anfang, kann aber auch zwischendurch ein Teil sein, wo sich etwas verändert. Bei der ersten Begegnung ist man einander fremd und dann gibt es Personen, die mir mehr oder weniger sympathisch sind. Manchmal sind auch welche, die mir gar nicht so liegen. Da verändert sich aber in diesem „mehr Wahrnehmen“, „anders Wahrnehmen“, „sich Einstellen“, „sich Anpassen“ etwas.“

6.1 Veränderungen durch Vertrautheit und Offenheit

Durch zunehmende Vertrautheit und Offenheit in der therapeutischen Beziehung kann Therapeutin A jemand, der ihr am Beginn nicht ganz behaglich war, auch ganz sympathisch werden, da sie nun ein Gesamtes sieht und mehr Verständnis hat.

„Sodass jemand, der mir vorher nicht so behaglich war, dann irgendwie ganz sympathisch wird. Da verändert sich zwischen uns schon mit zunehmenden Stunden oder Gesprächen mit zunehmender Offenheit einfach etwas.“

„Ja, das ist schon eine Beschreibung dessen, dass da die Beziehung vertrauter wird. Wenn jemand da das erste Mal bei der Tür hereinkommt, dann ist da noch viel Spannung, also bei der Person, die mir da gegenüber sitzt, aber auch bei mir. So dieses „Wer kommt“, „Wer will“ und das lockert sich. Und auch in diesem Verstehen, warum jemand der, als Beispiel, so ganz streng sein muss, warum der so streng ist, das wird dann so nachvollziehbar und irgendwie fast sympathisch.“

„Weil verständlich und nicht isoliert mehr. Und es kommt dann ein Ingesamtes hinein.“

6.2 Veränderungen durch neue Themen

Schwieriger wird das Einstellen wenn Veränderungen, die mit neuen Themen zusammenhängen, sich ereignen. So kann es zum Beispiel sein, dass ein Klient auf einmal von seinem Alkoholproblem erzählt, das bis dahin kein Thema war. In solchen Situationen verändert sich auch beim Einstellen etwas bei Therapeutin A, da sie zunächst irritiert ist und das auch erst einordnen und annehmen muss.

„Schwieriger vielleicht, wenn neue Dinge auftauchen. Ich denke jetzt gerade, und ich weiß nicht, ob das ein passendes Beispiel ist, an jemanden, mit dem ich zu arbeiten begonnen habe, und dann kommt irgendwann ein riesen Problem, ein riesen Alkoholproblem, das vorher nicht da war. Das heißt, da verändert sich in der Einstellung schon auch etwas. Da kommt dann mein Wissen um Alkoholkrankheiten dazu. Etwas, was vorher diese Person war, und dann kommt plötzlich eine neue Geschichte, dann denk ich mir: „Was heißt das jetzt?“, das löst bei mir so viel aus. Was mich vielleicht auch wegbringt von der direkten Beziehung, weil da hat sich ja im Prinzip nichts verändert, außer dass jemand das Vertrauen gehabt hat noch etwas zu sagen, was er sich bisher nicht getraut hat zu sagen, wenn das dann aber so massive Geschichten sind, dann bin ich auch irgendwie irritiert und brauche Zeit um das einzuordnen. Anzunehmen, sag ich einmal.“

In solchen Situationen macht sich die Therapeutin auch Gedanken darüber, ob sie etwas übersehen hat, bzw. ob vielleicht noch ein anderes Tätigwerden von ihr verlangt ist.

„Genau, „Hätte ich sollen?“, „Sollte ich?“, „Braucht das einen Arzt?“ oder „Was braucht das noch?“. Also da arbeitet dann (etwas), das ist dann weg von der Beziehung, sondern das irritiert mich.“

„Weg von der Beziehung nicht ganz die Therapeutin, die sollte ja nichts übersehen. Das ist mir dazu eingefallen, wo es manchmal schwieriger wird.“

7. Werte

Herausforderungen stellen auch solche Therapiesituationen dar, in denen es um Werte bzw. um die eigenen Werte geht. Da ist es für Therapeutin A eine große Herausforderung, die eigenen Werte beiseite zu stellen und auf die betreffende Person zu hören.

„(...) das andere, wenn dann Gewaltgeschichten plötzlich auftauchen, wo jemand sein Kind prügelt oder so. Das sind schon Herausforderungen, wo sich dann auch etwas verändert.“

„Da kommen meine Werte. Wenn es um Werte geht, und manchmal sind viele Erzählungen um viele, viele Vorurteile, um eben auf dieser Ebene von sich zu reden, und da merk ich, dass das schon ganz eine große Herausforderung ist und dann die eigenen Werte wegzutun und auf die Person zu hören.“

7.1 Als Person da sitzen

In Situationen, in denen es um Werte und Vorurteile geht, bedeutet es für Therapeutin A Hürden in sich zu überwinden, um empathisch zu bleiben und nicht die eigenen Einstellungen zu transportieren, da sie ja auch als Person in den Therapiestunden sitzt.

„Das sind dann schon Hürden, die ich in mir überwinde, um da emphatisch zu bleiben und nicht zu sagen: „Das ist nicht mein Blick auf die Welt.“, und um dann nicht als Person, natürlich sitze ich als Person da, aber um nicht Meins zu transportieren.“

Leichter ist es für Therapeutin A, wenn es Ähnlichkeiten gibt und die Wertvorstellungen nicht auseinanderklaffen, da es ihr dann auch leichter fällt, sich auf die betreffende Person einzulassen.

„Ich glaube auch, dass es leichter ist, wenn es Ähnlichkeiten gibt, leichter vielleicht, aber auch verführerischer und gefährlicher, und dass es ganz schön kompliziert werden kann, wenn die Werte sehr auseinander gehen. Dann ist sich auf die Person einzulassen schwieriger.“

Wenn es aber in der Situation für Therapeutin A so ist, dass sie mit dem, was da an Wertvorstellungen und Vorurteilen zwischen ihr und der anderen Person steht, etwas tun muss, dann kann es sein, dass sie auch in einem gewissen Ausmaß Stellung nimmt, um wieder freier in ihrer Arbeit sein zu können.

„...mit dem ich irgendwas für mich tun muss. Und es kann auch passieren, natürlich nicht oft, dass ich auch meine Wahrnehmung von Dingen auch ausspreche. Also „Nicht alle Ausländer sind Schmarotzer.“, zum Beispiel. So etwas, was ich dann für mich tue, um irgendwie wieder freier zu sein, weil ich sitze ja auch als Person und Mensch da und da auch so das Bedürfnis...“

„...aber vielleicht geht es da auch darum wahrgenommen zu werden als Gegenposition. Da geht es, glaube ich, um dieses Wahrgenommenwerden, es ist nicht alles eins, sondern da gibt es auch ein Statement: „Ich sehe das aber nicht so.“, ohne da aber auf eine inhaltliche Ebene zu gehen, sondern als Außenposition es darzustellen.“

7.2 Beispiel

Um zu veranschaulichen, wie sich eine Therapiesituation abspielen kann, in der es um Wertvorstellungen und Vorurteile geht, in der sie dann auch entsprechend reagiert, nennt Therapeutin A ein Beispiel:

„Naja, also es ist manchmal dieses Bedürfnis, meine Position zu nennen oder einzuführen, und ich gehe dann schon dorthin zu sagen: „Es scheint jetzt ganz wichtig zu sein, all diese Werte jetzt einmal so zu sagen.“. Irgendwie wird es so ein Stück weit distanzierter, ich habe konkret ein Beispiel, weil eine Frau nicht letzte Stunde, aber die Stunde davor so viele Vorurteile loswerden hat müssen, dass es für

mich schon kaum aushaltbar war und ich auch ein Stück von, meiner Meinung nach, Realität hineinbringen habe müssen so „Nicht alles ist, sondern es gibt auch noch etwas anderes.“. Es ist dann schon gelungen ihr in dem zuzuhören, was sie da alles Negatives sagen muss und die Stunde darauf war es so, dass sie gesagt hat: „Es ist mir aufgefallen, wie sehr ich mich auf das Negative fixiere.“, und damit war es erledigt. Ich meine, was ist geschehen, auf der einen Seite hab ich mir gedacht, braucht sie den Raum das loszuwerden, aber wenn ich dann es nur loswerden lasse und da nicht dieses Gegenüber oder diese Person ist, die was sagt. Also es geht nicht nur darum anzunehmen und „ja“ zu sagen, sondern es geht darum, wirklich da zu sitzen und kann die schon etwas damit machen. Also, ich weiß nicht, ob es deutlich genug wird, aber dieses Bedürfnis in diesem Moment etwas zurechtzurücken, und da denk ich mir, da habe ich etwas für mich getan, aber indem die Situation für mich unerträglich geworden ist, ist es ja für sie auch unerträglich, so in diesem nur Schleimen, was alles schlecht ist, ist ja schrecklich und sie war aber drinnen in diesem und ich habe wahrscheinlich mit dieser Äußerung über Meins diesem Schleimen ein „Stopp“ gesetzt, und da war sie dann irgendwie distanzierter, sie hat zwar noch eine Weile geschleimt, aber es hat weitergearbeitet und sie hat sich dann mehr dazu gedacht. Also ich denke mir, das kann auch ein Punkt sein, dass sich das Rad nicht permanent dreht und immer das Gleiche und noch mehr und noch mehr, sondern, dass irgendwann.... (I: Stopp gesagt wird.) Mhm.“

8. Ähnlichkeiten

Wenn es zwischen Therapeutin A und einem Klienten oder einer Klientin Ähnlichkeiten gibt, so ist es einerseits leichter sich auf die betreffende Person einzulassen aber auch verführerischer nicht genau zuzuhören, weil das Gesagte recht bekannt erscheint.

„Zu denken: „Das kenne ich eh schon.“, und nicht genau zuzuhören. Weil, ähnlich ist noch immer anders. Das ist verführerischer schlampiger zu werden. Lockerer, schlampiger, einfach „Aha, okay.“, und nicht differenziert nachzufragen, dabei zu bleiben, so wie ist es wirklich, sondern „Aha, kenn ich eh.“.“

„In vielen Stunden dann auch zu schnell „okay...“ (zu sagen).“

8.1 Verbindendes Getrenntsein

Auf das vorherige Beispiel mit der vorurteilsbeladenen Klientin Bezug nehmend, meint Therapeutin A, dass dieses Aufzeigen einer Außenposition sie ein Stück näher an die Weltsicht der Klientin gebracht hat und diese Situation sehr verbindend war. Sie meint weiter, dass es nicht nur immer der Einheit in der Therapie zwischen Therapeutin und Klientin bedarf, sondern dass auch manchmal ein Getrenntsein Veränderungen bewirken kann.

„Ja, also es war sehr verbindend. Es ist dann gar nicht mehr darum gegangen, was ist meine Position oder was ist ihre Position, sondern es ist nur um dieses „wie sieht sie die Welt“ gegangen. Also das war im Prinzip nur der Weg dorthin und von der Beziehung her war das eher förderlich, sodass sie über mich von sich etwas erfahren hat.“

„Ja, in diesem Gespräch, wenn ich mich erinnere, in diesem „Bei-ihr-Bleiben“ und quasi „Sie sehen das ganz negativ.“, und und und, da war sie nicht rauszukriegen. Das heißt, es hat dieses Gegenüber nicht immer nur die Einheit, sondern es ist auch manchmal dieses Getrenntsein, das dann Veränderung, einen Fortschritt bewirkt.“

„Kann man irgendwie wieder zusammenführen. Manchmal braucht es bei Klienten um nicht so in der eigenen Suppe zu kochen das Gegenüber, das auf der einen Seite schon empathisch ist, aber nicht nur empathisch ist.“

9. Geplanterer Handeln

Geplanter zu handeln, nicht mehr nur intuitiv zu reagieren und auf eine reflexive Ebene zu gehen, kennt Therapeutin A besonders aus Situationen, in denen ihr etwas zu nahe kommt und sie aus dem Fluss, aus dem „Ganz-beim-anderen-Sein“ aussteigt. Das kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn es darum geht, ob ein Klient in die Psychiatrie eingewiesen werden muss, oder aber in Situationen, in denen Therapeutin A Angst um sich selbst hat, was sie aus ihrer Arbeit in einer Beratungsstelle kennt.

„Einfach geplanter, weil das eine ist so intuitiv zu reagieren und wiederzugeben und dann auf eine reflexive Ebene zu gehen und bewusst Dinge zu sagen oder nicht zu sagen, das kenne ich schon, ja.“

„Also in der Regel glaube ich, ich hoffe, dass ich nichts vergesse, dass das solche Situationen sind, wo es mir zu nahe kommt. Wo ich dann irgendwie aus diesem Fluss aussteige, aus diesem wirklich „Ganz-beim-anderen-zu-sein“ und dann sehr bewusst etwas steuere. Es geht dann schon darum etwas zu steuern. Weil ich gesagt habe „zu nahe“, wenn es zum Beispiel um Verantwortung, „Was geschieht mit jemandem?“, geht, wenn ich den Eindruck habe, so kann ich die Person nicht gehen lassen, die muss zu einer Psychiatrie oder irgendwas, da muss etwas geschehen, dann steige ich aus und versuche auch ganz bewusst es so zu sagen, dass die das nehmen kann, das ist jetzt nicht genug, da braucht es ein Handeln. Und das aus diesem „Ich bin Therapeutin, ich habe Verantwortung.“. Diese Person soll dort ankommen, wo ihr in der Situation geholfen wird, und das ist in suizidgefährdeten Situationen. Das ist etwas, wo Prozesse in mir ablaufen, so „Wie sichere ich jetzt diese Situation ab?“. Wo etwas zu tun ist, wo wirklich etwas zu tun ist. Also das eine ist in der Situation, da muss aktuell und sofort etwas passieren oder auch Ärzte aufzusuchen oder diese Dinge, die auch dazugehören, das ist auch etwas, was ich aus einer Verantwortung heraus tue und nicht aus einer Empathie heraus. Und Situationen, was natürlich auch ganz, ganz selten ist, wo ich Angst um mich habe. Da steige ich auch raus.“ „Das ist jetzt nicht aus der klassischen Therapie, aber aus der Beratungsstelle, wo es um mich geht, um auch nicht angegriffen zu werden. So in einer klassischen therapeutischen Situation passiert das nicht so oft, aber in manchen Settings schon. Täterarbeit oder mit Aggression oder wo jemand in irgendeinem Zustand daherkommt.“

„Ja, wo auch ich merke vom Einstellen, da entsteht so was wie eine Mauer. Wie gesagt, das ist nicht die klassische Therapiesituation. Aber das ist nicht so das Personenzentrierte jetzt.“

Kernaussagen

Kontakt aufnehmen

Sobald Klienten bei der Türe hereinkommen, ist es wichtig mit demjenigen Kontakt aufzunehmen, auf den Blick zu achten und Signale zu empfangen.

Wahrnehmung

Zum ersten Einstellen auf Klienten kann gehören wahrzunehmen, in welchem Zustand jemand gekommen ist.

Erstmomente

Die jeweiligen Erstmomente, die die Therapeutin mit Klienten hat, können sie bereits auf den betreffenden Klienten einstimmen, da diese Momente Unterschiedliches auslösen können.

Kontakt haben

Die Klienten ins Zimmer zu bitten oder an der Türe zu begrüßen, kann bedeuten wirklich Kontakt zu haben, der über das reine Wahrnehmen hinausgeht.

Frei in die Stunde gehen

Wenn die letzte Stunde etwas offen gelassen hat, kann das für die Therapeutin eher unangenehm sein, schöner ist es dagegen, frei in die Stunde zu gehen.

Vieles erlebt haben

Viel erlebt und gesehen zu haben kann dazu führen, dass man als Therapeutin ruhiger und sich selbst gegenüber weniger kritisch wird.

Auf die ganze Person schauen

Therapeutin A stellt sich auf die ganze Person mit all ihren Facetten ein und nicht auf bestimmte Störungsbilder oder einzelne Symptome.

Abstimmung

Die Abstimmung und das anfängliche Kennenlernen mit Klienten können auch recht schwer sein und eine ganz besondere Aufmerksamkeit fordern.

Teileinstellen und auf den eigenen Körper achten

Ein Teil des Einstellungsprozesses kann es sein, auf den eigenen Körper zu achten und zu erspüren, was vom Klienten herüber kommt.

„Pingpong“

Therapeutin A beschreibt das, was sich in den Therapiestunden ereignet, als ein gemeinsames „Pingpong“, bei dem sie schaut, was das Gesagte des Klienten bei ihr auslöst, und versucht herauszufinden, ob sie das auch richtig verstanden hat. So kommt ein Hin und Her zwischen ihr und dem Klienten in Gang.

Veränderungen

Besondere Aufmerksamkeit kann auch dann gefordert sein, wenn sich etwas verändert. Veränderungen können durch zunehmende Vertrautheit und Offenheit in der therapeutischen Beziehung aber auch durch neue Themen entstehen.

Veränderungen durch zunehmende Vertrautheit und Offenheit

Durch zunehmende Vertrautheit und Offenheit in der therapeutischen Beziehung kann es sein, dass man mehr Verständnis erlangt.

Veränderungen durch neue Themen

Wenn neue Themen, wie zum Beispiel ein Alkoholproblem auftauchen, verändert sich für Therapeutin A auch beim Einstellen etwas, da sie zunächst irritiert ist, es einordnen und annehmen muss.

Werte

Therapiesituationen, in denen es um Werte, geht können eine Herausforderung darstellen, da es darum gehen kann, die eigenen Werte beiseite zu stellen und auf die andere Person zu hören.

Als Person da sitzen

Zwar kann es bedeuten, Hürden in sich zu überwinden, um nicht eigene Einstellungen in Therapiesituationen zu transportieren, jedoch kann es dazu beitragen, wieder freier in seiner Arbeit zu sein, wenn man als Therapeutin in gewissem Ausmaß Stellung nimmt, da man auch als Person in den Stunden sitzt.

Ähnlichkeiten

Wenn es zwischen der Therapeutin und Klienten Ähnlichkeiten gibt, kann es sein, dass es ihr leichter fällt, sich auf die Klienten einzulassen, es aber gleichzeitig verführerischer macht, nicht genau zuzuhören, da das Gesagte bekannt erscheint.

Verbindendes Getrenntsein

Manchmal kann es das Getrenntsein von Therapeutin und Klienten in einer Situation sein, das Veränderungen bewirken kann und auch verbindend wirken kann

Geplantertes Handeln

Therapeutin A kann dann geplanter handeln und auf eine reflexive Ebene gehen, statt weiterhin intuitiv zu reagieren, wenn sie nicht mehr ganz beim anderen sein kann, so zum Beispiel, wenn es darum geht, dass ein Klient in die Psychiatrie eingewiesen werden muss.

Gespräch mit Therapeutin B

Zur Person:

Therapeutin B ist Pädagogin und Sonder- Heilpädagogin und seit etlichen Jahren als personenzentrierte Psychotherapeutin tätig. Sie arbeitet mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und ist weiters als Lehrbeauftragte bei verschiedenen Aus- und Weiterbildungen tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin B

Gesprächseinleitung

I: Gut, die Frage der ich im Interview nachgehen möchte ist, wie Sie sich als Therapeutin in der Therapie auf Ihre Klienten einstellen, beziehungsweise sich von Klient zu Klient umstellen und was da bei Ihnen abläuft an Prozessen.

1. Das erste Einstellen auf den Klienten

Für Therapeutin B beginnt das erste Einstellen mit dem ersten Telefonat, das sie mit einem Klienten führt. Hierbei laufen bereits viele Dinge im Hintergrund ab und es entscheidet sich, ob das Verhältnis rasch ganz persönlich oder eher distanziert wird.

„Also, sobald ich einen Anruf kriege und zurückrufe und einen Termin vereinbare, läuft schon ganz viel im Hintergrund ab, so wer ist das, wie präsentieren sich die, was ist da für eine Geschichte dahinter, und je nachdem, das ist dann so ein automatisches Entscheiden, wird es irgendwie mehr oder weniger distanziert, merk ich. Also es gibt Leute, wo es dann gleich so ganz persönlich wird und dann gibt es andere, die brauchen so eine ganz eine professionelle Distanz, auch schon beim Telefonat.“

Ein erstes Einstellen findet aber auch am Beginn jeder Therapiestunde statt und bedarf einer kurzen Reflexion. Auch Einstiegsphrasen können hierbei hilfreich sein.

„Das bedarf am Anfang immer so einer kurzen Reflexion, wenn ich jetzt dem Klienten oder der Klientin gegenüber sitze, zu sagen „okay, geht's, bin ich jetzt offen genug, oder ist noch irgendetwas da, was brauche ich jetzt“.“

„So als Einstieg. Auch mit Einstiegsphrasen sich selber zu zeigen, so jetzt bin ich da und alles andere ist weg, hat jetzt keinen Platz.“

1.1 Erstes Einstellen und Krankheitsbilder

Therapeutin B meint, dass es teilweise von Krankheitsbildern abhängt, ob die Klienten eher eine professionelle Distanz brauchen oder ob man mit ihnen sehr schnell auf eine Beziehungsebene kommt. Je nachdem ist ein anderes Agieren bzw. Reagieren möglich.

„Und da merke ich auch, zum Teil ist es abhängig von Krankheitsbildern, wo ich merke bei manchen brauchen die viel mehr an professioneller Distanz einfach auch und manchen gelingt es aber sehr schnell in die Beziehung hineinzukommen, wo man dann auch gleich ganz anders agieren und reagieren kann und wirklich zu Anfang ein Beziehungsprozess stattfindet, der zum Teil schon ganz, ganz viele kleine

Dinge bewirken kann, auch dieses erste Kennenlernen ganz anders abläuft, als wenn man halt so, ich komme und da sitzt die Therapeutin vor mir und ich will jetzt von der einmal ganz straight nur die Fragen über, wie läuft das Setting ab und wie ist es mit den Kosten und blablabla.“

2. Schauen was kommt und darauf reagieren

In einem Therapiegespräch bzw. einem Erstgespräch ist es für Therapeutin B so, dass sie, sobald die Klienten zu reden beginnen, ganz automatisch darauf reagiert. Sie schaut dabei immer darauf, was von den Klienten kommt, und beschreibt ihr Reagieren als ein Reagieren auf das Hier und Jetzt.

„(...)oder wie sie beginnen zu reden und auf das reagiert man dann ganz automatisch, habe ich das Gefühl.“

„Wie von selbst. Einfach zu schauen, was kommt und auf das, was kommt, einfach dann einzusteigen.“

„Also, was kommt, und einfach dann ein Reagieren auf das Hier und Jetzt, was braucht der jetzt, auch auf Gefühle, die da mitschwingen zum Beispiel schon ein bisschen.“

Auch in Erstgesprächen stellt sie lediglich eine Eingangsfrage.

„Also, ich gehe nicht mit einem Leitfaden hinein, sondern schaue einmal, stelle nur eine Eingangsfrage, eine offene, und schaue, was kommt, und auf das reagiere ich dann.“

2.1 Offenheit

Für Therapeutin B ist es besonders wichtig in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sehen, was kommt, und das aufzugreifen.

„(...) also, ich denke, es kommt darauf an, wirklich in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sagen, okay spannend, das war letztes Mal, was ist jetzt und keine Erwartungen in irgendeiner Weise zu haben, nicht so, hat sie das jetzt endlich verwirklicht, was wir seit einem Jahr besprechen. Einfach diese Offenheit zu sehen, was kommt, und das aufzugreifen.“

2.2 Offenheit erlangen

Therapeutin B hat gemerkt, dass es für sie wichtig ist die vorangegangene Therapiestunde für sich gut abzuschließen um wieder offen für den nächsten Klienten bzw. für die nächste Therapiestunde zu sein. Hierbei hilft ihr auch eine Art Einstimmungsritual.

„Also, ich merke immer mehr, dass es wichtig ist, einfach das abzuschließen und dann offen zu sein, und dass ich so ein Ritual brauche, ein Einstimmungsritual oder so um mich selber so ein bisschen zu zentrieren.“

„Also, ich glaube, man merkt für sich dann selber, was brauche ich um frei in diese Beziehung jetzt in dieser Stunde hineingehen zu können. Und das ist für mich so dieses Art Ritual einmal, zu sitzen und zu sammeln und zu schauen, es muss nicht ewig sein, ganz was Kurzes, aber so: „Jetzt ist der da und der ist jetzt wichtig.““

3. Ein Prozess kommt in Gang

Wenn nun diese Offenheit da ist und Therapeutin B auf das reagiert, was kommt, so kommt ein Prozess in Gang.

„Das läuft dann gar nicht schrittweise, sondern es kommt dann gleich so ein Prozess in Gang.“

3.1 Den anderen beziehungsweise greifen bzw. nicht greifen können

Auf dass es aber zu einer Therapie kommen kann, muss Therapeutin B den betreffenden Klienten beziehungsweise greifen können und mit ihm auf eine Beziehungsebene kommen. Diese Beziehungsebene kann einerseits so gestaltet sein, dass man gleich auf die Gefühlsebene kommt, andererseits kann sie sich auf einer professionellen Ebene abspielen. Ein wichtiger Gradmesser dafür, ob sie mit jemandem auf eine Beziehungsebene kommt, ist für Therapeutin B, ob sie beginnt Ratschläge zu geben.

„Und ich merke bei denen, die ich nicht greifen kann, beziehungsweise, gefühlsmäßig, da wird es dann auch nichts mit einer Therapie. Also für die bin ich völlig ungeeignet, sondern da komme ich dann ins Ratschlägegeben hinein. Und ich weiß genau, sobald ich das mache, kommen die nicht mehr. Da passt das von der Beziehung überhaupt nicht, und von dieser Ebene...da kommt man nicht auf dieselbe Ebene und das ist auch einfach spürbar dann.“

„(...) was dasselbe dann heißt, wie es passt nicht, also da ist kein Therapieprozess sinnvoll, kristallisiert sich dann eh ganz schnell heraus.“

„Wobei die Beziehungsebene schon beides sein kann, so wirklich auf die Gefühlsebene gleich zu gehen und zu schauen, oder es kann schon auch die professionelle Ebene sein, bei Leuten, die psychosomatische Sachen haben, da merk ich das oft, dass die das auch sehr straight und klar strukturiert brauchen, aber ich darf nicht ins Ratschlägegeben hineinkommen, also es muss die Beziehungsebene da sein, wenn die nicht da ist, komme ich hinein ins Ratschlägegeben und dann passt es nicht, dann ist es vorbei. Das kann man schon ein bisschen ablesen.“

4. Unsicher oder blockiert sein

Kommt Therapeutin B nun aber in dieses Ratschlägegeben hinein, so sieht sie das als Ausdruck ihrer Unsicherheit und empfindet das Ratschlägegeben und das Theoretisieren als Hilfsanker. Zunächst läuft das unbewusst, doch Therapeutin B wird dann schnell bewusst, dass es daher von der Beziehung her nicht passt.

„Na, ich glaube eher das ist ein Ausdruck von Unsicherheit. So irgendwie, man schwimmt, man spürt den nicht, man weiß nicht, was ist das jetzt, was tue ich mit dem und das ist dann so ein Hilfsanker, so theoretisieren und Ratschläge geben und, und, und.“

„Das ist dann auch unbewusst, aber es wird schnell bewusst. Ich werde mir dessen dann schnell bewusst, was da abläuft, und merke, es passt einfach von der Beziehung nicht. Da ist nichts Tragfähiges, wir kommen nicht auf einen Nenner.“

„Genau, einfach aufs Theoretisieren und so, Psychologisieren und so und das ist ganz schlimm. Ja, weil es nicht weiterführt, weil es einfach in dem Prozess nichts bewirkt.“

4.1 Blockaden

Therapeutin B meint, dass es sein kann, dass sie gedanklich an einem Thema hängen bleibt und sich zum Beispiel fragt, wie eine Sache nun ausgegangen ist, was sich aber blockierend auf den Prozess und auf ihr selbstverständliches Tun auswirkt. Wenn sie sehr an einer Sache hängt, dann fragt sie entweder nach, oder sie schafft es aber die Sache wieder beiseitezustellen.

„Das sind so Dinge, manchmal interessiert es mich ja wirklich, wenn irgendein Thema angeschnitten wurde, dann ist es ja spannend, wie ist das jetzt ausgegangen. Wenn ich jetzt aber an dem hänge, blockiere ich irrsinnig den Prozess, der jetzt gerade in dem Moment stattfinden kann.“

„Weil ich dann gedanklich wo anders bin. Also, wenn ich wirklich zu sehr daran hänge, dann frage ich nach, weil ich sonst nicht loskomme, oder meist schaffe ich es zu sagen, okay das war voriges Mal und jetzt sind wir wo anders und jetzt ist etwas anders wichtiger und lasse das andere irgendwie beiseite.“

Weiters meint Therapeutin B, dass in der Therapiesituation zwar einige Sachen im Hintergrund bei ihr ablaufen, dass diese aber nicht blockierend sein dürfen, auf dass der Prozess laufen kann.

„Es ist schon immer so zweigleisig, also man sieht sich selber irgendwie wie von oben zum Teil schon und beobachtet sich, es laufen hinten schon ein paar Sachen ab, aber das darf nicht so sein, dass es blockiert.“

„Genau und (der Prozess) nicht blockiert ist durch irgendwelche theoretischen Sachen.“

4.2 Themen die blockieren

Es gibt Themen, bei denen der Prozess bzw. der Fluss in der Therapie beeinträchtigt wird. Therapeutin B meint, dass Themen, die in den persönlichen Bereich hineingehen, unfrei machen, so zum Beispiel, wenn man den denjenigen, von dem der Klient gerade erzählt, selbst kennt.

„Naja, es gibt Dinge, also mir ist das einmal passiert, dass eine Klientin was erzählt hat, die ich nicht kenne, von einem Bekannten von vor zwanzig Jahren, dass sich der umgebracht hat, zum Beispiel, und das wusste ich nicht, und solche Sachen sind dann total blockierend, weil dann hängt man plötzlich an dem „und um Gottes Willen warum und was ist da passiert“. Also solche Dinge, wo es irgendwie so in den persönlichen Bereich hineingeht, machen dann irgendwie unfrei.“

„Genau, wo man dann vielleicht den über die gerade redet auch irgendwie kennt, irgendwie persönlich oder so. Und das wird dann schwierig, da wirklich so... im Fluss zu bleiben, da muss man dann sehr strikt selber sagen „aus“ und eine Grenze vorschieben.“

Weiters sind auch solche Themen blockierend, die den eigenen Wert- und Moralvorstellungen zuwiderlaufen.

„Also wenn mir wer erzählt, er hat gerade seine Kinder misshandelt oder so, müsste ich mir wirklich überlegen, ist das jetzt etwas, wo ich bei dem sein kann in der Therapie, oder stört mich das so, dass ich da keine Therapie mehr führen kann, weil mir dieses Verhalten zu sehr einfach gegen den Strich geht und ich das von meinen

eigenen Moral- und Wertvorstellungen so nicht akzeptieren kann, dass dem das auch nichts bringt eine Therapie zu machen.“

4.3 Erschwerende Rahmenbedingungen

Therapeutin B meint, dass es weiters für den Prozess bzw. für das Einstellen erschwerend sein kann, wenn sie an einem Tag eine Stunde nach der anderen hat und kaum Zeit zum Umstellen bleibt.

„Schwierig ist es noch manchmal, wenn Tage sind, wo eine Stunde nach der andern ist, wo man dann noch wen einschieben muss, weil dem geht es gerade jetzt so schlecht, und dann hat man keine Pause dazwischen. Da muss man sich ganz schnell, innerhalb von fünf Minuten, das eine abschließen und sofort aufs Nächste einstellen und das ist zum Teil schwierig. Weil dann der Kopf noch voll ist, wenn da gerade ein ganz wesentliches Thema war und man mitgegangen ist und dann schnell ins Nächste hineinzukippen und dann vielleicht gleich eine Kindertherapie zu machen und es geht um ganz etwas anderes, das ist ein bisschen schwierig.“

5. Störende Gefühle und Eigenreflexion

Es kann nun dazu kommen, dass zum Beispiel aufgrund eines bestimmten Themas störende Gefühle in die therapeutische Beziehung hineinkommen und man als Therapeutin einen Schritt aus der Beziehung heraus macht. Man muss in einem solchen Fall schauen, ob man das in der Eigenreflexion für sich auflösen kann, ist dem nicht so, so kann die Beziehung nicht mehr tragfähig werden, und es macht keinen Sinn sie weiterzuführen. Therapeutin B meint aber, dass sich solche Gefühle meist in der Eigenreflexion auflösen lassen, es aber wichtig ist zu schauen, ob es von der Beziehung her noch passt.

„Wo man dann einfach schauen muss, selber, in der Eigenreflexion, was ist das jetzt, kann ich es auflösen und passt es trotzdem, oder ist das so extrem. Ich habe von einer Kollegin einmal gehört, die hat mit wem gearbeitet, der ein Neonazi war und irgendwann einmal hat sie gesagt: „Aus, ich kann nicht mehr, ich kann da nicht mehr mitgehen, weil auch, wenn ich den Menschen akzeptiere und so sehe, wie er ist, aber ich schaffe das nicht, wenn der mir dauernd seine Parolen erzählt.““

„Naja, es kommen irgendwie so störende Dinge dann hinein, so störende Gefühle, wo man sich denkt: „Na bitte um Gottes Willen.“, und selber so einen Schritt weg von der Beziehung geht, weil man das überhaupt nicht vereinbaren kann. Also man stellt sich selbst so einen Schritt hinaus aus diesem Beziehungsgeflecht, weil man es überhaupt nicht mehr vereinbaren kann mit seinen moralischen Dingen und deswegen wird es dann auch nichts Tragfähiges und man kann es auch nicht mehr weiterführen.“

„Wenn man es für sich selber nicht auflösen kann, ist es eigentlich fair zu sagen, tut mir leid, geht irgendwie von mir aus jetzt nicht, weil ja sonst der Klient nicht mehr das kriegt, was er eigentlich kriegen sollte. Weil man einfach nicht mehr so da sein kann.“

„Aber meistens sind es Sachen, wo man das eh durch Reflexion irgendwie selber in den Griff kriegt, meistens ist es ja nicht so was Großes.“

5.1 Nebenbei reflektieren

Therapeutin B meint weiter, dass es gerade bei Suizidgefährdungen ganz wichtig ist neben der Beziehung zu reflektieren, ob das noch geht, ob man da noch mitgehen kann, und wann es gefährlich wird und man über eine Einlieferung ins Spital reden muss.

„Bei Suizidgefährdungen, da ist auch noch so die Frage.... wie weit kann ich mitgehen, wie weit kann ich das verantworten auch und wann mach ich einfach... oder muss mit dem über eine Einlieferung ins Spital reden, was gleichzeitig ein Beziehungsabbruch ist.“

„(...)aber bei Therapien mit depressiven Menschen ist das öfter. Ich merke, im Grunde habe ich da einen ganz einen guten Zugang, meistens, aber es ist dann oft bei einem Punkt so, dass man immer wieder nebenbei reflektiert, geht das noch und kann ich es noch. Wo neben der Beziehung auch das parallel rennt, okay, wie sehr kann ich mich da jetzt noch einlassen und wann wird es fahrlässig und gefährlich.“

5.2 Sich selbst wieder einkriegen

Wenn in Therapiestunden sehr emotionale Dinge Thema waren, dann kann es sein, dass es seitens der Therapeutin viel an Professionalität braucht um sich selbst wieder einzukriegen, das abzuschließen und in die nächste Stunde zu gehen. Sie meint, dass man ja auch bei schönen Themen hängen kann und es auch hier wichtig ist „aus“ zu sagen um wieder mehr Offenheit für den nächsten Klienten zu bekommen.

„Wenn sehr emotionale Sachen Themen waren, dann kann es schon sein, dass es sehr viel an Professionalität braucht, sich selbst da einzukriegen und zu sagen „okay, aus“, das hat dann Zeit für ganz am Schluss sich das noch mal anzuschauen. Aber das stimmt schon, da braucht man ganz viele Mechanismen um zu sagen, okay das ist jetzt abgeschlossen, auch wenn noch etwas da ist, aber das kommt erst wieder dann irgendwann, weil jetzt ist das andere im Vordergrund.“

„Das sind einerseits Selbstregelungsdinge, dass man sich sagt „okay, aus, Schluss, jetzt geht es nicht, aber nachher dafür“, oder wenn es ganz emotional ist oder war, dann lasse ich den auch oft zwei Minuten länger warten und schreibe das einmal schnell auf, was da jetzt in der Stunde war, oder ich tue Zeit schinden und mach mir einen Kaffee zwischendurch.“

„Um selber etwas anderes zu tun und zu schauen, das ist irgendwie so ein Zwischenraum um wieder ein bisschen mehr Offenheit zu kriegen.“

„Es gibt auch Dinge, die schön sind, also ich habe mich irrsinnig gefreut, wie ein Klient von mir so selbstständig war, dass er es geschafft hat alleine herzufahren zum ersten Mal und ich war so stolz auf ihn, oder ich weiß nicht, dass er gesagt hat: „Ich habe das beste Schulzeugnis jetzt seit Beginn meiner Schullaufbahn, weil ich bin jetzt so stark geworden.“ Und das sind Sachen, die total schön sind, wo man dann aber auch hängt und wo man dann auch bei dem irgendwie ist, es muss ja nicht immer nur etwas Grausliches sein. Aber auch das ist dann so, dass man sagt „aus“.“

6. Therapien die gut laufen

Bei Therapien, die gut laufen, kommt man laut Therapeutin B gut in den Beziehungsfluss hinein und es entwickelt sich etwas weiter bzw. die Klienten kommen für sich schrittweise zur Klarheit. In Beziehungen, die gut laufen, ist einerseits die Akzeptanz wichtig und alles was vom Klienten kommt aufzugreifen, andererseits ist es kennzeichnend, dass keine theoretischen Dinge im Weg stehen, und dass es zwischen Therapeutin B und den Klienten passt.

„Ich denke Beispiele, wo es gut läuft, das sind die Therapien, die einfach laufen, wo man das Gefühl hat, man kommt einfach in diesen Fluss hinein und es entwickelt sich weiter oder die Klienten selber kommen für sich einen Schritt mehr zur Klarheit. Ich weiß nicht, ich habe eine Klientin, ich glaube seit zweieinhalb Jahren, die ganz

starke Panikattacken hatte, und wo es jetzt immer wieder so wie in einer Spirale drehend weg von den Symptomen kommt und dann irgendwann erkennt, aha es könnte jetzt wieder kommen, aber was war der Auslöser und das selber irgendwie reflektieren kann und selber schon jetzt etwas verändert an den Auslösern. Ich denke, ja da war es genau das, was sie gebraucht hat, also diese Beziehung, diese Akzeptanz, dieses Schauen, okay, was kommt jetzt von ihr, und alles aufzugreifen und da war es auch nie so, dass diese theoretischen Geschichten im Weg waren, sondern da hat es einfach gepasst, da war auch dieses „okay, wir mögen uns“, wir mögen einander und es geht gut und man kann auf dieser Beziehung aufbauen. Und das sind dann die Therapien, wo ich denke, ja da läuft es sehr gut und da ist das möglich das so zu verwirklichen.“

6.1 Mögliche Einschnitte

Beziehungen die gut laufen, laufen einfach, jedoch kann es sein, dass es aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern oder von außen verursacht zu Einschnitten in die Beziehung kommt.

„Also, wenn es wirklich eine gute Beziehung ist, mit den Klienten, die ich jetzt habe, also ich denke mal, es gibt schon einfach, das ist, denke ich, auch zum Teil wirklich von Krankheitsbildern abhängig, wo es mir jetzt einfällt, ist nur mit Mädchen, die sich schneiden oder geschnitten haben, oder wo ich das Gefühl habe es läuft gut und dann geht es abrupt wieder wo anders hin. Aber das hat mit den Krankheitsbildern ein bisschen zu tun. Oder wenn die Leute dann wirklich in die Psychiatrie kommen und es ist einmal Pause und dann muss man schauen, was ist nachher, wie fangen wir uns wieder auf. Aber wenn sie wirklich laufen, wenn die Beziehung gut ist, fällt mir jetzt so nichts ein. Bei Kindern ist es oft so, dass dann zum Teil von den Eltern das abgebrochen wird, weil die meinen, das Symptom ist weg, und es ist erledigt, auch wenn irgendwie noch viel da gewesen wäre. Also da ist es eher noch. Bei den Erwachsenen, bei einem da hat die Kassa nur weniger Stunden bewilligt und somit war dann die Therapie mehr oder weniger zu Ende, er konnte es sich dann nicht anders leisten und das war dann so ein Bruch, aber das war von außen. Und sonst eher wirklich abhängig von den Krankheitsbildern.“

7. Umfassendes erstes Wahrnehmen

Am Beginn jeder Therapiestunde ist es für Therapeutin B so, dass sie erst einmal schaut, wie der Klient heute auf sie wirkt, was er ausstrahlt. Sie schaut zu Beginn, was sie beim anderen bemerkt und erspürt. Bei Leuten, die sie schon lange kennt, erkennt sie auch feine Nuancen in der Stimmung.

„Also es ist so eine Art Sammlung einmal, auch einmal zu schauen, wie wirkt der heute, ist da irgendwas anders, oder was kommt da jetzt einmal rüber, allein von der Ausstrahlung.“

„Naja, das sind so Nuancen, ich meine, eine Klientin ist gekommen total verändert letztes Mal, die Haare total kurz geschnitten und plötzlich geschminkt und plötzlich ganz anders. Dann ist es eh ganz offensichtlich, aber sonst auf Stimmungen zu schauen, ob man die spüren kann, so wie sitzt der da, sitzt der anders da als sonst, wie ist der Gesichtsausdruck. Oder manche sind ja ganz nervös und tun die ganze Zeit mit dem Fuß (wippen). Eine hat dann nach einem Jahr plötzlich aufgehört mit dem Fuß so zu (wippen). Also solche Dinge, oder was tut er mit den Händen oder so was.“

„So umfassend, schaut er offen, oder ist er irgendwie in sich vergraben oder schon den Tränen nahe.“

„Und was erfühle ich einmal, was erspüre ich, oder wie wirkt er heute. Und man kennt ja die Leute mit der Zeit eh schon sehr gut, das heißt man sieht ja dann auch feine Nuancen oft schon.“

8. Erfahrung und Routine

Therapeutin B meint, dass sie durch Erfahrung und Routine selber schneller zurückholen kann und es ihr leichter möglich ist Sachen abzuschließen. Sie bemerkt auch Störfaktoren rascher und kann auch rascher reflektieren, wie sie mit diesen umgehen möchte. Sie meint auch, dass sich auch bei dem „In – Beziehung – sein“ ein Stück Routine eingestellt hat.

„Na schon, ich hole mich selber mehr zurück. (...) Und das war früher sicher nicht so. Also da konnte ich das noch nicht so trennen und abgrenzen, das ist einfach etwas, was mit der Routine kommt, auch dann zu sagen „jetzt nicht“.“

„Ja schon, weil ich mich schneller zurückholen kann. Also weil ich Störfaktoren schneller bemerke bei mir selber und auch schneller im Hinterkopf ein bisschen reflektieren kann, was ist es jetzt, dass ich nicht so da sein kann, und das dann entweder schneller abschalte oder anspreche, wenn es wirklich irgendwas ist, das jetzt da war oder da ist. Aber das kommt mit der Routine mehr, habe ich das Gefühl, dass man auf das irgendwie schneller reagiert.“

„Ein schnelleres Reagieren und vorher hat es irgendwie länger gedauert, bis ich da drauf gekommen bin, was ist es jetzt, das so störend ist und auch so schnell nicht abschalten konnte. Also ich glaube, insofern kriegt man schon Routine einfach auch.“

„So beim „In – der – Beziehung – sein“ ein Stück Routine. Also beim „Sich – selber – Sammeln“, dass man einfach da bleiben kann. Oder auch beim Erkennen, was ist es jetzt, habe ich nur schlecht geschlafen und deswegen geht es nicht gut, oder ist irgendwas anderes.“

9. Die eigene Persönlichkeit

Bei dem Einstellungsprozess spielt es für Therapeutin B, die prinzipiell kein solches Kasteldenken mag, immer wieder eine Rolle, ob sie auch mit dem Krankheitsbild des Klienten kann. Sie meint, dass sie mit manchen Krankheitsbildern besser arbeiten kann als mit anderen und meint, dass es da wohl auch auf die Art des Therapeuten ankommt.

„Naja, es ist einerseits so ein Kasteldenken, das ich überhaupt nicht mag, aber andererseits es ist immer wieder so, dass es so ist, dass ich mit manchen Krankheitsbildern, wie, ich weiß nicht, einer Depression, wenn mich da wer anruft und sagt, ja ich bin so traurig, ist es zu neunundneunzig Prozent, dass ich da gut hineinkomme in die Beziehung, das passt irgendwie gut. Wenn wer kommt mit einer psychotischen Störung, weiß ich, oder Borderline, kann ich nicht, das entspricht mir nicht. Und bei psychosomatischen Sachen tue ich mir schwer, da weiß ich, es geht, aber ich muss mich ganz, ganz, ganz anstrengen, weil die irrsinnig kognitiv zum Teil sind und irrsinnig schwer wirklich auf die Gefühlsebene kommen, und das weiß ich, da muss ich mich plagen. Und das mag ich einerseits gar nicht dieses „die Leute so einzukasteln“ in Krankheitsbildern, aber irgendwas ist es dann doch, wo ich merke, ja da kann ich irgendwie mehr, das entspricht mir mehr. (...) Oder ich kann auch mit adipösen Klienten besser als mit magersüchtigen.“

„Das ist so ein Erfahrungsprozess, da geht es mit der Kontaktaufnahme besser und einfacher.“

„Sicher, ich denke schon, dass einfach auch sehr mit, ich sage jetzt nicht Grundstimmung, aber mit dem eigenen Verhalten zu tun hat. Weil, ich denke, ein depressiver Klient mit einem Therapeuten, der irgendwie nur dauernd lebhaft, aktiv, weiß ich nicht was, ist, das passt irgendwie nicht zusammen.“

Therapeutin B meint weiters, dass die eigene Persönlichkeit den Einstellungsprozess beeinflusst.

„Das korreliert in irgendeiner Weise.“

9.1 Passt das?

Therapeutin B betont besonders, dass es wichtig ist immer genau zu schauen, ob es mit dem betreffenden Menschen passt, unabhängig von dessen Krankheitsbild, immer auf die ganze Person zu schauen. Die wesentliche Frage, „Können wir miteinander?“, betrifft hierbei aber sowohl die Therapeutin als auch die Klienten.

„Aber trotzdem muss ich mich immer selber zurückrufen und sagen „okay, aber es geht jetzt um den Menschen“. Kann ich mit dem Menschen und abgesehen von dem Krankheitsbild, weil es ja doch immer verlockend ist, die dann in eine Schublade zu tun. Aber sich immer hervorzuholen, es geht jetzt um den.“

„(...)Auf die Person zu schauen.“

„Das sind wirklich alles so subtile Dinge, sind wir uns sympathisch, solche Sachen, aber nichts, wo man das an Parametern festhalten kann. Nicht, er hat blonde Haare und blaue Augen oder so. Das ist irgendwie ganz schwierig. Bei Jugendlichen ist es noch ein Stück schwieriger, weil da dauert es oft noch ein bisschen länger zu schauen, ja passt es jetzt wirklich von dieser Ebene her, bis sich die auch wirklich einmal einlassen und schauen ist das jetzt etwas Tragfähiges.“

„Naja, ich für mich habe immer so die ersten fünf Stunden, wo ich auch den Klienten sage, das ist einfach so eine Zeit zu schauen, geht es und passt es, können wir miteinander.“

9.2 Auf sich selbst schauen

Therapeutin B meint, dass es auch wichtig ist zu schauen, ob man sich selbst auf den betreffenden Menschen oder auf ein bestimmtes Thema einlassen kann.

„Und gerade bei Menschen mit einer stärkeren Depression oder so, schaue ich mir genau an, ist das was, wo ich mich auch einlassen kann darauf, oder ist das was, wo es mir zu eng (wird/ist). Bei einem Mädchen mit sexuellem Missbrauch, war es auch, wo es in der Schwebelage gehängt ist, und wo ich mir dann schon überlegt habe, ist es etwas, wo ich mich einlassen will, auch mit all dem, was zusammenhängt mit Gerichtsverhandlungen und was, was, was. Will ich das überhaupt, geht das überhaupt, oder muss ich da eine Grenze ziehen und sagen, okay, nein, eigentlich passt es nicht.“

„(...) in Wien merke ich bei manchen Themen, dass die einfach ganz berührend sind und ganz tief gehen und wo man dann selbst irgendwie schauen muss, okay, kann ich jetzt mit dem noch und geht das und passt das für mich.“

Kernaussagen

Das erste Einstellen auf den Klienten

Das erste Einstellen auf die Klienten beginnt mit dem ersten Telefonat, wobei bereits viele Dinge im Hintergrund ablaufen können. Auch am Beginn einer Therapiestunde findet ein Einstellungsprozess statt, wobei kurze Reflexionen und Einstiegsphrasen hilfreich sein können.

Erstes Einstellen und Krankheitsbilder

Es kann sein, dass es teilweise von Krankheitsbildern abhängt, ob Klienten eher eine professionelle Distanz brauchen, oder ob man mit ihnen sehr schnell auf eine Beziehungsebene kommt.

Schauen, was kommt, und darauf reagieren

Sobald ein Klient in einer Therapiestunde oder bei einem Erstgespräch zu reden beginnt, kann es sein, dass seitens der Therapeutin ein automatisches Reagieren stattfindet, das sich als ein Reagieren auf das Hier und Jetzt beschreiben lässt.

Offenheit

Besonders wichtig kann es sein, in jede Stunde offen hineinzugehen, zu sehen, was kommt, und es aufzugreifen.

Offenheit erlangen

Um offen in die nächste Therapiestunde hineinzugehen, ist es wichtig, die vorangegangene gut abzuschließen, wobei Einstimmungsrituale wichtig sein können.

Den anderen beziehungsmäßig greifen können bzw. nicht greifen können

Auf dass es zu einer Therapie kommen kann, ist es entscheidend, den anderen beziehungsmäßig greifen zu können.

Unsicher oder blockiert sein

Wenn man als Therapeutin ins Ratschlägegeben hineinkommt, so kann das Ausdruck der eigenen Unsicherheit sowie ein Zeichen dafür sein, dass es auf der Beziehungsebene nicht passt.

Blockaden

Wenn Therapeutin B gedanklich an einem Thema oder einer Frage hängen bleibt, kann es sein, dass sich das blockierend auf den Prozess und auf das selbstverständliche Tun auswirkt.

Themen, die blockieren

Fluss und Prozess einer Therapie können durch Themen, die den Wert- und Moralvorstellungen der Therapeutin zuwiderlaufen, sowie durch Themen, die in den persönlichen Bereich der Therapeutin hineingehen, beeinträchtigt werden.

Erschwerende Rahmenbedingungen

Für den Einstellungsprozess kann es erschwerend sein, wenn man eine Stunde nach der anderen hat und daher kaum Zeit zum Umstellen bleibt.

Störende Gefühle und Eigenreflexion

Es können, zum Beispiel aufgrund bestimmter Themen, störende Gefühle in die therapeutische Beziehung hineinkommen, wobei man versuchen kann, diese im Zuge der Eigenreflexion zu lösen. Wichtig ist aber zu schauen, ob es von der Beziehung her noch passt.

Nebenbei reflektieren

Gerade wenn es um Suizidgefährdungen geht, kann es ganz wichtig sein, neben der Beziehung zu reflektieren, um auch gegebenenfalls über eine Einlieferung ins Spital mit dem Klienten sprechen zu können.

Sich selbst wieder einkriegen

Es kann sein, dass es viel an Professionalität braucht, um sich nach Stunden, in denen sehr emotionale Dinge Thema waren, wieder einzukriegen und Offenheit für den nächsten Klienten zu bekommen.

Therapien, die gut laufen

Für gut laufende Therapien kann es kennzeichnend sein, dass keine theoretischen Dinge im Weg stehen und es zwischen Therapeutin und Klienten passt. Akzeptanz aufzubringen und alles, was kommt, aufzugreifen, kann weiters wichtig sein.

Mögliche Einschnitte

In gut laufenden Beziehungen kann es aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern oder von außen verursacht zu Einschnitten in die Beziehung kommen.

Umfassendes erstes Wahrnehmen

Am Beginn jeder Therapiestunde kann es wichtig sein zu schauen, wie der Klient wirkt und was er ausstrahlt, sowie zu schauen, was man am anderen bemerkt bzw. erspürt.

Erfahrung und Routine

Routine und Erfahrung können dabei hilfreich sein, sich selbst schneller zurückholen zu können, Sachen abzuschließen, in Beziehung zu sein und mit Störfaktoren umzugehen.

Die eigene Persönlichkeit

Es kann sein, dass im Zuge des Einstellungsprozesses die eigene Persönlichkeit eine Rolle spielt, zumal man mit manchen Krankheitsbildern besser kann als mit anderen und es auch auf die Art der Therapeutin ankommen kann.

Passt das?

Zu schauen, ob es mit der betreffenden Person passt, kann unabhängig vom Krankheitsbild die entscheidende Frage sein.

Auf sich selbst schauen

Es kann entscheidend sein zu schauen, ob man sich auf den betreffenden Menschen bzw. auf ein bestimmtes Thema einlassen kann.

Gespräch mit Therapeutin C

Zur Person:

Therapeutin C ist Klinische und Gesundheitspsychologin und verfügt über zwei fachspezifische Ausbildungen. Seit 27 Jahren ist sie als personenzentrierte Psychotherapeutin tätig und arbeitet mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowohl institutionell als auch in freier Praxis. Weiters ist Therapeutin C als Lehrbeauftragte in verschiedenen Aus- und Weiterbildungen tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin C

Gesprächseinleitung

I: Also, die Frage der ich nachgehen möchte in meinem Interview ist, wie du dich als Therapeutin auf deine Klienten einstellst in den Therapiestunden und was da für Prozesse bei dir ablaufen, wie dieses Einstellen aussieht.

1. Einstellen über Bauch und Hirn

Therapeutin C meint gleich zu Interviewbeginn, dass beim Einstellen Vieles über das Gefühl und den Bauch passiert und eher wenig über das Hirn. Sie ist stets neugierig wenn jemand neu zu ihr kommt und meint, dass da beim Einstellen viel intuitiv passiert. Wenn es allerdings sehr schwierig ist sich in die Welt des anderen einzufühlen, so meint Therapeutin C, dass sich dann das Hirn einschaltet.

„Sehr schwierige Frage, weil Vieles einfach über das Gefühl passiert, über den Bauch, also wenig übers Hirn in Wirklichkeit. Also das was ich merke ist, dass immer, wenn wer Neuer kommt, dass ich irgendwie sehr gespannt bin, neugierig bin und mich bewegt, werde ich Zugang finden zu der Welt von demjenigen, der da neu kommt. Wobei das dann eh nie schwierig ist. Also ich denke wirklich, es passiert intuitiv einfach sehr viel. Natürlich geht es sehr viel um, kann ich mich einfühlen in den anderen und in seine Welt, in seine Geschichte, wobei es natürlich in Ausnahmefällen auch vorkommt, dass es sehr schwer oder kaum gelingt und dann setzt schon das Hirn ein und ich versuche dann mir zu überlegen, warum gelingt es nicht (...)“

2. Schwieriges Einstellen

Wie zuvor erwähnt gibt es für Therapeutin C Situationen in denen es für sie schwierig ist sich in den anderen einzufühlen. In solchen Situationen überlegt sie sich, ob die Schwierigkeit auf ihrer Seite oder auf Seiten des Klienten oder der Klientin sein könnten.

2.1 Die eigene Geschichte

So ist es einmal wichtig, dass sich Therapeutin C ihrer Gefühle klar wird und sich anschaut, ob das möglicherweise etwas mit ihrer eigenen Geschichte zu tun hat.

„(...), was ist da zwischen uns, so meine Seite einmal anzuschauen, was sich in mir sträubt, was für Gefühle bei mir da sind, es abzuchecken, ob es möglicherweise mit meiner eigenen Geschichte etwas zu tun hat, wenn das nicht der Fall ist, wenn ich da

nicht fündig werde, dann mir zu überlegen, was könnte da beim Klienten oder der Klientin los sein.“

„Oder mit meiner Geschichte. Natürlich etwas, was etwas bewegt in mir, da wird es schwieriger, aber wenn man weiß, was es ist, dann löst sich das eh sofort auf.“

2.2 Störungsbilder und störungsspezifisches Wissen

Wird sie bei sich in solchen schwierigen Situationen nicht fündig, so schaut sie sich die Seite des Klienten bzw. der Klientin an und meint, dass es bestimmte Störungsbilder gibt, bei denen das Einstellen recht schwierig sein kann. In solchen Situationen hilft ihr das theoretische bzw. störungsspezifische Wissen dabei Verständnis für den anderen zu erlangen und damit wieder Fluss in die therapeutische Arbeit zu bringen und somit auch Beziehung herzustellen.

„Ich meine es passiert häufig, dass gerade bei Persönlichkeitsstörungen, dass es schwierig wird und dann kommen schon theoretische Überlegungen auch dazu und die können oft hilfreich sein um etwas zu verstehen. Und wenn man es versteht, denke ich mir, ist es nicht schwer eine Beziehung herzustellen.“

„Und das andere, das zweite sind schon Störungsbilder. Also ich meine, es ist bei manchen Persönlichkeitsstörungen einfach schwierig und wie gesagt, ich finde dafür ist das störungsspezifische Wissen einfach wichtig und gut.“

„...und wo dann wieder etwas in Fluss kommt, weil sobald ich es verstehe und mich einfühlen kann, funktioniert das andere wieder.“

3. Erfahrung

Therapeutin C meint, dass die intuitive Komponente ihrer Arbeit immer gleich war, dass aber die Erfahrung ihr den Umgang mit schwierigen Situationen erleichtert und ihr dabei hilft Situationen und Klienten besser einzuschätzen.

„Ja natürlich hat es mit Erfahrungserwerb zu tun. Ich denke mir das Intuitive war immer gleich, aber so mit wirklich schwierigen Situationen umzugehen, das fällt einfach viel leichter, je mehr Erfahrungen man hat und auch so quasi Vergleichsmöglichkeiten. Ich meine, natürlich ist jeder Klient völlig anders und einzigartig, aber trotzdem es gibt einfach bei gewissen Störungsbildern schon Ähnlichkeiten in irgendeiner Form, Verhaltensweisen manchmal, und das hilft einfach, wenn man das schon einmal kennen gelernt hat um es besser einschätzen zu können.“

4. Echtheit

In Situationen in denen es schwierig ist Beziehung herzustellen ist es für Therapeutin C wichtig auch die eigenen Gefühle zu äußern um auf diesem Wege in Kontakt mit dem anderen zu kommen.

„Und das zweite, was ich auch für sehr wichtig halte ist dann auch wirklich echt zu sein also, wenn es irgendwie schwierig ist im Herstellen von Beziehung, dass man das auch äußert, als Therapeutin, so die eigenen Gefühle, die einfach da sind, wo man das Gefühl hat den anderen nicht zu erreichen und das ist meistens auch sehr, sehr hilfreich, weil das macht irgendwas in der Beziehung und führt meistens dazu, dass sich aus dem heraus irgendwas ergibt und es gelingt in Kontakt zu kommen.“

5. Das erste spontane Gefühl

Wichtig ist für Therapeutin C auch das erste spontane Gefühl, das ein Klient oder eine Klientin bei ihr auslöst, weil ihr das schon viel darüber aussagt, worum es denn geht und wohin sich die Beziehung entwickeln kann. Therapeutin C erlebt es immer wieder als hilfreich sich das Wissen, das sie vor vielen Jahren in einem eher analytischen Seminar erworben hat, herzuholen. So hilft es ihr beispielsweise dabei ein Gefühl dafür zu bekommen, wo die Schwierigkeiten des anderen im Herstellen von Beziehung liegen könnten.

„Also ich finde auch, dass die wichtigsten Dinge oft am Anfang wirklich sind, so dieses spontane Gefühl, das ein Klient oder eine Klientin in einem auslöst als Therapeutin, weil das meistens irgendwie schon sagt worum es eigentlich geht bei dem Ganzen und wie diese Beziehung sich entwickeln kann. Also ich habe einmal, das ist schon zwanzig Jahre her, ein ganz spannendes Seminar gemacht, das mir sehr gefallen hat und das ich auch als sehr hilfreich erlebt habe, das natürlich eher analytisch war, also sozusagen nicht aus unserem Ansatz, aber es ist trotzdem hilfreich, wo aus dem ersten Gegenübertragungsgefühl quasi versucht worden ist sofort Rückschlüsse auf die Problematik des Klienten zu ziehen. Und das erlebe ich heute noch als hilfreich, also vom Wissen her um sich das manchmal herzuholen.“
„(Ein Gefühl)...für den anderen zu bekommen ganz einfach, was mit dem los sein könnt, wo seine Schwierigkeiten liegen im Herstellen von Beziehung.“

6. Gut laufende Therapien

Therapeutin C beschreibt gut laufende Therapien so, dass es in den Therapiestunden einfach fließt, von ihrer Seite aus und von Seiten des Klienten. So ergibt sich das Eine aus dem Anderen und es findet während der Stunde kein Nachdenken auf kognitiver Ebene statt. Zwar reflektiert Therapeutin C nach der Stunde für sich was abgelaufen ist, doch in der Stunde hat das keinen Platz.

„Ja, wo es einfach fließt, denke ich mir, aus einem heraus, gegenseitig und wo sich eins aus dem anderen ergibt.“
„(Wieder auf die)...kognitive Ebene, nein, das ist dann nicht da und auch nicht notwendig, denke ich mir. Ich meine, dieses Reflektieren passiert manchmal dann nach der Stunde bei mir, allein so, was ist da abgelaufen, warum ist das so abgelaufen, aber es ist in der Stunde eigentlich überhaupt nicht da.“

6.1 Mögliche Einschnitte

Es kann auch in gut laufenden Therapien dazu kommen, dass es zu Einschnitten in den Prozess bzw. in die Beziehung kommt, die von außen verursacht werden. Als Beispiel nennt Therapeutin C hierbei die Störung in einer Therapiestunde durch Baustellenlärm und die damit verbundene Irritation auf Seiten der Klientin.

„Das passiert manchmal durch „außen Geschichten“, also mir fällt jetzt ein Beispiel ein in einer Therapie, die an und für sich gut läuft, war es unlängst so, dass plötzlich ein unheimlicher Lärm draußen war und das hat die Klientin so wütend gemacht und so irritiert, dass sie eigentlich aufgehüpft ist und davonlaufen wollte. Das hat nichts mit unserer Beziehung zu tun ursprünglich gehabt, hat aber etwas gemacht mit der Beziehung. Also in dem Moment war ich schuld, dass das jetzt so unerträglich laut ist. Und das sind dann Situationen, wo man dann selber oft völlig irritiert ist, weil man sich denkt, was ist das jetzt.“

6.2 Wieder in Fluss kommen

Wenn es zu Einschnitten in gut laufenden Therapien kommt und sich möglicherweise auch Verwirrung auf Seiten der Therapeutin breit macht, so empfindet es Therapeutin C auch wiederum als hilfreich die eigenen Gefühle zu äußern und so wieder Fluss in die therapeutische Arbeit zu bringen.

„Also, was einem da hilft, auch wiederum Echtheit in dem Moment, dass man sagt, „Ja mir geht der Lärm jetzt auch auf die Nerven und es tut mir leid, dass ich ihn nicht abstellen kann, ich weiß, dass es irritierend ist und, dass sie das ärgert, es ärgert mich auch, was tun wir mit unserem gemeinsamen Ärger?“. Also irgendwie so geht es dann irgendwie weiter.“

7. Akzeptanz

Therapeutin C meint, dass es auch zu schwierigen Therapiesituationen kommen kann, in denen man für den anderen nur schwer Akzeptanz aufbringen kann und in denen daher auch die Beziehung irritiert wird. In solchen Fällen ist es für Therapeutin C wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass die Person aus mehr als nur der schwer zu akzeptierenden Verhaltensweise besteht. Sie führt als Beispiel die Therapie mit einem Neonazi an und meint, dass es ihr geholfen hat all das was ihr so widerstrebt hat als einen Teilbereich dieser Person zu sehen.

„Naja vielleicht, das ist aber jetzt so abseits ein bisschen, ich habe mir überlegt, es gibt natürlich auch manchmal in Therapien Situationen, wo es schwierig ist Akzeptanz aufzubringen und wo dadurch irgendwie die Beziehung auch irritiert ist. Und da, finde ich, ist es total hilfreich in dem Moment zu sehen, okay, diese Verhaltensweise von der Person kann ich nicht schätzen, oder diese Einstellung zu der Sache kann ich nicht schätzen, aber die Person besteht aus so viel und es geht darum, ob ich die Person an sich schätzen kann und das muss man sich oft auch herholen. Also das sind Punkte, weiß ich, da fällt mir ein ich habe einmal eine Therapie gemacht mit einem Neonazi zum Beispiel, wo natürlich dessen Einstellung völlig meinen eigenen Ideen, Vorstellungen, widersprochen hat und wo ich am Anfang wirklich gekämpft habe, ihn wertschätzen zu können. Aber wenn man das als Teilbereich sehen kann, dann gelingt es eigentlich recht gut und es ist dann eine Therapie geworden, die dann gut gelaufen ist.“

Zum Schluss betont Therapeutin C noch, dass Echtheit und das Aufbringen von Akzeptanz entscheidend sind um in schwierigen Situationen die Einfühlung wieder zu ermöglichen.

„(...dass, Echtheit und Akzeptanz)...wichtig ist in schwierigen Situationen um die Einfühlung wieder zu ermöglichen sozusagen.“

Kernaussagen

Einstellen über Bauch und Hirn

Beim Einstellen der Therapeutin auf ihre Klienten kann es sein, dass viel über den Bauch und wenig über das Hirn läuft und dabei viel intuitiv passiert. Wenn es aber sehr schwierig ist, sich in den anderen einzufühlen schaltet sich das Gehirn ein.

Schwieriges Einstellen

In Situationen, in denen es schwierig ist, sich einzufühlen, kann man sich als Therapeutin fragen, ob die Schwierigkeit bei einem selbst oder aufseiten des Klienten oder der Klientin liegen könnte.

Die eigene Geschichte

Um sich seiner Gefühle klarer zu werden, kann man schauen, ob die Schwierigkeiten möglicherweise etwas mit der eigenen Geschichte zu tun haben.

Störungsbilder und störungsspezifisches Wissen

In schwierigen Situationen kann es sein, dass aufgrund bestimmter Störungsbilder, wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, das Einstellen schwieriger ist. Das theoretische bzw. störungsspezifische Wissen kann dann dabei helfen, Verständnis für den anderen zu erlangen und Beziehung herzustellen.

Erfahrung

Auch wenn die intuitive Komponente der therapeutischen Arbeit gleichbleibend ist, kann die Erfahrung, die man als Therapeutin mit den Jahren sammelt, dabei hilfreich sein, mit schwierigen Situationen umzugehen und Klienten besser einzuschätzen.

Echtheit

Um in schwierigen Situationen, in denen es schwierig ist, Beziehung herzustellen, in Kontakt mit dem anderen zu kommen, kann es hilfreich sein, echt zu sein und die eigenen Gefühle zu äußern.

Das erste spontane Gefühl

Das erste spontane Gefühl, das ein Klient bei einer Therapeutin auslöst, ist wichtig, da es schon viel darüber aussagen kann, worum es eigentlich geht.

Gut laufende Therapien

Gut laufende Therapien können so beschrieben werden, dass es in den Therapiestunden einfach fließt, sowohl vonseiten der Therapeutin als auch vonseiten der Klienten. Dabei bedarf es keines rein kognitiven Überlegens.

Mögliche Einschnitte / Wieder in Fluss kommen

Es kann auch in gut laufenden Therapien zu Einschnitten kommen, wobei sich Verwirrung aufseiten der Therapeutin breit machen kann. Hierbei kann es wiederum hilfreich sein, echt zu sein und die eigenen Gefühle zu äußern, um wieder Fluss in die therapeutische Arbeit zu bringen.

Akzeptanz

Es kann in der Therapie zu Situationen kommen, in denen man als Therapeutin nur schwer Akzeptanz aufbringen kann, wodurch auch die Beziehung irritiert wird. In solchen Fällen kann es helfen, sich zu vergegenwärtigen, dass die betreffende Person aus mehr als nur der schwer zu akzeptierenden Verhaltensweise besteht und so die Therapie gut weitergehen kann.

Gespräch mit Therapeutin D

Zur Person:

Therapeutin D ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und als personenzentrierte Psychotherapeutin seit 20 Jahren sowohl im institutionellen Kontext als auch in freier tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die Arbeit mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien. Weiters ist Therapeutin D als Lehrtherapeutin und Supervisorin tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin D

Gesprächseinleitung

I: Also die Eingangsfrage zum Interview ist, wie du dich als Therapeutin in der Therapie auf deine Klienten einstellst, beziehungsweise von Klient zu Klient umstellst und was da bei dir abläuft an Prozessen, an was auch immer.

1. Erstes Einstellen

Therapeutin D meint zu Interviewbeginn, dass real gesehen wenig Zeit zum Einstellen bleibt, da selbst wenn nicht Klient auf Klient folgt, immer etwas zu erledigen ist.

„Naja, meistens ist da nicht viel Zeit, ganz real gesehen, dazwischen, wenn die hintereinander kommen, wobei bei mir ist es nicht so dicht, oder es folgt nicht Klient auf Klient, aber dann ist was anderes dazwischen, also insofern ist erst recht wieder wenig Zeit, sich darauf einzustellen.“

1.1 Sich den anderen herholen

Bevor Therapeutin D in eine Therapiestunde hineingeht, holt sie sich zunächst ihre Dokumentation her, um sich die betreffende Person wieder etwas näher zu holen und sich auf denjenigen, der da kommt, einzustellen.

„Also ich nehme einmal meine Dokumentation her, da steht nicht immer wahnsinnig viel, aber ein bisschen was, um mir sozusagen den wieder näher zu holen oder mich darauf einzustellen, welche Person kommt da, ich versuche zu schauen, an was ich mich erinnere, was die letzte Stunde war, das ist unterschiedlich, manchmal habe ich die noch ganz in voller inhaltlicher oder emotional gefärbter Tönung in mir und kann das abrufen, wie wenn das gerade gewesen wäre, manchmal ist absolutes Blackout und ich weiß gar nichts mehr, dann schaue ich, ob ich etwas aufgeschrieben habe, manchmal schreibe ich einfach nur Schlüsselworte auf, weil langen Erlebnisbericht kann man ja nicht schreiben und anhand der Schlüsselworte fällt mir dann aber auch die ganze Situation ein.“

1.2 Sich frei machen

Wichtiger, als sich an alles genau erinnern zu können, ist für Therapeutin D, frei in die Stunde zu gehen und jene Dinge, die mit der anderen Person nichts zu tun haben, weiter von sich weg zu bringen. Es ist für sie wichtig, frei zu sein, um auch den Platz für all das, was kommt, in sich zu haben.

„In Wahrheit ist es nicht wichtig alles genau zu wissen vorher, es ist nur eine Art sich auf die Person, die jetzt wieder kommt, einzustellen und das, was vielleicht gerade davor war, was mit der Person nichts zu tun hat, weiter wezubringen.“

„Herzholen und mich auf den einzustellen auch emotional, was mich da erwartet, oder in welcher Haltung ich mich da jetzt hersetze auf den Stuhl, oder einfach nur den Platz frei zu machen in mir für das, was dann da kommt, wenn sich der da hersetzt.“

1.3 Mögliche Erschwernisse

Für Therapeutin D ist es ein besseres Gefühl, unbelastet in eine Stunde zu gehen, als schon zu Beginn unrund zu sein. Es kann aber passieren, dass sie durch das verfrühte Erscheinen von Klienten unrund oder ärgerlich wird, da ihr dadurch Zeit und Raum, den sie zwischen den Stunden für sich braucht und der auch zum Einstellen dazugehört, genommen wird. In solchen Momenten ist sie dann gedanklich bereits vor Stundenbeginn mit der Frage beschäftigt, warum der andere bereits so früh kommt, und muss sich dann darüber hinaus auch mit ihrem eigenen Ärger beschäftigen, bevor sie die Stunde tatsächlich beginnen kann.

„(...) aber es ist trotzdem ein besseres Gefühl, wenn man in eine Stunde geht und einen Klienten in Empfang nimmt oder dem die Türe aufmacht und man innerlich den Platz für ihn schon hat und es gibt nichts, was mich mehr unrund macht, belastet oder ärgert oder wie auch immer, wenn Klienten zu früh kommen. Weil die mir ja damit genau diese Zeit nehmen oder mir auch die Zeit nehmen, die ich vorher noch ganz bewusst für mich haben will und da will ich nicht, dass da schon jemand reinlatscht und mir da sozusagen diesen Raum wegnimmt, den ich brauche für mich. Was auch immer ich da tue, das ist etwas ganz Privates und da will ich nicht, dass die da schon da sind. Und das brauch ich mir gar nicht vormachen, dass, wenn die dann da draußen sitzen, weil das ein großes Wartezimmer ist und diese Praxis ist so groß, ich sage ja dann oft: „Okay nehmen Sie Platz, ich habe noch etwas zu tun.“, und gehe dann sozusagen in meinen Pausenbereich, in meinen Privatbereich hier, dann fühlt sich das trotzdem vollkommen anders an, ob da schon wer draußen sitzt oder nicht, ich sitze da und denke mir: „So, warum ist der schon da?“. Die sind schon herinnen, das geht gar nicht anders.“

„Ich denke nur, jetzt muss ich da raus, eigentlich wollte ich noch gar nicht. Und erstens muss ich mich mit dem Ärger beschäftigen, dass der zu früh gekommen ist, dann ist das die Art der Vorbereitung.“

1.4 Wenn etwas offen geblieben ist

Wenn das Ende einer Stunde etwas in Bezug auf die Therapeut – Klient Beziehung offen gelassen hat, so holt sich Therapeutin D das im Geiste her, um es dann entweder entschlossen selbst anzusprechen oder um in der Stunde bewusst darauf achten und reagieren zu können, wenn das Thema kommt.

Auch wenn sich Therapeutin D nicht sicher ist, in welcher emotionalen Verfassung der Klient das letzte Mal von der Praxis weggegangen ist, oder zwischenzeitlich ein Telefonat stattgefunden hat, das ihr irgendwie komisch vorgekommen ist, so spricht sie das von sich aus an, wenn es ihr wichtig erscheint.

„Manchmal, nicht immer, aber manchmal, wenn klar ist, da war das letzte Mal was, in der letzten Stunde, das noch mal eine Widmung braucht, dann hole ich mir das schon auch her und versuche das in mir irgendwo zu platzieren, dass ich es dann entweder ganz entschlossen schon zu Beginn anspreche, also gar nicht warte, ob es

kommt von allein, wenn es ein Bedürfnis von mir ist, oder ich eine Notwendigkeit sehe, dann muss ich es auch in die Hand nehmen. Manchmal ist es nur ein „Mir-bewusst-Machen“, auf was ich achten möchte und wenn das dann kommt, dann darauf zu reagieren.“

„Wenn das Ende der Stunde, zum Beispiel der letzten Stunde, irgendetwas offen gelassen hat, was mir relevant erscheint. Aber nicht jetzt im Sinn von, ich kenn mich nicht aus, oder ich habe den letzten Satz, den er gesagt hat, nicht verstanden, sondern mehr, was die Beziehung betrifft, wenn das ein Thema ist, das die Therapeut - Klient Beziehung betrifft, also, dass ich da das Gefühl habe, der ist da raus gegangen und da war was nicht fertig ausgesprochen oder unrund oder ich bin mir nicht sicher, in welcher emotionalen Verfassung der Klient jetzt hier weggeht, und es scheint mir aber für mich wichtig das zu erfahren, dann würde ich den auch am Anfang ansprechen und fragen: „Wie sind Sie denn eigentlich das letzte Mal hier weggegangen?“, und mal schauen, was da kommt und dann im Fall des Falles vielleicht auch sagen: „Ich bin das letzte Mal so und so hier zurückgeblieben oder mit dem und dem Erleben oder Gefühl und denke, das ist wichtig, dass wir das noch mal aufgreifen.“ oder so. Oder, das ist die häufigere Möglichkeit, es war etwas anderes, was sozusagen noch mal einer Erwähnung bedarf im Kontakt. Kommt ein Telefonat dazwischen, das mir irgendwie komisch war oder, wo ich mich nicht ausgekannt hab. Immer dort, wo ich denke, da war implizit was enthalten, was noch nicht explizit gemacht ist, was die Beziehung betrifft, nicht die Themen des Klienten natürlich, denn da kann man ihm ja nicht vorausseilen, aber was die Beziehung betrifft, das muss ich mir bewusst machen, bevor die Stunde beginnt, weil sonst sitze ich da und lass die Möglichkeit zeitlich vergehen und dann bin ich erst wieder hinten nach und dann fängt der mit was anderem an und dann muss ich sagen, ja aber übrigens und so.“

Wichtig ist, dass Therapeutin D solche Dinge vor der Stunde andenkt, um sie dann auch präsent zu haben, damit sie nicht ohne Erwähnung weitergetragen werden.

„(Damit es nicht) Wieder nur verdeckt, verwurschtelt, ja und weiter wieder nur implizit bleibt.“

2. Unklarheiten

Wenn Therapeutin D bei einem Klienten mehrere Stunden hintereinander am Ende das Gefühl hat nicht zu verstehen, worum es eigentlich geht, so nimmt sie Supervision in Anspruch, um dann wieder mit einer neuen Klarheit oder neuen Möglichkeiten auf das Ganze zu blicken bzw. es zu verstehen, in die nächste Stunde hineingehen kann. Um diese Klarheit und diese Möglichkeiten auch in der Stunde präsent zu haben, ist es wichtig, dass sich Therapeutin D das vor Beginn der Stunde vergegenwärtigt.

„Es ist verschieden natürlich nach Therapiephase oder wo der Prozess gerade steht, wenn der Prozess wo steht, wo ich eigentlich dann zwei, drei Stunden hintereinander immer wieder am Ende der Stunde für mich das Gefühl habe, so ein „Hm, worum geht es da jetzt eigentlich wirklich, bitte?“, und eigentlich kenne ich mich nicht aus, dann ist das ein Zeichen dafür, dass ich einen Bedarf an Supervision habe, dann gehe ich in Supervision, dann bespreche ich das, dann gehe ich dort mit einer sicherlich neuen Klarheit oder einer neuen Möglichkeit auf das zu blicken oder es zu verstehen heraus, und das versuche ich mir dann auch, bevor der das nächste Mal kommt wieder herzuholen, damit ich es auch sozusagen hier herinnen habe. Weil

das ist ja nicht alles ständig präsent, das hat man immer im Moment und dann legt man es wieder irgendwo ab und kann das ja nicht alles ständig auf Knopfdruck abrufen.“

3. Dinge die wie von selbst laufen

Sich vor Beginn einer Stunde Dinge im Geiste wieder herzuholen geht manchmal leicht und manchmal ist es mit mehr Aufwand verbunden.

„Manchmal geht es leichter und mit weniger Aufwand, manchmal braucht es mehr Aufwand, sich das wieder herzuholen.“

Es ist für Therapeutin D dann leicht, wenn in dem, was gesprochen wurde, die passenden Emotionen enthalten waren, wohingegen es schwierig ist, wenn die Emotionen sehr abgespalten sind oder sich sehr von den eigentlich passenden Emotionen unterscheiden.

„Es lässt sich auf jeden Fall leichter herholen, wenn das, worüber gesprochen wurde, mit deutlich wahrnehmbaren und benennbaren Gefühlen verbunden war, wenn die Emotion sehr nah zur passenden Emotion ist, dann lässt es sich ganz leicht herholen. Wenn das, worüber gesprochen wird, von der Emotion, die eigentlich dazugehören würde, sehr abgespalten ist oder das sehr weit auseinander liegt, dann lässt es sich schwerer herholen.“

Wenn es sich nun leicht herholen lässt, so läuft es wie von selbst und die Interaktion mit dem Klienten fühlt sich wie eine leichte Bewegung an.

„Ja, dann geht es wie von selbst.“

„Dann fühlt es sich ganz leicht an, (in der Interaktion) dann ist es wie eine ganz leichte Bewegung oder Tätigkeit, die wie von selbst geht.“

3.1 Schwerarbeit

Überall dort, wo Emotionen sehr abgespalten sind oder sich sehr von den passenden Emotionen unterscheiden, fühlt es sich für Therapeutin D wie Schwerarbeit an, und es kann sein, dass die Erinnerung an das letzte Mal wie von der Festplatte gelöscht erscheint. Schließt der Klient aber an ein Gefühl von der letzten Stunde an, so kommt bei Therapeutin D mit einem Schlag auch die Erinnerung zurück. Wenn aber das Gefühl fehlt und sie sich ständig am Inhalt bzw. am Kognitiven entlang hanteln muss, so ist die Arbeit wesentlich anstrengender.

„Überall da, wo es nicht ist, fühlt es sich wie Schwerarbeit an und das ist natürlich immer wieder der Fall, weil sonst wären wir ja nicht da. Und das Interessante ist, dass die Erinnerung, auch wenn ein Klient kommt und ich denke mir: „Bitte, was war da das letzte Mal?“, keine Ahnung, alles wie gelöscht von der Festplatte und er setzt sich da her und schließt an das Gefühl an, das er das letzte Mal gehabt hat, oder das Gefühl taucht wieder auf, dann ist mit einem Schlag auch der ganze Inhalt wieder da in der Erinnerung. Und wenn das nicht dabei ist, das Gefühl, wenn man sich immer nur am Inhalt oder am Kognitiven sozusagen entlang hantelt, dann ist es viel anstrengender, dann ist die Erinnerung nicht so greifbar, nicht so schnell, das ist wie ein Puzzle, das man schon zusammengesetzt hat, und dann ist es aber vom Tisch gefallen und dann fängt man wieder von vorne an, es zusammenzubauen. Und wenn

die stimmige Emotion dabei ist, dann ist das Bild immer sofort ein Ganzes, das muss man nicht erst wieder zusammenbauen.“

3.2 Sich am Kognitiven entlang hanteln / wissen, wo man ist

Schwierig wird es für Therapeutin D auch dann, wenn sie nicht rechtzeitig merkt, dass sie mit einem Klienten in dem Kognitiven mitschwingt und auch auf dieser Ebene versucht die Sache zu lösen. Hierbei hilft es Therapeutin D zu schauen, welche emotionale Resonanz das bei ihr macht, um so wieder ein Stück mehr ins Gefühl zu kommen. Sobald Therapeutin D merkt, wo sie sich gerade mit dem Klienten bewegt, ist es für sie nicht mehr so anstrengend.

„Schwierig wird es, oder schwer anfühlen tut es sich dann, wenn ich nicht bemerke, oder nicht rechtzeitig merke, dass ich mit dem Klienten mitschwinge in diesem Kognitiven und wenn ich in diesem Kognitiven bliebe und es auch versuche dort zu lösen oder den Weg zu finden. Eigentlich ist das ein Zeichen, das muss ich wahrnehmen, wenn ich das tue um dann schauen, was das in mir eigentlich für eine Resonanz macht, eine emotionale und auf die zurückgreife und dann geht es wieder, muss ich von der Ebene runter gehen und ...“

„...wieder ins Gefühl gehen und schauen, was sich da meldet und ein Bild von dem machen, was sich in dem Klienten meldet oder eigentlich melden würde, wenn er sich dem nicht verschließen würde. Und dann sieht man ja, manchmal kommt man mit dem einen Schritt weiter und manchmal aber nicht einen Schritt weiter damit, weil es für den Klienten vielleicht gerade ganz wichtig ist, sagen wir, auch in der kognitiven Schiene, die der Abwehr dient, zu bleiben. Die kann man ja nicht durchbrechen, da muss man halt entlang dort mitgehen.“

„Und immer, wenn man weiß, wo man gerade ist, ist es auch schon nicht mehr so anstrengend. Anstrengend ist es immer dann, wenn man nicht genau weiß, wo man gerade ist. Und das ist ein ständiger wechselseitiger Prozess, das abzustimmen oder wahrzunehmen und dann wieder zu formulieren, um den nächsten Schritt mitgehen zu können, einfach nur zu wissen, wo man da eigentlich ist.“

„Immer wenn ich das Gefühl habe, ich bin ganz vertraut mit dem Ort, wo wir uns da befinden, dann ist es leicht, wenn man aber selber das Gefühl hat: „Bitte wo sind wir da jetzt gelandet!?“ dann wird es schwerer, aber ich meine, das ist immer dabei, das Ziel ist ja, das zu überwinden oder an den Punkt zu kommen, wo man sich wieder auskennt.“

4. Ortskenntnis

Am Ende einer Therapie hat ein Klient Therapeutin D einmal ein schönes Kompliment gemacht, in dem sie sich sehr wiedergefunden hat.

„(...) die genaue Formulierung war dann: „Sie waren ein Begleiter mit guter Ortskenntnis“, und da habe ich mich sehr drinnen wiedergefunden.“

Für Therapeutin D ist es die Seelenlandschaft des Klienten, in der sie sich mit ihm bewegt, und diese Landschaft ist ihr eine vertraute.

„Und das ist, wenn ich mich da bewege mit dem Klienten in seiner Seelenlandschaft, die ist mir aber eine vertraute Landschaft und da kenne ich mich aus und ich weiß, wenn man da abbiegt, kommt man vielleicht dorthin und dort gibt es das und das und das, ich gebe nicht vor, wo wir hingehen, also ich bin ein Begleiter, der nicht fremdelt

in der Gegend. Wenn der Klient auch so wahrnimmt, fühlt er sich gut begleitet aber nicht geführt, nicht irgendwo hingezogen.“

4.1 Bestandteile der Ortskenntnis

Die Ortskenntnis setzt sich für Therapeutin D vor allem aus Erfahrungswissen, Theoriewissen über Psychotherapie, störungsspezifischem Wissen und Selbsterfahrung zusammen. Aus all dem erschließt sich auch für sie die Sicherheit, dem, was sie wahrnimmt, vertrauen zu können. Therapeutin D bezeichnet diese Ortskenntnis als sehr umfassend.

„Zu einem großen Anteil ist es Wissen im Sinne von Erfahrung, zu sicher einem großen Anteil ist es wirkliches Wissen, mein Theoriewissen über Therapie, Theorie über störungsspezifisches Wissen und all das, ein guter Teil ist Selbsterfahrung, das sind alle Orte, die ich an mir selber kenne, also mit denen habe ich mich lange genug beschäftigt, also sind sie mir vertraut. Und in der Summe von all dem die fast immer bestehende Sicherheit, dass ich dem, was ich wahrnehme und was ich fühle und was ich spüre, vertrauen kann. Das macht, glaube ich, die Ortskenntnis aus, ja.“
„(Die Ortskenntnis ist) Schon sehr umfassend.“

4.2 Die Entwicklung der Ortskenntnis

Im Laufe der Jahre hat sich bei Therapeutin D diese Ortskenntnis weiterentwickelt, wobei sie meint, dass sich das Einstellen damit prinzipiell nicht verändert hat, da es immer desselben bedarf, dass sie aber wesentlich sicherer in ihrem Tun geworden ist.

„Und hat sich auch entwickelt. Also, habe ich vor zwanzig Jahren oder wie ich zu arbeiten begonnen überhaupt nicht gehabt und vor zehn Jahren noch lange nicht in dem Ausmaß wie heute.“

„Das glaube ich nicht (,dass sich das Einstellen mit den Jahren verändert hat), sondern es bedarf immer desselben.“

„Genau, man wird sicherer. Wenn ich manchmal in der Vorbereitung, manchmal komme ich auch gar nicht zur Vorbereitung, weil es sich nicht ausgeht, weil gerade vorher noch wer anruft und dann ist man am Telefon und dann läutet es schon und dann war keine Zeit, werde ich aber auch nicht hektisch und panisch, weil dann habe ich das Vertrauen, dann werde ich das kriegen und haben in dem Moment, wo ich mich daher setze, und werde mir diese paar Sekunden oder Minuten schon nehmen und das kommt schon. Da muss ich mir keine Sorgen machen (...).“

4.3 Nicht blind mitlaufen

Wobei die Ortskenntnis noch hilft ist, gerade bei Klienten mit sehr verzerrten Symbolisierungen, nicht blind mitzulaufen, sondern zu erkennen, dass man sich abseits des Hauptpfades auf Abwegen mit dem Klienten befindet.

„Ich denke mir, was mir die Ortskenntnis noch hilft, ist, dass es nicht so leicht ist, natürlich kann es auch passieren, Klienten, die sehr verzerrte Symbolisierungen haben oder einfach die wildesten Inszenierungen aufführen, und die dann, im Leben draußen sowieso, aber dann Teile davon auch hier herein mitbringen, ich bin nicht so leicht verführbar sozusagen da blind mitzurennen. Also die Abwege von diesem Hauptpfad, ich meine, ich gehe schon gerne mit, aber dann weiß ich, dass ich dort bin, und verwechsle das aber nicht, dass das der Hauptpfad sein könnte. Das gibt

mir Sicherheit und alles, was mich sicher macht, macht die Klienten natürlich auch sicherer.“

4.4. Schwierige Therapiesituationen aushalten

Ihre Ortskenntnis und damit verbunden zu wissen, wo sie sich gerade mit einem Klienten bewegt, hilft Therapeutin D, auch schwierige Therapiesituationen auszuhalten und keine Fehler zu machen. So kann sie auch schneller verorten, welche Gefühle nicht in die therapeutische Beziehung gehören und welche aber explizit dazu gehören und diese auch zur Verfügung stellen.

„Es hilft sie auszuhalten, es hilft zu verhindern, dass man nicht mitten ins Agieren kommt, es hilft zu verhindern alles Mögliche, dass man keinen Blödsinn macht oder keinen Fehler, dass man sich auch nicht instrumentalisieren oder verwenden lässt oder manipulieren, oder dass ich die Gefühle, die mir das macht, wenn der so tut, wie er tut, dass ich die verorten kann und weiß, wo sie hingehören und welche davon mir gehören und hier jetzt nicht hereingehören und welche ganz explizit aber hierher gehören, weil sie genau mit der Situation zu tun haben, dann muss ich sie auch zur Verfügung stellen. Das ist so ein bisschen so, wie wenn man ein Boot, ein großes Schiff übers Meer fährt und solange die Sonne scheint und ruhiges Meer ist, ist eh alles ganz einfach, aber wenn der Sturm kommt und dir plötzlich alles um die Ohren braust, musst du als Captain auch wissen, was du jetzt tust und die Lösung wäre nicht, mit dem Klienten gemeinsam über Bord zu springen.“

5. Sich etwas genauer anschauen und es loslassen können

Therapeutin D meint, dass sie dann auch außerhalb der Stunden über Klienten nachdenkt, wenn sie das Gefühl hat, sonst nicht gut weiterarbeiten zu können. In solchen Fällen schaut sie sich das, was sie beschäftigt genauer an um es auch wieder loslassen zu können und sich auf den nächsten Klienten einstellen zu können.

„Jetzt tue ich das eigentlich nicht (außerhalb der Stunden über Klienten nachdenken), außer es gibt einen Anlass dafür, weil es etwas gibt, wo man sich denkt, dass muss ich jetzt ganz genau anschauen, weil sonst geht es nicht weiter. Heute war eine Stunde, die hat mich so berührt, das war einfach so berührend, dass ich da auch nicht rausgehen konnte und sofort zur nächsten Tagesordnung übergehen, also da musste ich dann auch noch mit dem was tun. Es war kein Problem, aber es war sehr nah, aber im Sinn von schön und das braucht dann auch noch seinen Platz, dass es sich wieder setzen kann und von mir wieder Abstand nehmen kann, dass ich es auch wieder loslassen kann. Manchmal passiert etwas davon auch schon, wenn eine Stunde vorbei ist und ich habe ein bisschen Luft und es steht nicht schon der Nächste knapp vor der Tür, dann versuche ich schon mir das, was da war, noch mal herzuholen und ein paar Begriffe dafür zu finden und die dann schnell aufzuschreiben, damit das festgehalten ist.“

6. Störungsspezifisches Wissen

Therapeutin D meint, dass für sie störungsspezifisches Wissen im personenzentrierten Sinne eine Rolle in ihrer Arbeit spielt.

„(...) insofern heißt für mich störungsspezifisches Wissen nicht ganz ein spezifisches Wissen über den ICD gesehen, sondern auch im personenzentrierten Sinne und ich halte mich für jemanden, der über die Zeit, wie ich mich entwickelt habe in dem

Ansatz und ich meine, ich bin ja auch Ausbilderin und Lehrtherapeut, ich beschäftige mich ja mit dem Ansatz sehr von vielen verschiedenen Seiten und da macht man was anders wahrscheinlich auch damit, als wenn man nur Praktiker ist.“

6.1 Entwicklungsbedingungen und Beziehungserfahrungen

In ihrer Arbeit ist Therapeutin D, abgesehen von ihrem Psychotherapiewissen, auch sehr von ihrem entwicklungspsychologischen Wissen geprägt. In ihr entstehen bald Bilder darüber, welche Entwicklungs- und Beziehungsbedingungen ihre Klienten in der Kindheit vorgefunden haben und wo ihre Selbstkonzeptentwicklung stagniert ist. So kann ein grobes diagnostisches Zuordnen die Einfühlung erleichtern bzw. auch deutlich machen, welches Gegenüber derjenige braucht.

„Bei Klienten, was auch immer sie mir zeigen oder sagen oder erzählen aus ihrem Leben, das lässt in mir bald ein Bild entstehen, unter welche Beziehungsbedingungen die als Kinder vorgefunden haben und natürlich ein Bild über deren Selbstkonzeptentwicklung und wo die stagniert ist und wo es nicht stagniert ist und mit dem arbeite ich ganz bewusst.“

„(...)und es ist einfach hilfreich, wenn man es dann irgendwann diagnostisch zuordnen kann, ziemlich grob, im Sinn von handelt es sich da um eine sehr frühe Störung oder um eine nicht so frühe Störung, weil das andere Voraussetzungen sind und andere innere Bezugsrahmen sind, in die man sich einfühlen soll und auch ein anderes Gegenüber verlangt und das sind die Ortskenntnisse, die ich meine(...), aber es ist wie ein Autopilot in mir, ich tue das immer abscannen, um Hinweise zu kriegen, welche Entwicklungsbedingungen dieser Mensch als Kind gehabt hat, welche Beziehungserfahrungen und die auch versuchen mit dem Klienten gemeinsam aufzuspüren oder ihn auch dorthin zu führen, soweit er das in der Lage ist, sozusagen ich zeige den Weg, wenn er hingehet, mitgeht ist es gut, wenn nicht, dann nicht.“

„Genau, welche Bewertungssysteme gibt es und wie sind die entstanden und was ist bedroht, wodurch ist dieses Selbstkonzept bedroht, was darf der Mensch nicht bewusst fühlen oder wahrnehmen, weil das sein Selbstkonzept bedrohen würde.“

6.2 Resonanz und Einfühlung

Therapeutin D versucht sich in das Bild, das sie von den Entwicklungsbedingungen ihrer Klienten bekommt, einzufühlen und dort eine Resonanz hinzugeben. Auf diesem Wege kann sich der Klient vielleicht gerade in dem verstanden fühlen, oder aber die Therapeutin kann ein besseres Verständnis für seine Abwehr erlangen.

„Ja das heißt dann über die Beziehung, das ist eigentlich über meine Resonanz, über meine Einfühlung, weil ich fühle mich ein in das Bild, das ich kriege, was diese Person auch als Kind erlebt hat, und dort gebe ich auch eine Resonanz hin und entweder findet er das in sich dann und fühlt sich genau in dem verstanden oder er findet es nicht, weil es so abgewehrt ist, dass es dem Bewusstsein ja gar nicht zugänglich ist. Aber dann gibt es ein besseres Verständnis für die Abwehr, das ist ja auch notwendig, weil gegen die kann man ja nicht anrennen, sondern mit der muss man ja irgendwie ein Stück mitgehen und immer wieder mal schauen, ob es irgendwo doch einen Durchgang gibt oder irgendwas, wo man den ja doch erreichen kann dahinter auch.“

Wichtig ist es auf diesem Wege dem Klienten seine Erfahrungs- und Erlebniskomponenten bewusst zu machen, damit er sich selbst besser versteht und annehmen kann.

„Weil das einzige Ziel der Therapie aus meiner Sicht ist, dem Klienten all seine Erfahrungs- und Erlebniskomponenten selber bewusst zu machen, also dem Erleben zugänglich zu machen. Sozusagen nur ich glaube etwas zu erleben, und der erlebt es nicht, nützt natürlich nichts. Aber wie kann es ihm zugänglich werden, weil das Ziel ist ja, dass er sich besser selber versteht oder annehmen kann. Wenn er das einmal kann, braucht er mich nicht mehr.“

7. Erfahrung und ständige Auseinandersetzung

Für Therapeutin D ist die Erfahrung und die ständige Auseinandersetzung auf theoretischer Ebene sehr wichtig um dazuzulernen und ihre Ortskenntnis bzw. die Sicherheit in ihrem Tun zu erweitern.

„Aber ich denke mir, das meiste daran ist die Erfahrung. Die Erfahrung und die ständige Auseinandersetzung auch auf theoretische Art, also durch die Ausbildung, Ausbildersein, viele Leute in Supervision haben, da lernt man auch unglaublich viel. Also gibt man nicht nur, da lernt man selber auch sehr viel und diese ständige Verschränktheit von dem, was man tut, was man darauf schaut, wie andere das tun als Therapeuten und die Theorie, das glaube ich, das macht die Ortskenntnis aus oder die Sicherheit.“

Sie meint weiter, dass sie gerade durch den Ausbildungskontext immer wieder dazu angehalten ist über viele Dinge nachzudenken und zu versuchen, Implizites explizit zu machen.

„Ja, wo man explizit nicht darüber nachdenkt. Genau. Und ich bin nur dadurch (durch den Ausbildungskontext) immer wieder aufgefordert oder gezwungen worden, das explizit zu machen, aber das hat nur mit dem Ausbildungskontext zu tun, weil dort ja die Frage ist: „Wie machst du das?“. Und ich will es ja auch richtig oder so machen, also wie geht das, da muss man darüber nachdenken und muss es auch formulieren. Aber ohne diesen Anlass wird man so was nicht gefragt (...).“

7.1 Reflektierend auf das eigene Tun blicken

Die Verschränkung von Theorie und Praxis ermöglicht es Therapeutin D auch, das zu benennen, was sie macht und warum sie es macht. Weiters meint sie, dass sich die Ortskenntnis nicht nur darauf bezieht, wo sich der Klient gerade bewegt, sondern auch darauf bezieht, wo sie sich als Therapeutin gerade bewegt.

„Die Verschränkung ermöglicht mir, dass ich auch theoretisch, ich kann benennen, was das ist, was ich tue und warum ich es tue oder warum ich es nicht tue. (...) Und ich glaube, das kann ich, das kann man auch nicht immer und in jeder Sekunde, meistens auch erst mit ein bisschen Abstand, wenn man wieder reflektierend darauf schaut, in der Sekunde kann ich auch nicht benennen, was es ist, da vertraue ich schon darauf, dass es so richtig ist. Die Ortskenntnis bezieht sich nicht nur auf das, wo der Klient sich bewegt, sondern es bezieht sich auch auf das, wo ich mich bewege, sozusagen auf meinem Therapeutinnenboden oder Landschaft.“

Kernaussagen

Sich den anderen herholen

Um sich den Klienten vor der Stunde wieder etwas näher zu holen und sich auf ihn einzustellen, kann man in seine Dokumentation schauen.

Sich frei machen

Um Platz für die Person und all das, was kommt, zu haben kann es wichtiger sein, als sich an alles genau zu erinnern, frei in die Stunde zu gehen.

Mögliche Erschwernisse

Für Therapeutin D ist es ein besseres Gefühl, unbelastet in eine Stunde zu gehen, als schon zu Beginn unruhig zu sein, was geschehen kann, wenn Klienten zu früh kommen.

Wenn etwas offen geblieben ist

Wenn das Ende einer Stunde etwas in Bezug auf die Therapeut – Klient Beziehung offen gelassen hat, so kann man sich das im Geiste herholen, um es dann entweder entschlossen selbst anzusprechen oder um in der Stunde bewusst darauf achten und reagieren zu können.

Unklarheiten

Supervision kann bei Unklarheiten dabei helfen, neue Möglichkeiten zu finden, auf das Ganze zu blicken und es zu verstehen. Um diese neue Klarheit präsent zu haben, ist es wichtig, sich diese vor der Stunde zu vergegenwärtigen.

Dinge die wie von selbst laufen

Wenn sich vor einer Stunde die Inhalte bzw. die Person leicht herholen lassen, so kann das daran liegen, dass in dem, was in der letzten Stunde gesprochen wurde, die passende Emotion enthalten war. In so einem Fall kann sich die folgende Interaktion ganz leicht anfühlen und wie von selbst laufen.

Schwerarbeit

Wenn Emotionen des Klienten sehr abgespalten sind oder sich von den eigentlich passenden Emotionen unterscheiden, kann es sich wie Schwerarbeit anfühlen und die Erinnerung an das letzte Mal kann wie von der Festplatte gelöscht erscheinen.

Sich am Kognitiven entlang hanteln / wissen, wo man ist

Schwierig kann es dann werden, wenn man nicht rechtzeitig merkt, dass man mit dem Klienten im Kognitiven mitschwingt. Auf die eigene emotionale Resonanz zu achten, kann dazu beitragen, wieder ein Stück ins Gefühl zu kommen. Sobald man

weiß, wo man sich mit einem Klienten bewegt kann es sein, dass es nicht mehr so anstrengend ist.

Ortskenntnis

Die Seelenlandschaft der Klienten, in der sich die Therapeutin mit ihnen bewegt, ist Therapeutin D eine vertraute.

Bestandteile der Ortskenntnis

Die umfassende „Ortskenntnis“ kann sich aus Erfahrungswissen, Theoriewissen über Psychotherapie, störungsspezifischem Wissen und Selbsterfahrung zusammensetzen.

Die Entwicklung der Ortskenntnis

Die Weiterentwicklung der „Ortskenntnis“ über die Jahre hinweg kann sich dadurch zeigen, dass man als Therapeutin in seinem Tun immer sicherer wird.

Nicht blind mitlaufen

Bei Klienten mit sehr verzerrten Symbolisierungen kann gerade diese „Ortskenntnis“ dabei behilflich sein, nicht blind mit den Klienten mitzulaufen, sondern zu erkennen, dass man sich auf „Abwegen“ mit den Klienten befindet.

Schwierige Therapiesituationen aushalten

Zu wissen, wo man sich als Therapeutin mit einem Klienten befindet, kann dazu beitragen, schwierige Therapiesituationen auszuhalten, keine Fehler zu machen und schneller verorten zu können, welche Gefühle nicht in die therapeutische Beziehung gehören.

Sich etwas genauer anschauen und es loslassen können

Es kann sein, dass Therapeutin D außerhalb der Stunden über Klienten nachdenkt, wenn sie das Gefühl hat, sonst nicht gut weiterarbeiten zu können. Um sich wieder auf den nächsten Klienten einstellen zu können, kann sie sich das, was sie beschäftigt, genauer anschauen, um es auch wieder loszulassen.

Störungsspezifisches Wissen (?)

Störungsspezifisches Wissen, im personenzentrierten Sinne kann in der Arbeit eine Rolle spielen.

Entwicklungsbedingungen und Beziehungserfahrungen

Therapeutin D ist, abgesehen von ihrem Psychotherapiewissen, auch sehr von ihrem entwicklungspsychologischen Wissen geprägt, wodurch bei ihr rasch Bilder darüber entstehen, welche Entwicklungs- und Beziehungsbedingungen ein Klient in seiner Kindheit vorgefunden hat und wo seine Selbstkonzeptentwicklung stagniert ist.

Resonanz und Einfühlung

Sich in das Bild der Entwicklungsbedingungen des Klienten einzufühlen und dort eine Resonanz hinzugeben, kann beim Klienten dazu führen, dass er sich vielleicht gerade in dem verstanden fühlt. Durch diese Einfühlung kann man dem Klienten seine Erfahrungs- und Erlebenskomponenten bewusst machen aber auch besseres Verständnis für dessen Abwehr erlangen.

Erfahrung und ständige Auseinandersetzung

Erfahrung und ständige Auseinandersetzung auf theoretischer Ebene können sehr wichtig sein um dazuzulernen und sowohl die eigene „Ortskenntnis“ zu erweitern als auch mehr Sicherheit im eigenen Tun zu erwerben. Im Zuge eines Ausbildungskontextes kann man immer wieder dazu angehalten sein, Implizites explizit zu machen.

Reflektierend auf das eigene Tun blicken

Die Verschränkung von Theorie und Praxis ermöglichen es Therapeutin D das, was sie tut, und warum sie es tut, auch zu benennen. Somit kann sich die beschriebene Ortskenntnis auch darauf beziehen, wo man sich als Therapeutin gerade bewegt und nicht nur darauf, wo sich der Klient bewegt.

Gespräch mit Therapeutin E

Zur Person:

Therapeutin E ist Klinische und Gesundheitspsychologin und seit 18 Jahren als personenzentrierte Psychotherapeutin mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen tätig. Seit 11 Jahren arbeitet sie ausschließlich freiberuflich, war aber davor auch institutionell tätig. Weiters ist Therapeutin C als Ausbilderin für Psychotherapie tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin E

Gesprächseinleitung

Die Eingangsfrage ist dieselbe, wie bei den anderen Interviews auch, nur hat die Aufnahme nicht gleich funktioniert, daher ist sie nicht aufgenommen worden ebenso wie die ersten Sätze der Therapeutin, und so musste ein verkürzter Neustart des Interviews vorgenommen werden.

I: Entschuldigung, meinen zarten Fingerdruck hat sie nicht gespürt, die Rekordtaste.

TE: Na dann fange ich noch mal an.

I: Danke schön! Zu blöd, es tut mir leid.

TE: Ist okay. Also noch einmal: (...)

1. Rahmenbedingungen

Für Therapeutin E ist es wichtig die Stunden rechtzeitig und gut für sich abzuschließen um auch eine Pause zwischen den Klienten zu haben, sich zu entspannen und auf den nächsten Klienten einzustellen.

„Rahmenbedingungen von der Zeit her jetzt, die Dreiviertelstunde bei den Kindertherapien, die fünfzig Minuten bei den Erwachsenen, dass ich dann sehr darauf schaue, dass ich rechtzeitig abschließe, weil ich die Stunde auch gut für mich abschließen will und dann Pause für mich habe, wo ich aufs Klo gehe, was trinke, was esse, Bewegung mache, Fenster aufreiße, manchmal auch so ein bisschen Körperübungen mache, körperliche Entspannungsübungen, also Körperbewegungsübungen, Kurzmeditation, Atemmeditation, so was und mich dann auf den nächsten Klienten einstelle.“

1.1 Sich den anderen herholen

Vor Stundenbeginn holt sich Therapeutin E die letzte Stunde und den betreffenden Menschen im Geiste her und überlegt, ob das letzte Mal etwas besonders wichtig war. Mit diesem Herholen verbunden kommt auch ganz automatisch ihre Art des Begrüßens, was sie an einem Beispiel veranschaulicht.

„Und einstellen tue ich mich irgendwie so meistens, dass ich mir die letzte Stunde herhole, im Geiste, was war da, war da was Wichtiges, so vom Thema, und manchmal auch denke, wie ist der Prozess. Also da versuche ich wirklich mich, bevor ich noch die Türe da aufmache, so ein bisschen mich auf diesen nächsten Menschen einzustellen. Also ich hole mir den geistig her, diesen Menschen vor mir, und ganz automatisch auch meine Art des Begrüßens, meine mehr oder weniger Offenheit, also das geht dann sowieso automatisch.“

„Also am offensichtlichsten wird es zum Beispiel, es ist jetzt sehr plakativ, zwischen einem Kind, das jetzt schon das dritte Jahr zu mir kommt und reinstürmt und mich umarmt, hallo, und dann gleich mal rein oder einem eher distanzierterem Klienten, der mehr im Kopf und weniger in den Gefühlen ist und sehr korrekt mich begrüßt und mir die Hand gibt, wo ich dann schon auch genau schaue. Also da wird es am offensichtlichsten in solchen Situationen.“

1.2 Wenn etwas offen geblieben ist

Für Therapeutin E ist es weiters wichtig zu überlegen, ob in der letzten Stunde etwas offen geblieben ist um es gegebenenfalls präsent zu haben, um zu erkennen, ob der Klient dort weitermachen möchte.

„Ja, ja, was war wichtig, ist was offen geblieben, manchmal bleibt ja auch was offen und dann ist es ganz gut, wenn ich das präsent habe, damit ich auch das erkenne, will der Klient, die Klientin da weiter tun, oder ist was anderes Thema. Manchmal schließt man ja ein Thema nicht ab und dann irgendwie, ah ja, das war Thema und da ist noch dieses und jenes offen geblieben, schauen wir mal, wie es heute weitergeht, und dass ich das dann parat habe für mich.“

2. In die Stunde hineingehen

Zu Beginn der Stunde wartet Therapeutin E zunächst einmal ab, ob die Klienten von sich aus anfangen und wenn sie merkt, dass es jemandem schwer fällt zu beginnen, reagiert sie entsprechend darauf.

„Ja, und dann setzen wir uns hin und da warte ich mal und da gibt es Klienten, die von sich selber sofort anfangen und manche Klienten tun sich schwer und dann kann so ein Satz von mir kommen „Ich merke, heute schwierig anzufangen.“ oder „Beschäftigt Sie was?“, so je nachdem beginnt es dann.“

2.1 Wahrnehmung

Weiters ist es zu Stundenbeginn wichtig, wahrzunehmen, wie der betreffende Mensch da ist, wie Therapeutin E ihn empfindet und ob sich möglicherweise etwas verändert hat. Gerade wenn sie jemanden schon gut kennt, nimmt Therapeutin E Veränderungen wahr und erkennt, in welchem Zustand jemand da ist. Auch hier kann sie das, was sie wahrnimmt, ansprechen, wenn die Klienten nicht von selbst anfangen können.

„(...)so wie ist dieser Mensch jetzt da. Das kann eine Fortsetzung der letzten Stunde sein oder auch anders sein. Und da ist dann meine Wahrnehmung gefragt, wie empfinde ich das, wie dieser Mensch jetzt hier sitzt. Wenn ich jemanden schon gut kenne, erkenne ich natürlich, da ist irgendwas und spreche das auch an also irgendwie „Sie schauen heute geschafft aus.“ oder so was in der Art. Wenn man dann jemanden schon länger kennt, dann erkennt man das ja auch sehr gut, in welchem Zustand diese Person ist und dann ist man sowieso gleich dabei, was los ist.“

„Schauen Sie, wenn ich jemanden gut kenne, nach einem Jahr kenne ich jemanden schon ganz gut, dann nehme ich natürlich auch Veränderungen wahr und entweder fangen die Klienten selber damit an oder ich kann es ansprechen, also indem ich mir das herhole, was ich von diesem Menschen weiß, erkenne ich dann natürlich einen Unterschied, in meiner Wahrnehmung, aha, heute ist eine Veränderung da oder auch

nicht. Das würde ich nicht so erkennen, wenn ich das alles vergessen würde, also das ist eher so was in längerfristigen Therapien.“

2.2 Offen sein

Wenn Therapeutin E jemanden noch nicht gut kennt, so entstehen doch vom ersten Telefonat an Bilder und Ideen zu dem betreffenden Menschen. Durch die emotionale Tönung, die auf diesem Wege bei ihr entsteht, macht sich auch eine leise Ahnung über diesen Menschen breit. Es ist nun aber wichtig, abgesehen von all dem, was sich da in ihr tut, offen zu sein für alles, was kommt und nicht in dem zu verharren, was sie schon kennt, sondern offen für Neues zu bleiben.

„Das gehört dazu, da weiß ich ja schon was von dieser Person und kriege irgendeine emotionale Tönung zu dem, was ich da gehört habe und was wir gesprochen haben am Telefon, da tut sich bei mir ja was. So ein bisschen, eine leise Ahnung von diesem Menschen.“

„Und dann, wenn ich jemanden noch nicht gut kenne, ich meine, natürlich entstehen bei einer Therapeutin schon nach einem Telefonat irgendwelche Bilder oder Ideen zu diesem Menschen und dann geht es, okay das ist es, aber genauso offen zu sein, was alles noch ist. Das ist ja die Kunst zwischen dem, okay da habe ich meine Bilder und den Prozess, oder was auch immer, aber trotzdem so offen zu sein, dass ich jetzt nicht nur mit dem tue, was ich schon weiß, sondern auch erkenne, ja da ist was anderes, was Neues und auch für das offen und bereit bin.“

3. Einander kennenlernen

Wenn jemand zu Therapeutin E neu in Therapie kommt, so ist sie immer neugierig auf den betreffenden Menschen und gespannt, wie die Bilder, Ideen und emotionalen Tönungen, die bei ihr bereits beim ersten Telefonat entstehen, auch mit demjenigen zusammenpassen, der dann vor ihr steht.

„Naja, ich bin immer neugierig, wenn ich dann diesen Menschen vor mir habe. Also ich habe eine Tönung, irgendeine Idee, ein Bild, eine Färbung bei mir und dann bin ich einfach neugierig und schaue einmal, wenn ich dann die Türe aufmache, wer da vor mir steht und manchmal bin ich überrascht und manchmal nicht. Also da habe ich eher eine neugierige Haltung, so mal schauen, wie wird es, wie passt das auch zusammen mit dem, was ich da schon ein bisschen an Ideen, Bildern und Tönungen, Färbungen hatte.“

3.1 Resonanz

Entscheidend ist für Therapeutin E, wenn sie jemanden neu kennenlernt, ob eine Resonanz zwischen ihr und der betreffenden Person entsteht und ob sie eine Beziehung miteinander eingehen können. Hierbei tritt für sie das Störungsbild in den Hintergrund. Wichtig ist, dass sie den Menschen erreichen kann, und dass derjenige auch etwas damit anfangen kann. So sagt sie den Klienten auch immer dazu, dass sie sich auch überlegen sollen, ob sie sich vorstellen können, mit ihr zu arbeiten, und nimmt sich auch fünf Stunden Zeit für das gegenseitige Kennenlernen.

„Manchmal sagen die Leute schon dazu, schon am Telefon, bei mir geht es darum und darum, okay gut, Störungsbild gut und schön, aber ich muss mir anschauen in einem Erstgespräch, kann ich mit diesem Menschen arbeiten, kann ich mich da einfühlen, greift es, kommt da vom Klienten irgendeine Resonanz, ist das was Hilfreiches für diesen Menschen, die Störung ist mir wurscht.“

„Und können wir eine Beziehung eingehen miteinander.“

„Also mir ist es ganz wichtig, dass sich die Klienten das nachher auch überlegen, dass ich dezidiert sage, bitte überlegen Sie sich es, ob Sie mit mir arbeiten wollen. Also diese gegenseitige Resonanz ist mir das Wichtigste. Die Störung..., meistens stellt sich dann noch alles Mögliche noch zusätzlich und anders heraus.“

„Also ich muss diesen Menschen erreichen können und dieser Mensch muss auch mit dem was anfangen können, auch mit viel Skepsis, wurscht, aber wenn es im Erstgespräch nicht passiert, dass dieser Mensch sich in irgendeinem Punkt verstanden fühlt oder so was spürt, was gut tut, dann ist es halt nicht.“

„Seitdem ich sehr gut darauf schaue, geht eigentlich fast nichts mehr schief. Also da schaue ich gut im Erstgespräch darauf oder man macht nicht nur einen Termin, sondern sagt, geben wir uns fünf Stunden Zeit uns kennen zu lernen und schauen wir einmal, ob wir miteinander können, also solche Varianten gibt es. Das passt, dann funktioniert das auch.“

„Da gibt es tolle Klienten, die fünfzig Minuten etwas damit anfangen können und dann gibt es welche, die können fünf Minuten etwas damit anfangen, reicht, aber das ist eine Bedingung. Und wenn man sich die Rogers – Variablen anschaut, dann ist das ja eine der sechs Bedingungen, dass dieser Klient das auch in irgendeiner Form annehmen kann.“

3.2 Wenn keine Resonanz entsteht

Sehr selten aber doch kann es vorkommen, dass Therapeutin E keinen Zugang zu einer Person findet. Das kann die Ursache haben, dass sie sich in denjenigen nicht einfühlen kann oder aber, dass sich die Klienten nichts mit dem Beziehungsangebot anfangen können. In beiden Fällen, wobei der zweite der häufiger auftretende ist, spricht Therapeutin E das an.

„Naja in seltenen Fällen, aber manchmal doch, passiert es, dass es zu keiner Therapie kommt. Also ganz selten, ganz, ganz selten, aber doch, kommt es vor, dass ich keinen Zugang zu diesem Menschen finde. Dann sage ich das auch, dass ich glaube, ich bin nicht die richtige Person für Sie, weil ich merke, ich tue mir schwer und das hat jetzt nichts mit Ihnen zu tun, sondern, dass von mir zu diesem Klienten, zu dieser Klientin entsteht keine wirkliche Resonanz, Verbindung, sodass ich mich da wirklich nicht einfühlen kann. Okay, ganz, ganz, ganz selten, aber hin und wieder doch schon vorgekommen. Was ein bisschen häufiger passiert, ist, dass die Klienten mit diesem Beziehungsangebot oder diesem, wie ich arbeite oder wie ich tue, nichts anfangen können, kommt auch manchmal vor, aber da merkt man das eh sofort, ja dann spreche ich es auch an, so, dass ich das Gefühl habe, ich kann mir das schon vorstellen, aber ich weiß nicht, ob das für Sie das Richtige ist bei mir.“

„Genau, das ist auch okay, für mache Menschen ist das nicht das Richtige.“

„Komme ich nicht hin, bin ich nicht die richtige Person.“

3.4 Veränderungen mit den Jahren

Als Therapeutin E zu arbeiten angefangen hat, hat sie noch nicht so genau darauf geschaut, ob es mit einem Klienten passt oder nicht, ob sie ihn erreichen kann und sich in ihn einfühlen kann. Das war etwas, was sie erst lernen musste.

„Also vor vielen, vielen Jahren wie ich angefangen habe, habe ich auf das noch nicht so geschaut, da ist auch einiges schief gegangen.“

„Die (Art sich auf die Klienten einzustellen) hat sich verändert, natürlich, ja.“

„Naja, dass ich eben auf das sehr genau hinschaue. Kann ich diesen Menschen erreichen, indem ich mich da einfühle, kann ich das in irgendeiner Form verstehen, erreiche ich diesen Menschen, kann ich mich einfühlen, meine Seite, aber auch genauso wichtig die Gegenüberseite, kann dieser Mensch mit diesem Beziehungsangebot ein bisschen etwas anfangen.“

„Genau, ja. Und das habe ich erst lernen müssen, wie das konkret in der Praxis ausschaut. Also das zum Beispiel, das ist etwas ganz Wichtiges.“

4. Aktives Bemühen

Therapeutin E meint, dass von selbst in der Therapie gar nichts läuft, sondern dass ihr Tun immer mit einem aktiven Bemühen verbunden ist.

„Von selbst läuft gar nichts. Es ist ein Immer – wieder – darum – Bemühen. Also das Einfühlen ist ja nicht etwas, was man hat, und dann hat man es immer und bei jedem und bei jedem Thema und überall, sondern es ist ein Immer – wieder – sich – darum – Bemühen.“

4.1 Bruchstellen

Wenn Therapeutin E versucht sich in die Welt eines Klienten einzufühlen, so kann sie sich in manches gut, in anderes weniger gut einfühlen. Gerade dort, wo Inkongruenzen bzw. Bruchstellen sind, ist sie gefragt dorthin zu spüren und darauf zu achten, was es in ihr auslöst. Therapeutin E empfindet es gerade bei schweren Störungen als ein Ringen um Empathie. An solchen Bruchstellen kann es auch sein, dass die Wertschätzung seitens der Therapeutin weniger wird.

„Wenn mir jemand etwas erzählt, dann versuche ich da mitzugehen in der Welt des anderen, und damit man so ein schönes Bild hat, gemeinsam schauen wir uns einmal da um und dann werde ich mich in manche Sachen gut einfühlen können und in manches weniger gut. Und gerade wo Inkongruenzen sind, da hängt man ja dann und gerade da ist es dann schon auch gefragt diese Bruchstellen mir genau anzuschauen und einmal hinzuspüren, wie geht es mir damit, was löst das bei mir aus, und damit auch zu arbeiten. Wobei es ist schon ein Immer – wieder – Ringen – darum, gerade auch, wenn es schwerere Störungen sind. In diese Erlebenswelt des anderen, da mitzugehen und es wird auch immer wichtiger mit der Zeit auch an diese Bruchstellen zu kommen. Also das ist nicht, jetzt hat man einmal die Empathie und dann fährt man los, so ist es ja nicht.“

„Also, wo es dann nicht so gelingt, oder wo man dann merkt, dass die Wertschätzung weniger wird.“

4.2 Umgang mit Bruchstellen

Wenn es nun an solche Bruchstellen kommt, so ist es für Therapeutin E wichtig sich diese genau anzuschauen und zu schauen, ob es etwas beim Klienten ist, vielleicht ein Thema der Therapeutin selbst oder etwas zwischen ihr und dem Klienten. So kann es sein, dass diese Bruchstelle zu einem gemeinsamen Thema in der Therapiestunde wird, oder aber, dass sich Therapeutin E in der Reflexion der Stunde die Theorie herholt oder sich gegebenenfalls mit ihr selbst beschäftigt.

„Das heißt meistens, dass entweder, ich verstehe was nicht, oder auch es ist ein eigenes Thema von mir, dass ich merke, ich sollte mir das bei mir anschauen. Also das meine ich mit Ringen.“

„Ja, es kann Verschiedenes sein. Es kann beim Klienten sein, bei mir, aber auch in dem so wie wir hier miteinander tun. Mein Job als Therapeutin ist es das wahrzunehmen und nicht mich drüber zu schwindeln, sondern vielleicht so ein „Oh, holla, da hakt es.“, und dann wirklich mir Zeit zu nehmen mir das genau anzuschauen, was ist das genau. Meistens sind das dann die Bruchstellen, wo man dann schön weiter kommt, aber man muss sie wahrnehmen und hinschauen.“

„Das kann ich jetzt nicht so sagen, das ist es, sondern manchmal merkt man es hier, gemeinsames Thema, wo wir gemeinsam hinschauen oder ich in der Reflexion der Stunde nachher so „Oh da hängt es irgendwie.“, und dann kann ich im Reflektieren auf was draufkommen, ich kann die Theorie mir herholen oder eben mich mit mir selber beschäftigen, also das schaut verschieden aus.“

4.3 Reflektieren

Es ist für Therapeutin E wichtig nach einer Stunde zu reflektieren, was war, und sie meint weiter, dass das ja auch die Klienten machen. Manchmal ist es sogar möglich, das in der Therapiestunde mit dem betreffenden Klienten zu besprechen.

„Ja, das sollte man sowieso nach jeder Therapiestunde tun, ein bisschen nachdenken, was war, sind wir sogar gesetzlich verpflichtet, glaube ich. Nicht, dass es alle machen, aber ich halte es für sinnvoll, aber auch zum Beispiel, die Klienten die tun das ja genauso „Holla da hängt es.“, jetzt machen wir mal beide einen Schritt und schauen, was ist da jetzt passiert, was war denn da jetzt. Also kann man ja auch in einer Therapiestunde machen, nicht mit jedem Klienten, aber mit manchen kann man das ja tun.“

4.4 Es geht anders weiter

Wenn Therapeutin E nun an einer solchen Bruchstelle reflektiert, so kann sie empathischer und wertschätzender wieder in die Stunden gehen und ist dann mit einer anderen Präsenz und einem erhöhten Verständnis da. So kommt sie auch wieder in Kontakt mit dem anderen. Sie meint, dass sie gerade bei Kindertherapien merkt, dass es oft gar nicht notwendig ist etwas anzusprechen, sondern dass es schon ausreicht, wenn es anders weitergeht.

„Ja sicher, man ist empathischer, hat mehr Wertschätzung und ist auch kongruenter, was dann so ein Thema ist. Und das Spannende ist, ich merke das ja in Kindertherapien noch viel deutlicher als mit Erwachsenentherapien, dass das schon alleine reicht, dass das anders weitergeht. Ich muss es nicht ansprechen, ich muss nicht sagen „Holla, da bin ich auf was draufgekommen!“, sondern alleine dadurch, dass ich dann anders da bin mit diesem erhöhten Verständnis, bewirkt das schon die nächsten Schritte bei den Klienten, das finde ich eine unheimlich spannende Geschichte.“

„Genau, ich komme mit einer anderen Präsenz, ja andere Präsenz ist es, und eben einem vergrößerten Verständnis. Das macht mehr möglich wieder.“

„Und damit bin ich auch mehr wieder in Kontakt mit dem anderen.“

5. Schwierige Therapiesituationen

Es kann allerdings auch sein, dass eine Therapie nicht so schnell wieder in Fluss kommt und zwar wenn es Therapeutin E über einen längeren Zeitraum hinweg nicht gelingt etwas zu klären oder etwas zu verstehen. Das kann besonders bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein.

„Naja, schon, wenn es mir nicht gelingt, also über einen längeren Zeitraum nicht gelingt, da was zu klären. Wenn ich da immer wieder, also bei heftigeren Persönlichkeitsstörungen hat man das schon, also da bin ich störungsspezifisch ein bisschen drinnen, aber da hat man das schon, dass man über einen längeren Zeitraum was nicht wirklich gut verstehen kann oder sich da nicht gut einfühlen kann. Also nicht von Stunde zu Stunde, ah ja, da ist mir was klar, und es geht anders weiter, sondern so was kann sich schon auch länger hinziehen.“

5.1 Beispiel

Um eine solche schwierige Therapiesituation zu veranschaulichen, schildert Therapeutin E die Situation, die sie mit einer Klientin hatte. Durch dieses Beispiel möchte Therapeutin E auch zeigen, dass eine gute und vertrauensvolle Beziehung auch eine Krise tragen kann.

„Ich meine, wenn eine vertrauensvolle Beziehung da ist, trägt sie das schon. Okay? Also da fällt mir eine Klientin ein..., nehmen Sie auch sehr praktische Beispiele? (I: Ja, gerne.) Ja? Neunzehn, schwer borderlinig, Unmengen an Selbstmordversuchen, schwierig, immer wieder heftige Beziehung zwischen uns, da muss ich mehr tun als einmal in der Woche zur Verfügung stehen, auch telefonisch zur Verfügung stehen, das ist bei einer schweren Borderlinestörung was Übliches, da sind wir wieder ein bisschen bei der Störungsspezifität. Dreißig Stunden jetzt ungefähr bei mir gewesen, mein Gefühl, es wird langsam, es wird immer tragfähiger, das hat sich jetzt auch, Gott sei Dank, bewahrheitet, aber ich war ein bisschen skeptisch, weil ich mich da in vieles auch nicht gut einfühlen konnte, sehr abhängige Beziehung zu einem Zuhälter, geht auf den Strich für ihn. Mit allem Drum und Dran. Hat es geschafft sich von ihm etwas zu lösen, die Beziehung zu ihm abzubrechen, hat ihr Studium aufgenommen, hat zu arbeiten angefangen, war ganz okay. Vor Weihnachten versöhnt sie sich wieder mit ihm, ich hab da sehr mit meiner Kongruenz gearbeitet, ihr auch deutlich gesagt: „Ich mache mir große Sorgen um Sie.“. Vorher haben wir daran gearbeitet, wie sehr ihr diese Beziehung zu diesem Zuhälter schadet, die eine Wiederholung der Geschichte mit ihrem Vater ist, wo wir noch viel arbeiten müssen, Klammer auf, Klammer zu. Sie hat gesagt, ja sie weiß eh, aber es geht nicht anders. Dann war ich zwei Wochen auf Urlaub, habe mit ihr vereinbart, sie kann sich jederzeit bei mir rühren, ich befürchte, es wird haarig werden, „Nein, nein, ich schaffe das schon.“. Okay, an meinem ersten Arbeitstag nach den zwei Wochen hätte sie einen Termin gehabt, erscheint nicht. Ich rufe sie, hebt nicht ab, nichts, ich probiere es eine Woche später, geht nicht ran, ich hinterlasse eine Nachricht, rührt sich nicht. Scheiße. Ich probiere es jetzt nach drei, vier Wochen wieder, diesmal ist das Tonband, Gott sei Dank, eingeschaltet auf ihrem Handy und sage ihr, ich mache mir Sorgen, ich hätte gerne gewusst, was los ist, und vielleicht kann sie mich doch zurückrufen. Sie ruft mich zurück, was war? Selbstmordversuch in der Silvesternacht, schwerer Autounfall, Koma, Intensivstation und jetzt auf Rehab. Und dann haben wir lange geredet und sie wird dann wahrscheinlich wieder kommen. Aber da denke ich mir, da hat die Beziehung getragen, also da trägt die Beziehung schon. Sie hat sonst niemanden, keinen Kontakt mehr zur Mutter, die ist neunzehn, das Mädchen, aber da hat es getragen, mit viel Bauchweh, aber das hat es ausgehalten. Das ist vielleicht ein schönes Beispiel, ich meine, ich kann es mir theoretisch erklären mit einer sehr missbräuchlichen Vaterbeziehung, dass sie sich dann in so eine abhängige Beziehung mit dem Zuhälter begibt, aber verstehe ich auch viel noch nicht, da muss man auch noch viel daran arbeiten, aber die Beziehung trägt es. Also das ist vielleicht so ein Beispiel, damit können Sie was anfangen.“

5.2 Veränderung mit den Jahren

Therapeutin E meint, dass es ihr gerade am Anfang ihrer Berufstätigkeit passiert ist, dass die therapeutische Beziehung solche schwierigen Situationen nicht getragen hat und es daher zu Therapieabbrüchen gekommen ist. Aus solchen Erfahrungen hat Therapeutin E gelernt, so zum Beispiel, dass sie bei einer Borderlinestörung aktiver als bei anderen Störungsbildern sein muss um auch die Beziehung zu halten. Darüber hinaus auch mit der eigenen Persönlichkeit zu arbeiten, neugierig und wertschätzend zu bleiben ist für Therapeutin E auch entscheidend für ihre Arbeit geworden.

„Ja, ich meine, ich arbeite ja schon lange genug und am Anfang ist mir das öfter passiert und das gehört dazu und da muss man durch und etwas lernen daraus, woran hängt es. So wie ich mit diesem Mädli tue, hätte ich vor fünfzehn Jahren nicht gekonnt, das wäre wahrscheinlich mit einem Therapieabbruch geendet. Heute weiß ich, dass bei so einem Störungsbild ich schon aktiver sein muss, ich die Beziehung halten muss und auch in dem Davor. Also das ist natürlich heikel und ich habe auch nicht damit gerechnet, dass sie sich dauerhaft von diesem Menschen trennen kann, weil dafür ist viel zu viel noch ungelöst von ihrer Kindheit. Aber das ist die Kunst vielleicht jetzt sie in der Beziehung zu halten, aber trotzdem auch anzusprechen, was nicht gut tut, und das ist mir da gut gelungen zu sagen, da arbeite ich mit meiner Persönlichkeit, „Ich mache mir Sorgen um Sie, aber ich kann es auch verstehen, dass Sie es nicht mehr ausgehalten haben ohne ihn.“, und die Kunst ist es dann eine neugierige, nicht wertende Haltung, also neugierig: „Tun Sie mir da ein bisschen erzählen, wie das ist und wieso wieder.“, aber nicht wertend. Sobald ich da, das hätte ich vielleicht gemacht, zu werten begonnen hätte, „Ist die deppat oder irgendwas?“, die spürt das, dann ist es aus, die ist futsch.“

5.3 Eine bestimmte Qualität von Beziehung anbieten können

Was sich auch im Laufe der Jahre für Therapeutin E verändert hat, ist, dass sie nun eine bestimmte Qualität von Beziehung anbieten kann, indem sie auch dann wertschätzend, anerkennend, neugierig und interessiert ist, wenn sie manches auch nicht gut findet oder nicht verstehen kann.

„Und das konnte ich früher noch nicht, in dieser Qualität auch Beziehung anzubieten, dass, auch wenn ich manches nicht verstehe oder manches auch nicht so toll finde, trotzdem diesen Menschen wertzuschätzen, anzuerkennen, ihn zu lassen und eher mit einer neugierigen Haltung das besser verstehen, warum das so ist.“

„Und das hat sich im Laufe meiner Arbeit verändert, dass ich auch diesen Beziehungsaufbau und auf eine tragfähige Beziehung auf dieses, wenn ich was nicht verstehe, bin ich neugierig und nicht wertend, viel auch nehmen zu können und auch den anderen zu halten in der Beziehung.“

Wichtig ist für Therapeutin E auch in solchen Situationen echt zu sein und z.B. ihrer Sorge Ausdruck zu verleihen.

„Also, das darf nicht zu kurz kommen, weil sonst kann ich nicht mehr wirklich gut da sein, mit meiner berechtigten Sorge, ja?“

6. Die gemeinsame Beziehung

Nachdem die therapeutische Beziehung eine gemeinsame Beziehung von Therapeutin und Klient ist, kann sich sowohl auf Seiten der Therapeutin als auch auf

Seiten des Klienten etwas verändern, was dann dazu führt, dass man die Therapie beendet.

„Das ist ein Faktor, dann gibt es einen Faktor bei Therapeutin, einen Faktor beim Klienten, also das ist immer unsere gemeinsame Beziehung, aber auch ich und du und da kann sich bei mir irgendwie massiv etwas verändern oder auch beim Klienten. Also die sechs Variablen gelten eben die ganze Zeit und es gibt Klienten, die dann, wenn irgendwas offensichtlicher wird, sagen: „Nein, ist zu heikel, aus, Ende, mag nicht mehr.“, ist auch legitim, weil es ihnen zu steil wird, was sich da jetzt tut, oder bei mir kann sich auch etwas verändern. Es kann bei einer Therapeutin genauso an ein Thema kommen, womit sie nicht zurecht kommt und dann ist es eigentlich auch nur fair, wenn man sagt „Okay, geht nicht mehr.“.“

„Ja, oder zu einem „Geht – nicht – mehr – miteinander“, man kann sich ja auch im Guten trennen, aber wo es dann einfach ein Ende gibt.“

6.1 Gemeinsam Spiralen gehen

Bleiben Klienten aber über einen längeren Zeitraum in der Therapie, so erlebt Therapeutin E es so, dass sie sich mit den Klienten in Spiralbewegungen begibt, wobei es „Easy – Stunden“ und „Weniger – easy – Stunden“ gibt.

„Wir gehen solche Spiralen, man kann sich eine Therapie schon so vorstellen, nur weil man einmal etwas gelöst hat, heißt das nicht, es ist alles gelöst. Also, ich erlebe es schon so als eine aufwärts gehende Spirale, man zieht so seine Kreise und dann gibt es so „Easy – Stunden“ und dann gibt es „Weniger – easy – Stunden“ und das ist oft so, was gut gelöst, dann so: „Mah, jetzt geht es mir eh schon gut und soll ich jetzt aufhören oder nicht...“ dann gibt es eine ruhigerer Zeit und dann auf einer höheren Ebene die nächste Runde.“

„Und dann ist es wieder mit mehr Bemühen verbunden, genau.“

Die „Easy – Stunden“ bedürfen weniger aktiven Bemühens seitens der Therapeutin als die „Weniger – easy Stunden“ und Therapeutin E nimmt in der Therapie auch wahr, wo sie sich gerade in einer solchen Spiralbewegung mit einem Klienten befindet.

„Braucht weniger, ja.“

„Ich nehme es wahr, ja. Also ich mache diese Schleifen ja mit, ja okay, das kenne ich schon, das ist jetzt die Ausruhphase, wo man auch die Erfolge genießt, wo Kräfte gesammelt werden, wo unser Gemeinsames ein Ruhigeres ist und dann kommt meistens die nächste Runde. Aber es ist so ein gemeinsames ein bisschen Zurücklehnen und auch easier Stunden.“

7. Auf sich selbst schauen

Um auch die geforderte Präsenz, diese hohe Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit für diesen Job liefern zu können, betont Therapeutin E, dass es ganz besonders wichtig ist, auf sich selbst zu schauen und sich auch entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

„Ja, also ich versuche wirklich präsent zu sein und deswegen sind mir meine Pausen dazwischen wichtig und ich arbeite auch nicht mehr als eine gewisse Stundenanzahl pro Tag und pro Woche, weil ich kann nicht rund um die Uhr diese Präsenz liefern, die ich brauche für den Job. Also, ich tue auch bewusst hergehen und nachhause

gehen, das gehört auch dazu, so ein bewusstes Langsamerwerden, Ruhigerwerden, Präsenzwerden. Mir tut gehen gut, bin ich drauf gekommen, ich gehe bewusst her, komme nicht ganz knapp, sondern ein bisschen früher, tue mich in Ruhe einstellen auf diese Arbeit hier und tue dann aber, wenn ich nachhause gehe, auch bewusst wieder so auf Alltagsbetrieb umschalten. Diese Präsenz, das ist ein Zustand von hoher Aufmerksamkeit, den kann ich auch nicht rund um die Uhr liefern, will ich auch nicht.“

„Na das Wichtigste ist das wirklich Gut – auf – sich – Schauen damit, man auch die für diesen Job geforderte Präsenz, das ist ja schon ein Zustand erhöhter Wahrnehmungsfähigkeit...“

„Auf allen Ebenen, nicht nur auf das Wort, sondern was Umfassendes, was Ganzheitliches. That's it. Und das sollte man pflegen oder muss man pflegen.“

7.1 Psychohygiene

Um den Job als Therapeutin auch gut zu machen und zu „überleben“ ist es für Therapeutin E entscheidend, gut zwischen Beruf und Alltag zu trennen und sich abgrenzen zu können. Hierbei ist es wiederum wichtig sich geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, damit auch das Einstimmen und Umstimmen gut gelingt.

„Ich trenne das sehr, weil sonst würde ich den Job nicht überleben. Ja, es ist so! Psychohygiene. Das funktioniert ganz gut in der Zwischenzeit.“

„Wie ich angefangen habe, haben mich meine Klienten in der Nacht in jedem Traum verfolgt. Na das gehört dazu, das ist normal.“

„Das ist irre anstrengend, aber bis man dieses Abgrenzen und Runterkommen lernt oder auch dieses, was brauche ich für Bedingungen, damit mir dieses Umstimmen, dieses Einstimmen gut gelingt, damit ich auch hier gute Arbeitsbedingungen habe. Also das ist der Vorteil einer freien Praxis, dass ich mir diese Bedingungen, diese Rahmenbedingungen so gestalte, dass ich das gut machen kann.“

Kernaussagen

Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen können für den Einstellungsprozess wichtig sein, daher auch die Stunde gut für sich abzuschließen und Pausen zwischen den Klienten zu haben.

Sich den anderen herholen / Wenn etwas offen geblieben ist

Um sich auf einen Klienten einzustellen, kann man sich diesen im Geiste herholen und überlegen, was in der letzten Stunde Wichtiges war. Im Zuge dieses Herholens kann es weiters wichtig sein zu überlegen, ob etwas offen geblieben ist, das präsent zu haben und zu schauen, ob der Klient dort weitermachen möchte.

In die Stunde hineingehen

Am Beginn einer Stunde kann man abwarten, ob die Klienten von sich aus anfangen und wenn es jemandem schwer fällt, entsprechend darauf zu reagieren.

Wahrnehmung

Zu Stundenbeginn kann es wichtig sein wahrzunehmen, wie der betreffende Mensch gekommen ist und Veränderungen wahrzunehmen. Auch diese Wahrnehmungen können seitens der Therapeutin angesprochen werden.

Offen sein

Zwar können schon vom ersten Telefonat an Bilder und Ideen über einen Menschen bei der Therapeutin entstehen, dort aber nicht zu verharren und für Neues offen zu bleiben, kann wichtig sein.

Resonanz

Es ist wichtig zu schauen, ob zwischen Therapeutin und Klienten eine Resonanz entsteht, und ob es möglich ist eine Beziehung miteinander einzugehen, wobei das Störungsbild in den Hintergrund treten kann.

Wenn keine Resonanz entsteht / Veränderungen mit den Jahren

Es kann sein, dass Therapeutin E keinen Zugang zu einem Klienten finden kann, was daran liegen kann, dass sie sich nicht in den Klienten einfühlen kann oder aber, sich dieser mit dem Beziehungsangebot nichts anfangen kann. Hier kann es hilfreich sein, das anzusprechen. Therapeutin E musste im Verlauf ihrer Berufsjahre erst lernen, gut darauf zu achten, ob es mit einem Klienten passt oder nicht.

Aktives Bemühen

Für Therapeutin E läuft in der Therapie nichts von selbst, sondern ihr Tun ist immer mit einem aktiven Bemühen verbunden.

Bruchstellen

Dort, wo bei einem Klienten Inkongruenzen bzw. Bruchstellen auftauchen, kann es wichtig sein darauf zu achten, was es bei der Therapeutin selbst auslöst. An solchen Bruchstellen kann es sich seitens der Therapeutin um ein Ringen um Empathie handeln und auch die Wertschätzung kann an solchen Stellen geringer werden.

Umgang mit Bruchstellen

An Bruchstellen kann es besonders wichtig sein zu schauen, ob das Problem beim Klienten, der Therapeutin oder zwischen Klient und Therapeutin liegt. So kann man sich als Therapeutin die Theorie herholen, über sich selbst reflektieren oder aber das Thema wird zu einem gemeinsamen Thema in der Therapie.

Es geht anders weiter

Wenn man an Bruchstellen reflektiert, kann es sein, dass man empathischer, wertschätzender, mit einem erhöhten Verständnis und einer anderen Präsenz in die Stunden geht.

Schwierige Therapiesituationen

Es kann sein, dass eine Therapie nicht so schnell wieder in Fluss kommt, wenn es über einen längeren Zeitraum hinweg nicht gelingt, etwas zu klären oder zu verstehen. Das kann besonders bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein.

Veränderungen mit den Jahren

Am Anfang der Berufstätigkeit kann es sein, dass die therapeutische Beziehung schwierige Therapiesituationen nicht tragen kann und es so zu Therapieabbrüchen kommt. Aus Erfahrung kann man lernen, dass man zum Beispiel bei einer Borderlinestörung aktiver sein muss als bei anderen Störungsbildern, um die Beziehung zu halten und auch mit der eigenen Persönlichkeit zu arbeiten.

Eine bestimmte Qualität von Beziehung anbieten können

Es kann sein, dass man mit den Jahren lernt eine bestimmte Qualität von Beziehung anzubieten, indem man auch dann wertschätzend, aner kennend, neugierig und interessiert ist, wenn man manches nicht gut findet oder nicht verstehen kann.

Die gemeinsame Beziehung

Zumal es die gemeinsame Beziehung von Therapeutin und Klient ist, kann es sein, dass sich auf einer der beiden Seiten etwas verändert und es so zu einer Beendigung der Therapie kommt.

Gemeinsam Spiralen gehen

In länger laufenden Therapien kann es sein, dass man sich mit den Klienten in Spiralbewegungen begibt und es „easy – Stunden“ gibt und „weniger – easy Stunden“, wobei erstere weniger Bemühen seitens der Therapeutin bedürfen als zweite.

Auf sich selbst schauen

Um die, für den Therapeutenjob geforderte, Präsenz, hohe Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit liefern zu können, kann es besonders wichtig sein, auf sich selbst zu schauen und sich entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

Psychohygiene

Um als Therapeutin den Job gut zu machen und auch gut zu überstehen, ist es entscheidend, gut zwischen Beruf und Alltag zu trennen, sich abgrenzen zu können und sich wiederum geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, um sich gut ein- und umstimmen zu können.

Gespräch mit Therapeutin F

Zur Person:

Therapeutin F ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und als solche institutionell tätig. Seit 1993 ist Therapeutin F als personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis tätig und arbeitet mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Weiters ist sie als Lehrbeauftragte bei verschiedenen Weiterbildungen tätig.

Verdichtungsprotokoll Therapeutin F

Gesprächseinleitung

I: Also die Frage, der ich im Interview nachgehen möchte, ist, wie Sie sich als Therapeutin auf Ihre Klienten einstellen oder von Klient zu Klient umstellen und was da bei Ihnen für Prozesse ablaufen, wie ich mir das vorstellen kann.

TF: Puh! Das ist nichts, was man sich so gut überlegt, was man da genau macht.

1. Rahmenbedingungen

Wenn Therapeutin F merkt, dass sie angestrengt ist und eine Pause braucht, was nach heftigeren Stunden der Fall sein kann, dann macht sie Thai – Chi Übungen oder Entspannungsübungen zwischendurch. Sich von Klient zu Klient umzustellen fällt ihr nicht besonders schwer, da sie auch darauf schaut zum Beispiel nicht drei Klienten mit depressiver Verstimmung nacheinander zu haben. Weiters arbeitet sie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, was per se eine Umstellung mit sich bringt.

„Ganz grobe Sachen sind, wenn ich merke, dass ich angestrengt bin und eine Pause brauche, dass ich Thai – Chi Übungen oder Entspannungsübungen zwischendurch mache, die gehen ganz schnell, um mich wieder frei zu kriegen. Aber das ist jetzt nicht nach jeder Stunde notwendig oder so, das ist einfach etwas, wenn irgendwas heftiger war. Wenn dann eine Stunde ausfällt, dass ich so was zwischendurch mache. Sonst vom Umstellen, es fällt mir nicht wirklich schwer mich umzustellen, es liegt vielleicht auch daran, dass ich schaue, dass ich jetzt nicht drei Klienten mit depressiver Verstimmung oder mit Depressionen nacheinander habe, sondern ich schaue, dass ich das zeitlich gut mische, das geht sich immer recht gut aus und ich arbeite mit Kindern und mit Erwachsenen und Jugendlichen, das bringt von selber immer eine große Veränderung je nach Stundensetting dann. Weil entweder ich bin da bei den Erwachsenen im Sitzen oder drüben im Spieltherapiezimmer und da nehme ich schon ganz andere Körperhaltungen ein und dadurch ist es auch nicht so schwierig.“

1.1 Wo stehen wir gerade?

Vor den Stunden holt sich Therapeutin F bei den Kindern ihre Aufzeichnungen her oder überlegt bei den Erwachsenen, wo sie gerade mit einem Klienten steht. Manchmal überlegt sie auch, was sie sich in der Interventionsgruppe angeschaut hat und welche Haltung sie daher in der Stunde einbringen möchte.

„Ich meine vorbereiten, bei den Kindern bereite ich mich oft so vor, dass ich meine Stundenaufzeichnungen mir vorher noch anschau, bei den Erwachsenen, dass ich

mir oft noch überlege, was war denn in der letzten Stunde oder wo stehen wir gerade, bei welchem Thema. Manchmal auch, was ich mir in der Intervisionsgruppe gerade angeschaut habe, wenn was schwierig war bei einem Klienten, dass ich mir das noch mal herhole, was ich mir vorgenommen habe als Haltung zumindest einmal einzubringen.“

1.2 Schwierige Stunden abschließen

Wenn Stunden sehr dicht und anstrengend waren und Therapeutin F auch über die fünfzig Minuten hinausgegangen ist, weil die Stunde nicht gut abschließbar war, so nimmt sie sich danach eine Auszeit um auch bewusst loslassen zu können, was war. Wichtig ist es dabei, die Stunde noch mal für sich gut abzuschließen und wieder leer zu werden, um sich auf den nächsten Klienten einzustellen.

„Also ich denke jetzt gerade an Stunden, die sehr dicht sind und die ich als anstrengend erlebe, weil sie vielleicht nicht so befriedigend ausgehen und nicht, ich sage einmal, lockere Psychotherapiestunden sind. Da nehme ich mir dann nachher oft noch, es sind dann auch manchmal Stunden, wo ich über die fünfzig Minuten drüber gegangen bin, weil es nicht gut abschließbar war, ein bisschen eine Auszeit. Also dem nächsten Klienten sage ich, er kann sich schon reinsetzen oder sie kann sich reinsetzen, aber dass ich noch ein bisschen Pause brauche, und ich gehe dann raus, Klo ist immer eine gute Möglichkeit, oder in die Küche setzen und was trinken oder Kleinigkeit essen, bewusst durchatmen, bewusst loslassen, was da war. Schwierige Stunden sind auch oft verbunden mit einer sehr dichten Energie und dann muss ich immer sofort lüften auch. Also sind auch Entspannungstechniken mit bewusstem Ein- und Ausatmen, das loslassen, was war und noch wahrnehmen, was da genau war, was jetzt schwierig war, also die letzte Stunde für mich innerlich noch einmal abschließen und dann schauen, dass ich leer werden kann und in dem Leerwerden bin ich dann wieder bereit, mich auf den nächsten Klienten einzustellen. Da kann ich dann wieder in den Raum hereingehen und mich gegenüber setzen und bin für den nächsten da.“

1.3 Loslassen und Leermachen

Stunden gut abzuschließen, loszulassen und leer zu werden, um sich dem nächsten Klienten widmen zu können, ist für Therapeutin F wichtig und sie meint, dass das bei leichten, gut abschließbaren Stunden keine Schwierigkeit darstellt, bzw. wenn sie ausreichend Pause zwischen den Klienten hat. Um sich leer machen zu können, helfen Therapeutin F ihre Erfahrungen mit Meditation.

„Und das ist jetzt, dieses Leermachen ist ja nichts speziell Personzentriertes, das hat auch damit zu tun, dass ich meditiere, oder dass ich da auch Erfahrungen habe auf dem Gebiet, wie das geht. Bei den leichten Stunden, die einfach, ich sage, die nicht besonders anstrengend sind, und das sind doch die meisten, muss ich sagen, da brauche ich mich nicht groß umstellen. Weil bei leichten Stunden habe ich das Gefühl, da ist ein guter Abschluss von der Stunde, da passt das und das kann ich dann sofort loslassen in dem Moment, wo ich mich verabschiede. Und dann ist für mich der Nächste (dran). Oder wenn ich meine normale Pause habe, dann ist das überhaupt etwas, was ganz leicht geht. Ich kann aber auch in der Zwischenzeit Telefonate erledigen oder so.“

2. Wahrnehmung und Resonanz

Das Einstellen ist für Therapeutin F ganz eng mit der Resonanz verknüpft, die zwischen dem Klienten und ihr entsteht. Sobald sie entspannt ist, kann sie den anderen auf sich wirken lassen und spürt auch körperlich sehr schnell, wie der andere auf sie wirkt. Sie meint, dass das gar nicht bewusst stattfindet.

„Ja, ja, das fällt, glaube ich, alles unter Resonanz an und für sich. Ich denke mir in dem Moment, wo ich mich jemandem gegenüber setze oder gegenüber bin, dann ist so ein Spüren von dem, also den anderen Menschen spüren in seiner Präsenz, wobei das jetzt etwas ganz Allgemeines ist. Das hat noch nichts mit Empathie oder Einfühlungsvermögen zu tun, sondern das hat was mit, indem ich entspannt bin, einfach ein Einwirken lassen auf mich, wie der andere jetzt auf mich wirkt und das spüre ich körperlich, würde ich sagen, sehr schnell. Das heißt, ich schaue jetzt nicht, ist der andere jetzt entspannt oder wie ist die Körperspannung, also so bewusst geht das überhaupt nicht. Also wenn sich jemand offensichtlich nur auf die Sesselkante setzt, bei Erstgesprächen fallen solche Dinge natürlich sehr auf. Aber bei länger gehenden Therapien kenn ich ja die Menschen schon recht gut und in dem Moment, wo der mir gegenüber zu sprechen anfängt (...) da spüre ich dann, ist der jetzt entspannt oder ist er angespannt, ist es schwierig, ist er gerade in einer schwierigen Situation oder ist es leichter. Meistens zeigt es sich gleich in den ersten Minuten, wie sich diese Stunde entwickeln wird.“

Therapeutin F sieht ihr Wahrnehmen des andern als Resonanzphänomene und beschreibt dieses Wahrnehmen näher:

„Ich meine, ich würde das als Resonanzphänomene sehen, das ist das, was ich im Gegenüber wahrnehme, dass ich das körperlich bis zu einem gewissen Grad spüren kann, und natürlich auch ein Sehen, ja alles, was ich wahrnehme, vom Sehen aber auch vom Hören natürlich, wie die Stimme ist, auch vom Aussehen her natürlich, ob sie strahlen, oder ob sie sehr geknickt und geduckt sind, und ob das in Abweichung zu dem ist, wie ich sie bis jetzt wahrgenommen habe. So was fällt natürlich sehr schnell auf.“

Ihr Wahrnehmen beschreibt Therapeutin weiters als ein bewusstes Wahrnehmen der Resonanz in ihrem Körper.

„Was ich jetzt gemeint habe, ist, bewusst wahrnehmen, noch gar nicht überlegen, bewusst wahrnehmen, wie ist die Resonanz in meinem Körper, das habe ich jetzt vorhin gemeint.“

2.1 Wahrnehmung und Präsenz

Das von ihr beschriebene Wahrnehmen ist für Therapeutin F ein umfassendes Wahrnehmen, das auch etwas mit Präsenz zu tun hat. Es ist zwar der Fokus darauf gerichtet, den anderen wahrzunehmen, aber entscheidend ist es auch, sich selbst gut in der Situation wahrzunehmen. Sich selbst auch gut wahrzunehmen, hat bei Therapeutin F dazu beigetragen, dass sie in ihrer Arbeit gelassener sein kann und darauf vertrauen kann, dass sie das Wesentliche mitbekommen wird.

„So ein umfassendes Wahrnehmen, und das hat sehr viel was mit Präsenz zu tun und es hat nicht nur damit zu tun, den anderen wahrzunehmen, obwohl immer natürlich der Fokus darauf ist, sondern ich glaube, dass ich mich im selben Moment

auch sehr gut wahrnehme, das ist etwas, was ich gelernt habe, beim Fokussing vor allem. Vor allem als Anfängerin die Haltung oft dann so vorgebeugt, ich muss das verstehen, ich muss das verstehen, dass das einer Gelassenheit Platz gemacht hat, dass ich das Wesentliche schon mitkriege und auch, dass es genauso wichtig ist mich selber zu spüren wie das Gegenüber. Und einer meiner wichtigsten Sätze, den ich auch allen weitergebe in der Supervision, ist: „Einundfünfzig Prozent der Aufmerksamkeit für mich selber und neunundvierzig Prozent reichen für den Klienten.“. Und dieses „Ein-bisschen-Mehr-für-mich“ hat sehr damals dazu beigetragen, wie ich das gelernt habe umzusetzen, dass ich in sehr vielen Situationen oder meisten Situationen gelassen sein kann. Entspannt sein kann, also nicht so unter Druck komme jetzt selber.“

2.2 Wahrnehmen der Beziehung bzw. des Beziehungsraumes

Wenn es um die Resonanz zwischen einem Klienten und ihr geht, so geht es daher für Therapeutin F um die Beziehung, um das Wahrnehmen der Beziehung, und da eine Beziehung immer aus zwei Personen besteht ist es auch wichtig, dass sie sich selbst gut wahrnimmt. Therapeutin F beschreibt dieses Wahrnehmen beider an der Beziehung beteiligten Personen als ein gleichzeitiges Wahrnehmen und weniger als ein Hin- und Herwechseln. Bei schwierigen Themen kann es allerdings sein, dass es ein Hin- und Herwechseln ist bzw. wird. Grundsätzlich aber ist es ein Wahrnehmen des Beziehungsraumes in dem Moment.

„Ja weil ich glaube, wenn man sagt, es geht um die Resonanz, dann heißt es, es geht um die Beziehung, die zwischen uns beiden ist, und in einer Beziehung geht es darum, sich genauso stark wahrzunehmen wie den anderen, oder ich kann eigentlich, klingt jetzt komisch, man kann sie ja nicht so getrennt sehen, es passiert ja dann auch etwas dazwischen und dieses Dazwischen in der Beziehung ist ja eigentlich das Interessante in der Therapie oder darauf basiert ja Therapie auch. Und in einer Beziehung muss man beide wahrnehmen, nicht nur den anderen, sonst ist es keine Beziehung.“

„(...) dieses Wahrnehmen von mir selber und vom anderen findet gleichzeitig statt, das ist nicht so ein Hin- und Herwechseln, das ist vielleicht manchmal in Therapiesituationen in der Stunde ein Hin- und Herwechseln dann in dem Moment, wo ich mich bewusst frage „Oh da ist jetzt was, da ist jetzt was Schwieriges beim Klienten, was macht denn das jetzt bei mir?“. Also wenn ich merke, da ist jetzt ein Thema, wo es wichtig ist, dass ich noch mal bei mir extra schaue und die Aufmerksamkeit nehme, was löst es bei mir aus, bin ich jetzt entspannt oder spanne ich mich jetzt auch so an. Aber im Normalfall ist es ein gleichzeitiges Wahrnehmen von mir und dem anderen, nicht so ein getrenntes. Aber so eine Gleichzeitigkeit.“

„Es ist ein Hin und Her, ich merke es ist schwierig auszudrücken, weil das ist schwer jetzt in theoretische Konstrukte zu übersetzen, wie man das sieht, ob das ein Hin- und Heroszillieren ist von der Wahrnehmung her. Also ich erlebe es eher als ein Wahrnehmen des Beziehungsraumes, das wäre vielleicht ein anderes Wort auch dafür, ein Wahrnehmen des Beziehungsraumes und der umfasst beide, nicht nur den Klienten.“

„In dem Moment, in diesem Augenblick gerade.“

2.3 Gegenseitigkeit

Therapeutin F meint, dass sich viel in diesem Beziehungsraum ereignet, von dem man dann nicht mehr eindeutig sagen kann, von wem zum Beispiel eine Idee gekommen ist, von ihr oder vom Klienten. In diesem Beziehungsraum findet ein

gegenseitiges Wahrnehmen statt, da sich auch die Klienten in die Therapeuten einfühlen.

„Also ich glaube, da passiert was in diesem Beziehungsraum, wo man dann nicht mehr sagen kann, war das jetzt meine Idee oder war das eh schon die Idee des Klienten und ich habe es vielleicht noch gespürt, bevor er es aussprechen konnte oder sie es aussprechen konnte. Also das ist ganz schwierig zu sagen oder hat sie oder er das schon bei mir wahrgenommen, also das ist halt gegenseitig, das ist ja nicht nur, dass ich als Therapeutin da mich einfühle und das spüre, die Klienten tun dasselbe ja mit uns und das wird oft unterschätzt oder als nicht so wichtig angesehen, aber wenn man selber in Therapie war als Klient, weiß man das auch, wie man das auch sehr genau spürt, wo gerade der Therapeut ist.“

3. Rückmeldungen, Bilder und Überlegungen

Im normalen Gespräch geht dieses verstehende Zuhören ganz automatisch. Wenn aber ein Bild bei Therapeutin F entsteht, das vielleicht einem Klienten etwas klarer machen könnte, so überlegt sie, ob es der richtige Zeitpunkt ist, das zu verlautbaren, oder ob sie es lieber noch für sich behalten sollte. Es kann allerdings passieren, wenn Therapeutin F sich dazu entschließt das Bild noch für sich zu behalten, dass der Klient von sich aus genau das anspricht. Das findet Therapeutin F immer besser, als wenn sie selbst es anspricht.

„(...) bin mir nicht sicher jetzt, ob das bewusst überlegen ist, was ich mache, (...) die Ideen oder was ich zurückgebe (...) entsteht sehr oft in Form von Bildern, wenn es jetzt um eine größere Intervention geht, also dieses normale im Gespräch sein und verstehendes Zuhören und so fällt jetzt da nicht drunter, das ist etwas, was sehr automatisch geht. Aber wenn es darum geht etwas zurückzugeben, was vielleicht auch etwas klarer macht dem Klienten oder ein Bild, das in mir entstanden ist, würde ich das nicht als ein bewusstes Überlegen definieren, also da gehe ich nicht auf eine Metaebene, sondern das ist etwas, was als Idee entsteht, und dann überlege ich mir, wenn ich diese Idee habe, ist das jetzt etwas, was gut wäre zu verlautbaren, laut zu sagen oder ist das noch etwas, was ich für mich behalten sollte. Oder manchmal entstehen ja auch unterschiedliche Ideen, Bilder, was ich jetzt sagen könnte und manchmal entscheide ich mich dafür, okay, das ist jetzt zu früh, das zu sagen, aber es ist wichtig, dass ich das merke und wahrnehme. Und oft ist es so, dass wenn ich mich entscheide, das nicht zu sagen, dass der Klient genau das sagt dann, also das sind interessante Resonanzphänomene an und für sich. Das passiert, für meine Begriffe relativ häufig eigentlich, das ist nicht so selten. Und das finde ich immer besser, wenn es vom Klienten kommt und nicht von mir gesagt wird.“

3.1 Krisensituationen

Therapeutin F empfindet ihr Überlegen in den Therapiestunden weniger als ein bewusstes, kognitives Überlegen auf einer Metaebene, sondern eher als ein bewusstes Wahrnehmen und Spüren. In Krisensituationen aber, oder wenn sie einen Klienten noch nicht gut kennt und sich nicht auskennt, findet ein bewusstes und kognitives Überlegen statt, wenn es zum Beispiel um Selbstmordgefahr geht. Therapeutin F meint, dass sie zu theoretischen Überlegungen besonders dann neigt, wenn sie alarmiert ist oder sich nicht gut auskennt.

„Ich meine, natürlich gibt es auch manchmal bewusstes Überlegen, aber das ist eigentlich mehr in Situationen, wo ich schnell handeln muss, also das heißt in

Krisensituationen, wo es um Selbstmordgefahr geht oder eben um eine Situation, wo der Betreffende sehr in Not ist und wo es schnell darum geht möglicherweise auch andere einzuschalten. Da ist es natürlich schon ein kognitives Überlegen auch. (...) Natürlich gib es manchmal Situationen, wo man sich kognitiv überlegen muss, was tu ich jetzt oder vielleicht manchmal, wenn ich sehr verwirrt bin und mich gar nicht auskenne, was vor allem bei Klienten vorkommt, die man erst seit Kurzem hat, kann das dann schon sein, dass ich dann auch kognitiv überlege: „Wo tu ich das jetzt hin, was heißt das jetzt?“, aber das heißt meistens, dass ich das kurz andenke in der Stunde und eigentlich mir dann nachher genauer überlege oder in der Supervision dann. Vielleicht, dass ich kurz eine Idee dazu habe. Also ich merke es eh, dass ich dann zu theoretischen Überlegungen neige, wenn ich ein bisschen alarmiert bin oder mich nicht gut auskenne.“

4. Erfahrung

Für Therapeutin F ist ein wichtiger Faktor beim Einstellen auch die Erfahrung. Sie meint, dass sie als Anfängerin mehr zu theoretischen oder kognitiven Überlegungen in den Stunden geneigt hat und jetzt wohl viel einordnen kann, ohne zu merken, dass solche Überlegungen stattfinden. Als Anfängerin war Therapeutin F schneller alarmiert, als sie es jetzt ist. Unter theoretischen Überlegungen versteht Therapeutin F vor allem Überlegungen zur Absicherung der therapeutischen Situation, und ob sie vielleicht etwas übersieht. Die Angst, etwas zu übersehen, hat sich durch die Erfahrung ebenfalls gelegt.

„Ich merke, dass der Faktor, der ein bisschen dazu kommt, ist natürlich auch Erfahrung. Also ich denke mir, da habe ich als Anfängerin sicher mehr noch theoretische oder kognitive Überlegungen dazu gehabt in der Stunde, als ich es jetzt wahrscheinlich habe, weil vieles kann man auch einordnen schon, ohne dass ich genau merke, dass ich mir das eigentlich überlege. Also ich bin mir da nicht so ganz sicher.“

„Wenn ich jetzt noch mal so darüber nachdenke, denke ich mir, ich war als Anfängerin natürlich schneller alarmiert oder besorgt, ob das jetzt gut gehen kann, wenn es der immer schlechter geht, zum Beispiel, die Depression immer weiter hinuntergeht. Ja, da bin ich vielleicht nicht mehr so schnell alarmiert. Ich glaube, ich habe vorher gesagt, immer wenn ich alarmiert bin, kommen noch die theoretischen Gedanken oder, ich meine jetzt gar nicht so theoretisch, sondern was ist zu tun. Ich meine jetzt gar nicht auf der Metatheorie, wie, was ist es für eine Diagnose, oder wie gehe ich jetzt vor genau, oder welche Intervention war gut, das meine ich jetzt gar nicht, sondern mehr so dieses, was ist zu tun an äußeren Dingen, um die Situation in der Therapie sicher zu machen. Oder übersehe ich da was, genau, das ist auch ein Alarmierzeichen, wenn man natürlich Anfängerin ist und noch nicht so viel Erfahrung hat, hat man schneller Angst etwas zu übersehen oder was nicht mitzukriegen. Das geht einfach mit mehr Erfahrung gelassener.“

4.1 Was läuft da noch alles ab?

Was alles an Prozessen in der Therapiesituation abläuft, kann Therapeutin F gar nicht so genau sagen, da sie aus ihrer Erfahrung mit Meditation weiß, dass man selbst dann noch viel wahrnehmen kann, wenn man eigentlich versucht, zu denken aufzuhören.

„Was geht da alles parallel noch an Gedanken oder so? Wenn man da ganz genau ist, müsste man sehr aus der Distanz noch einmal sich selber dabei zuschauen und

wahrnehmen. Und ich weiß von der Meditation, was man da noch alles wahrnehmen kann, wenn man eigentlich versucht, zu denken aufzuhören. Das ist oft unglaublich, daher bin ich da skeptisch, was ich da alles nicht wahrnehme, was da in der Therapiestunde passiert, aus dem heraus jetzt. Aber ich denke mir, dass das zumindest, was wir jetzt besprochen haben, die für mich wichtigsten Anteile zumindest sind, aber ich bin mir nicht sicher, dass das vollständig ist.“

4.2 Theoretische Überlegungen

Theoretische Überlegungen, in dem Sinne zu überlegen, mit welchem Störungsbild Therapeutin F es nun tatsächlich zu tun haben könnte, kommen ihr nicht bewusst während der Stunde, auch wenn sie natürlich in der Stunde etwas wahrnimmt. Therapeutin F bezeichnet das als einen Geschmack, den sie in der Stunde bekommt. So macht sie sich eine Art Notiz im Gedächtnis und schaut sich dann den Fall nach der Stunde oder in der Intervisionsgruppe genauer an.

„Da mache ich mir natürlich schon theoretische Überlegungen auch, versuche noch einmal wahrzunehmen, was war, und da hilft einem manchmal auch die Theorie. Wo hakt das jetzt gerade? Habe ich es da wirklich mit einer Depression zu tun oder doch mit einer Borderline, wo man so ein bisschen versucht zu schauen, aha, in welche Richtung geht denn da jetzt der Geschmack des Ganzen, und muss ich da vielleicht noch auf etwas mehr achten oder den Fokus ein bisschen verschieben. Das sind theoretische Überlegungen, die ich mir aber zumindest nicht bewusst während der Stunde mache, aber möglicherweise nehme ich da natürlich etwas wahr in der Stunde. Manchmal habe ich dann natürlich schon plötzlich „Ui, kommt doch eine Borderlinergeschichte daher?“, Fragezeichen, ist da irgendwas dran oder ist das doch noch im narzisstischen Bereich oder was immer da so ist oder wenn es um Persönlichkeitsstörungen geht, die ja nicht immer am Anfang richtig erkennbar sind, sondern erst dann, wenn man länger miteinander arbeitet, wie schwer das veränderbar ist.“

„Naja, der Geschmack oder so, das ist schon in der Stunde klar, also so weit sind natürlich schon die Gedanken oder Überlegungen da, aber quasi wie eine Notiz ist das dann, na ja so wie eine Notiz im Gedächtnis: „Borderline, Fragezeichen“, so irgendwie und ich nehme natürlich wahr, was dazu passen würde, wenn da was kommt, aber das ist dann etwas, was ich mir dann nach der Stunde genauer überlege, das ist auch nicht notwendig, dass mir das in der Stunde zu sehr durch den Kopf geht, diese Diagnosegeschichte. Ja, und dann, wenn ich allein nicht klar damit komme, mir allein nicht klarer werde, bespreche ich das in der Intervention. Wie es ja auch immer ist, wenn man den ganzen Verlauf sich dann wieder anschaut von einigen Stunden, es wieder auch neue Erkenntnisse gibt, als wenn man nur den Fokus auf die Stunde hat, in der man gerade ist.“

4.3 Karteikästchen

Durch ihre Erfahrung und ihr Wissen meint Therapeutin F, dass bei ihr das Zuordnen oder Einordnen gar nicht mehr so bewusst stattfindet. Sie stellt sich vor, dass es bei ihr so etwas wie Karteikästchen gibt, wo ihre Erfahrungen gespeichert und abrufbar sind. Sie nimmt an, dass sie da immer wieder vergleicht, wo etwas dazupassen könnte.

„(...) vielleicht ist es auch so aufgrund meines Wissens, natürlich meiner Erfahrung und meines Wissens natürlich, dass ich da, was weiß ich, ich habe mir gerade vorgestellt, da gibt es so, wie man es in Karteikästen anordnen würde, da gibt es

schon Strukturierungen, die ich, glaube ich, gar nicht mehr so bewusst vornehme, aber die sicher passieren, in welche Richtung tue ich das jetzt, wo die Erfahrungen alle so ein bisschen gespeichert sind und abrufbar sind. Und da vermute ich jetzt einmal, vergleicht man dann immer wieder, wo das hinein passt. Das ist das, was ich meine mit dem Geschmack. Was jetzt auch keine wissenschaftliche Ausdrucksweise ist, aber ich meine natürlich die ganzen Diagnosekriterien und die Erfahrungen, die ich jetzt schon mit vielen Menschen gemacht habe, oder mit Menschen, die eher in die psychotische Richtung gehen oder so.“

„Die (Karteikästchen) stehen bereit. Ich meine Karteikästen, das hat ja was mit neuronalen Verbindungen und was weiß ich mit diesem Ganzen zu tun, wie genau das funktioniert, ist glaube ich noch gar nicht durchschaut worden. Aber ich glaube, dass man Erfahrungen abgleicht und zusammentut und das führt natürlich zu einer theoretischen Erkenntnis auch.“

4.4 Resonanz und Einordnung

Therapeutin F meint, dass das Zuordnen aufgrund ihrer Resonanz und der jeweiligen Beziehungserfahrung passiert.

„Das sind doch sehr unterschiedliche Arten (der Erfahrung bei unterschiedlichen Störungsbildern), aber zuerst ist die Resonanz da, welche Resonanz habe ich auf diesen Menschen und dann kommt es erst zur Einordnung, weil aufgrund der Resonanz. Stimmt eigentlich, aufgrund der Beziehungserfahrung jedes Mal, weil es unterschiedliche Beziehungserfahrungen aufgrund unterschiedlicher Diagnosen sind. Stimmt, es geht so herum, weil Therapie geht so herum.“

5. Resonanz und Intuition

Bei Erwachsenen führt Therapeutin F keine bzw. kaum je Aufzeichnungen über die Inhalte und so ist es für sie immer wieder interessant, dass ihr in den Stunden auch immer wieder Inhalte aus bereits länger zurückliegenden Stunden einfallen, ohne dass sie sich vorher bewusst daran erinnert hätte. Auch das gehört für Therapeutin F zur Resonanz.

„Und das Spannendste finde ich überhaupt, dass ich mittlerweile, also bei Erwachsenen mache ich ja keine Aufzeichnungen, oder sehr selten zumindest, also keine Aufzeichnungen über den Inhalt der Stunden, da nur ganz selten, und das Interessante ist, dass dann oft, wenn in der jetzigen Stunde gerade etwas angesprochen wird, dass mir dann einfällt. „Ah da erinnere ich mich doch, da war doch vor fünf Stunden ungefähr irgendetwas, da haben Sie das und das gesagt.“, und das passt dann dazu, das sind Dinge, die dann einfach da sind, obwohl ich mich vorher nicht mehr bewusst daran erinnern habe können, dass das noch war. Also das gehört für mich eigentlich auch zur Resonanz dazu, weil es ist ja kein bewusstes Erinnern, sondern ich vertraue darauf, dass ich mir die meisten und die wichtigen Sachen merke, und dass sie mir dann auch einfallen, wenn es passt.“

Weiters meint Therapeutin F, dass am therapeutischen Prozess wesentlich mehr Intuition beteiligt ist, als gemeinhin behauptet oder angenommen wird. Therapeutin F merkt das besonders, wenn ihr in den Therapiestunden Gedanken oder Ideen kommen, die sie zunächst nicht zuordnen kann. Diese Gedanken haben eindeutig etwas mit der therapeutischen Situation zu tun, das weiß die Therapeutin aus Erfahrung, auch wenn sie nicht genau erklären kann, wie sie zu ihnen kommt. Solche Gedanken nimmt sie aber sehr ernst.

„Also ich glaube, dass überhaupt sehr viel Intuition im psychotherapeutischen Prozess dabei ist, als jetzt vielleicht offiziell in den wissenschaftlichen Arbeiten hineingeschrieben wird, weil Intuition ist so schwer messbar oder beobachtbar. Also ich halte das für eine ganz wichtige Geschichte, und Intuition ist ja noch spannender, wenn mir eine Idee kommt und ich denke mir: „Boah, das ist jetzt aber verrückt, da habe ich jetzt gar keinen Anhaltspunkt. Okay, warum kommt mir das jetzt?“. Und auch da ist es natürlich wichtig, das dann durch den Filter zu tun, sage ich das jetzt oder behalte ich das jetzt für mich, aber es ist auf jeden Fall etwas, was ich sehr ernst nehme und schaue, warum passiert das jetzt. Was hat das jetzt mit der Situation da zu tun? Und da bin ich hundertprozentig davon überzeugt, es hat was mit dieser Situation zu tun und da habe ich schon genug Vertrauen und Erfahrung, dass das so ist. Dass da nicht völlig absurde Gedanken kommen und das gar nichts mit dem zu tun hat, da kenne ich mich mittlerweile gut genug, dass ich nicht dazu neige, von außen, von wo ganz anders etwas herzunehmen, was gar nichts mit mir zu tun hat. Und das ist eigentlich nicht wirklich erklärbar, wie das passiert, was da genau ist.“

6. Vertrauen in den Prozess

Wichtig ist für Therapeutin F auch das Vertrauen in den Prozess der Therapie. Dieses Vertrauen ist eigentlich in jeder Therapie, wenn auch nicht zu jedem Zeitpunkt, zu finden. Wenn man in Stress oder Not kommt, ist dieses Vertrauen allerdings unterbrochen und da ist sich Therapeutin F dann, wie zuvor beschrieben, nicht mehr sicher, ob sie vielleicht noch etwas anders tun muss. Wichtig ist es in solchen Fällen, das Vertrauen wieder zu gewinnen, was zum Beispiel in der Supervision geschehen kann, damit die Therapie gut weitergehen kann oder Therapeutin F zumindest wieder gelassener sein kann. Denn sobald Therapeutin F wieder gelassen ist, kann sie auch wieder umfassend wahrnehmen und steht nicht unter Druck, was ansonsten zu einer Einengung des sonst weiten Beziehungsraumes führt.

„Ich glaube, das Vertrauen in den Prozess ist eine der wichtigsten Grundgeschichten, dann ist es am leichtesten das so zu machen, wie Sie es gerade geschildert haben. Wenn man unter Stress oder in Not kommt, dann ist das Vertrauen ja meistens auch unterbrochen, da bin ich mir als Therapeutin nicht mehr sicher, ob ich nicht noch was anderes tun muss. Aber wenn das Vertrauen da ist, dann geht das in dieser Art und das ist eigentlich doch in jeder Therapie vorhanden, aber vielleicht nicht immer in allen Phasen, sondern in manchen. Also das ist eigentlich ein grundlegendes Vertrauen, das selbst bei Klienten, wo die Veränderungsprozesse klein sind und schwer zu sehen sind, das muss ich mir vielleicht öfter in der Supervision anschauen, diese Entwicklungsfortschritte, da geht manchmal das Vertrauen verloren, aber es ist immer wieder zu gewinnen. Also wenn das in der Supervision gelingt, in der eigenen, wieder das Vertrauen in den Prozess zu kriegen, das ist zumindest ein sehr wichtiger Faktor, dass die Therapie gut weitergehen kann, beziehungsweise dass ich gelassen bleiben kann. Das hat ja immer Folgen, wenn ich dem Prozess vertraue kann ich gelassen bleiben, kann rundherum wahrnehmen und nicht nur fokussiert jetzt schnell, das und das ist zu tun, unter Druck und Stress passiert bei so was eine Fokussierung und eine Zuspitzung und dieser weite Raum, dieser Beziehungsraum, von dem ich geredet habe, im Idealfall ist das ein sehr weiter und je weiter der ist, also spürbar auch ist, glaube ich, desto fruchtbringender ist das für den Therapieprozess und da habe ich dann vollkommenes Vertrauen, dass sich das entwickelt und in dem Tempo.

Es klingt im Moment so leicht, es ist nicht immer so leicht, aber es ist doch oft so leicht.“

7. Der Unterscheid zwischen längerfristigen Therapien und Kurzberatungen

Therapeutin F meint, dass der Einstellungsprozess bei längerfristigen Therapien und Kurzberatungen grundsätzlich ähnlich ist, dass aber bei Kurzberatungen doch alles etwas zugespitzter und zielorientierter ist.

„Ich überlege jetzt gerade, wovon ich jetzt rede, sind natürlich längerfristige Therapien, ich rede jetzt nicht von Kurzberatungen von drei Stunden oder so, da ist es schon noch ein bisschen anders. Ich meine grundsätzlich ist der Einstellungsprozess ähnlich, aber da ist es zielorientierter und trotzdem die Grundgeschichte ist dieselbe, vielleicht nicht so breit sondern ein bisschen zugespitzter, wie ich jetzt mal formuliert hatte, eben auf ein Ziel, mehr auf ein Ziel.“

7.1 Zeit haben

Der von Therapeutin F zuvor beschriebene breite Beziehungsraum kann sich dann erschließen, wenn Zeit ist und das Ziel ist, dass es dem Klienten besser geht. Diese Zeit zu haben, bringt für Therapeutin F auch die Gelassenheit mit sich, dass sie nicht alles sofort verstehen muss und darüber das Vertrauen, dass es mit der Zeit klarer werden wird.

„Also dieser breite Beziehungsraum oder so ist, wenn man nicht so zielorientiert vorgehen muss, also wenn das Ziel ist, der Patient möchte, dass es ihm besser geht, ja wenn dieses Ziel ist und wir haben da jetzt ein, zwei Jahre dafür Zeit.“

„Und das bringt natürlich auch die Gelassenheit, ich muss nicht immer sofort alles hundertprozentig verstehen. Also dieser Mut dazu, dieser Mut dazu zu sagen, okay, ich verstehe im Moment einen Teil, das ist ja auch dann Teil des Beziehungsprozesses, den kann ich entweder ansprechen oder ich spreche ihn auch nicht an, was ich da in großen Teilen noch gar nicht verstehe, aber ich vertraue darauf, dass das schon klarer werden wird, dass es Zeit benötigt.“

8. Wahrnehmung

Zum Ende des Interviews betont Therapeutin F nochmals die Wichtigkeit der Wahrnehmung. Sie beschreibt die Wahrnehmung, gerade in einem beziehungsorientierten Ansatz, als grundlegend, auch um theoretische Erkenntnisse gewinnen zu können.

„Ich glaube, in einer beziehungsorientierten Therapie kann es nicht anders gehen. Es geht ums Wahrnehmen und das Wahrnehmen machen wir über den Körper und wir spüren es im Körper, also da finde ich den Fokussingansatz sehr hilfreich dazu. Bin mir nicht sicher, ob es alle Menschen so machen, ich glaube, es gibt auch welche, die es mehr über den Intellekt machen. Ja, natürlich gibt es manche Ausnahmen. Aber die Wahrnehmung muss trotzdem grundlegend sein, um auch theoretische Erkenntnisse gewinnen zu können.“

Kernaussagen

Rahmenbedingungen

Es kann sein, dass für eine Therapeutin das Umstellen von Klient zu Klient dann nicht besonders schwer ist, wenn sie Pausen machen kann und darauf schaut, dass sie zum Beispiel nicht drei Klienten mit depressiver Verstimmung nacheinander hat. Mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu arbeiten, kann per se ein Umstellen mit sich bringen.

Wo stehen wir gerade?

Vor den Stunden kann sich eine Therapeutin ihre Aufzeichnungen anschauen und überlegen, wo sie mit einem Klienten gerade steht, um sich auf diesen einzustellen und zu überlegen, welche Haltung sie in der Stunde gerne einnehmen möchte.

Schwierige Stunden abschließen

Um schwierige Stunde gut abschließen zu können, kann es wichtig sein sich eine Auszeit zu nehmen, um bewusst das, was war, loszulassen, um sich auf den nächsten Klienten einstellen zu können.

Loslassen und Leermachen

Stunden gut abzuschließen, loszulassen und leer zu werden kann wichtig sein um sich als Therapeutin dem nächsten Klienten widmen zu können.

Wahrnehmung und Resonanz

Der Prozess des Einstellens kann eng mit der Resonanz verknüpft sein, die zwischen einer Therapeutin und den Klienten entsteht. Es kann sein, dass eine Therapeutin so körperlich spürt, wie der Klient auf sie wirkt.

Wahrnehmung und Präsenz

Therapeutin F beschreibt ihr Wahrnehmen als ein umfassendes Wahrnehmen, das mit Präsenz zu tun hat und immer auch das Wahrnehmen ihrer selbst mit einschließt.

Wahrnehmung der Beziehung bzw. des Beziehungsraumes

Die Resonanz zwischen einer Therapeutin und Klienten kann mit dem Wahrnehmen der Beziehung bzw. des Beziehungsraumes verbunden sein, was daher die gleichzeitige Wahrnehmung beider Beziehungspartner beinhalten kann.

Gegenseitigkeit

Es kann sein, dass in dem Beziehungsraum von Therapeutin und Klient ein gegenseitiges Wahrnehmen stattfindet, da sich auch Klienten in Therapeuten einfühlen können.

Rückmeldungen, Bilder und Überlegungen

Wenn bei einer Therapeutin Bilder oder Ideen entstehen, die einem Klienten etwas klarer machen könnten, kann es wichtig sein zu überlegen, ob der Zeitpunkt passt um diese zu verlautbaren.

Krisensituationen

Das bewusste Wahrnehmen und Spüren, das in den Therapiestunden stattfindet, kann bei Therapeutin F in Krisensituationen einem bewussten und kognitiven Überlegen weichen.

Erfahrung

Die Erfahrung kann dazu beitragen weniger zu theoretischen oder kognitiven Überlegungen in den Stunden zu neigen und auch weniger schnell alarmiert zu sein.

Theoretische Überlegungen

Es kann sein, dass man als Therapeutin zwar etwas in der Therapiestunde beim Klienten wahrnimmt, sich aber nicht bewusst währenddessen fragt, mit welchem Störungsbild man es zu tun hat, sondern sich den Fall nach der Stunde genauer anschaut.

Karteikästchen

Therapeutin F erscheint ihre Erfahrung und ihr Wissen wie in Karteikästchen gespeichert und abrufbar, wodurch das (diagnostische) Zuordnen und Einordnen nicht mehr bewusst stattfindet, sondern eher ein Abgleichen der Erfahrung stattfindet.

Resonanz und Einordnung

Das Zuordnen von Störungsbildern kann aufgrund der Resonanz und der Beziehungserfahrung der Therapeutin mit einem Klienten stattfinden.

Resonanz und Intuition

Es kann zur Resonanz gezählt werden, wenn einer Therapeutin Inhalte aus vergangenen Stunden einfallen, an die sie sich nicht mehr bewusst erinnern konnte, die aber zum aktuellen Thema dazupassen. Es kann am therapeutischen Prozess mehr Intuition beteiligt sein, als gemeinhin angenommen wird.

Vertrauen in den Prozess

In schwierigen Situationen kann es wichtig sein, das Vertrauen in den Therapieprozess wieder zu gewinnen, um wieder gelassener sein zu können.

Zeit haben / Der Unterscheid zwischen längerfristigen Therapien und Kurzberatungen

Wenn man, wie bei längerfristigen Therapien, Zeit hat, dann kann sich ein breiter Beziehungsraum zwischen Therapeutin und Klienten erschließen. Das kann die Gelassenheit mit sich bringen, nicht alles sofort verstehen zu müssen. Kurzberatungen können etwas zugespitzter und zielorientierter sein.

Wahrnehmung

In einem beziehungsorientierten Ansatz kann die Wahrnehmung grundlegend sein, auch um theoretische Erkenntnisse zu gewinnen.

Gespräch mit Therapeut G

Zur Person:

Leider war es trotz mehrer Bitten nicht möglich von Therapeut G eine Personenbeschreibung zu erhalten.

Verdichtungsprotokoll Therapeut G

Gesprächseinleitung

Die Eingangsfrage ist wiederum dieselbe wie bei den anderen Interviews nur, dass hier nachgefragt wurde, wie sich der betreffende Therapeut als „personenzentrierter Psychotherapeut“ auf seine Klienten einstellt, da dieser über eine weitere Psychotherapieausbildung (Zusatzbezeichnung) verfügt. Leider war der Anfang der Aufnahme fehlerhaft, sodass die Eingangsfrage „untergegangen“ ist.

TG: Die Frage habe ich verstanden. Dreht es sich mehr um das Erstgespräch, oder dreht es sich um alle Therapiegespräche?

I: Ganz prinzipiell, also sowohl als auch, also wo Sie anfangen möchten am besten, oder wo Sie es auch am besten festmachen können, was da abläuft.

TG: Also ich fange mit dem Erstgespräch an

1. Erstes Einstellen

Wenn zu Therapeuten G jemand zum Erstgespräch kommt, so ist sein Gefühl zu Beginn neutral und er sagt dem betreffenden Klienten, woran er sich vom Telefonat noch erinnern kann.

„Es kommt jemand der telefonisch angemeldet ist bei der Tür herein, mein Gefühl ist zunächst neutral und in dem Gespräch, das sich nun entspinnt, wo ich zuerst sage, was ich vom Telefon noch in Erinnerung behalten habe und wo ich dann frage, wie ich weiterhelfen kann, erzählt mir diese Person etwas von ihrer Sorge, Problematik, Schwierigkeit.“

1.1 Sich berührbar halten und gehört werden

Wenn Therapeut G, der versucht sich berührbar zu halten, in diesem Erstgespräch etwas findet, das ihn berührt und in das er sich einfühlen kann, so kann er sich auch vorstellen mit der betreffenden Person zu arbeiten. Wichtig ist aber darüber hinaus, dass er vom Klienten auch gehört wird und es so später zu einem Dialog kommen kann.

„(...) wenn ich in diesem Gespräch irgendetwas finde, worin ich mich einfühlen kann, das mich auch berührt, wo ich versuche mich berührbar zu halten, berührbar zu machen, dann habe ich den Eindruck, ich könnte mit diesem Klienten arbeiten. Wobei noch dazuzufügen ist, irgendwie muss ich auch schauen, ob er mich hört, ob er irgendetwas von dem was ich sage, das ist nicht unbedingt eine Deutung, sondern irgendetwas von dem was ich sage auch hört und irgendwie darauf reagieren kann. Also ob die Chance besteht, dass es später zu einem Dialog wird.“

2. Auf die Person einstellen

Therapeut G meint, dass er sich immer auf die ganze Person einstellt und nicht nur auf das betreffende Problem. Zu Beginn einer Therapie weiß und versteht der Therapeut vieles noch nicht und muss erst langsam in die Welt des Klienten, der Klientin eindringen. So kann er abgesehen davon nach den Gefühlen zu fragen auch Verständnisfragen stellen. Die aktuellen Gefühle des Klienten, der Klientin, die in der gemeinsamen Gesprächssituation auftreten, sind allerdings entscheidend.

„(...) nicht so sehr auf das Problem, sondern mich auf die Person einzustellen, wobei ich am Anfang natürlich sehr vieles nicht weiß, nicht verstehe, keinen Überblick habe und ich erst langsam irgendwie in die Welt des Klienten, der Klientin eindringen kann. Das heißt, ich muss schon auch Verständnisfragen stellen, aber in der Regel frage ich mehr nach den Empfindungen, nach den Gefühlen. Wobei die gegenwärtigen Gefühle, die, die jetzt, während wir miteinander sprechen auftreten, die entscheidenden sind, als die Gefühle, die damals und dann und in der Situation entscheidend waren, die können höchstens ein Vehikel sein um die gegenwärtigen besser zu verstehen.“

2.1 Schwer einfühlbare Erlebnisformen und Problemstellungen

Therapeut G meint, dass es Erlebnisformen und Problemstellungen gibt, die schwer einfühlbar sind. In solchen Situationen hilft es dem Therapeuten eigene Erinnerungen zur Hilfe zu nehmen, die zumindest ein Stück weit in die betreffende Richtung gehen. Bei Situationen und Schwierigkeiten, die sehr nachvollziehbar sind, bedarf es dessen weniger.

„Es gibt Problemstellungen und Erlebnisformen bei Klienten, die schwer einfühlbar sind. Ein 17-Jähriger, der sagt er hat sehr viel Angst, obwohl man es ihm nicht wirklich ansieht, da muss ich versuchen eigene Erinnerungen, die wenigstens ein kleines Stück in diese Richtung gehen, zur Hilfe zu nehmen, ohne diese Erfahrungen zu erwähnen, um ein bisschen näher heranzukommen an das, wie sehr man von der Angst besetzt sein kann, wie sehr die Angst immer droht einen zu überwältigen. Andere Situationen und Schwierigkeiten sind leichter nachvollziehbar, da muss man nicht immer eigene Erfahrungen zur Hilfe nehmen, nicht so gezielt zur Hilfe nehmen, sondern es ist ohnehin sehr nachvollziehbar. Es hat sich jemand getrennt, das schmerzt furchtbar und tut weh, man glaubt, die Welt geht unter, und da könnte man wahrscheinlich auch mit eigenen Erfahrungen verknüpfen, aber das ist auch von außen halbwegs gut einfühlbar.“

2.2 Sicheres Wohlfühl

Nach ca. fünf Stunden stellt sich bei Therapeut G bei einem Klienten, einer Klientin, ein sicheres Wohlfühl ein, da er schon einen Draht zu der betreffenden Person gefunden hat.

„Nach einer gewissen Zeit, vielleicht nach vier, fünf Stunden, stellt sich bei mir in der Regel, sofern die Therapie so lange geht, oder noch weitergeht, stellt sich in der Regel eine Art von sicherem Wohlfühl ein. Wohlfühl jetzt nicht in dem Sinne zu verstehen, dass es um mein Wohlergehen geht, nein, mehr so: „Aha, dieser Klient, diese Klientin kommt heute, ja mhm.“, da habe ich schon einen Draht.“

2.3 Anfordernde Therapien

Es gibt aber auch Therapien, wo sich dieses sichere Wohlgefühl bei Therapeut G nicht einstellt und es immer wieder unsicher ist, wie eine Stunde verläuft. In solchen Situationen betrachtet der Therapeut das als diagnostisches Element, insofern als er sich denkt, dass es bei der betreffenden Person eine große Angst gibt sich zu binden und zu vertrauen. Das ist dann auch etwas, was früher oder später zur Sprache gebracht werden sollte, da es im Grunde das Hauptthema der Therapie ist. Solche Therapien beschreibt Therapeut G als anfordernde Therapien.

„Es gibt Ausnahmen von diesem Phänomen, diese Ausnahmen heißen, es ist immer wieder unsicher, wie eine Stunde abläuft. Das verwende ich eher als diagnostisches Element, im Sinne dessen, dass ich denke, da ist eine ganz große Angst sich zu binden, zu vertrauen, sich einzulassen im Gange und damit muss man dann auch arbeiten, das ist dann auch etwas, was früher oder später, vielleicht eher ein bisschen später, aber was früher oder später irgendwie auch zur Sprache gebracht werden soll.“

„Naja, das ist jedenfalls die anforderndere Therapie, aber da geht es einfach darum, jenseits dessen, was die Themen sein können, geht es einfach immer grundsätzlich darum, kann ich dem Therapeuten vertrauen oder nicht, und dann wird das im Grunde zum Hauptthema. Das Vertrauen in einen anderen Menschen. Auch wenn ich jetzt nicht von Übertragung spreche ist das natürlich schon ein Muster, das jemand mitbringt, das nicht hier in der Praxis und in der Psychotherapiestunde entsteht. Das heißt, das wird insofern zum Hauptthema, als vielleicht die ganze Therapie hindurch das Thema bleibt und wenn das irgendwie besser gelöst ist, die Therapie eigentlich schon fast zu Ende ist.“

2.4 Kognitive Brücken und Kognitive Einfühlung

Therapeut G meint, dass er so, wie Rogers es beschreiben hat, auch tatsächlich erlebt, als langsames Eintreten in den inneren Bezugsrahmen des Klienten. Weiter meint er, dass man sich gerade, wenn man viele Therapiestunden am Tag macht, auch mit kognitiven Brücken behelfen kann. Zentral bleiben aber trotzdem die Gefühle des Klienten.

„Rogers hat, können Sie auch wieder herausstreichen aus dem Interview, aber hat das vor allem in dem Gespräch im Jahr neunzehnhundertvierundachtzig („Gespräch mit Jan“) sehr eindrucksvoll als langsames Eintreten in den inneren Bezugsrahmen, in die innere Welt des Klienten, der Klientin beschrieben. Tatsächlich erlebe ich es auch so, wobei, wenn man viele Stunden am Tag macht, dann muss man manchmal irgendwie kognitive Brücken zur Hilfe nehmen. Also sich auch kognitiv vorzustellen: „Aha, da gibt es eine Schwierigkeit bei dieser Partnerschaft, aha, da gibt es Schwierigkeiten mit diesem Kind, wie könnte das zusammenhängen?“. Trotzdem man sich diese Brücken zur Hilfe nehmen kann und sich vergewissern muss, ob man die Umstände auch richtig verstanden hat, das Entscheidende ist natürlich nach wie vor das Gefühl, die Empfindung des Klienten.“

Therapeut G meint, dass es auch so etwas wie eine kognitive Einfühlung gibt und nennt dazu ein Beispiel:

„Es hat einmal einen Aufsatz gegeben über kognitive Einfühlung, also das wäre so ein bisschen dieser Aspekt.“

„Mein Gott, es ist, ich nehme ein Beispiel, also jemand kränkt sich sehr, dass die Großmutter sich nicht zuwendet, früher hat sie immer verwöhnt und jetzt tut sie es gar nicht mehr und sie wird so bissig. Naja, irgendwann kommt heraus, dass sie achtzig Jahre alt ist, und dann muss man sagen, dann denkt man schon einen Moment nach, vielleicht ist sie wirklich schon sehr alt und kann es nicht mehr, ist nicht mehr ganz auf der Höhe. Und so nimmt dieses subjektive Gefühl des Klienten, muss trotzdem seinen Platz haben, aber man kann dann vielleicht trotzdem im Hinterkopf behalten, vielleicht ist es eine normale Entwicklung und es ist nur seine Bitterkeit und Traurigkeit, weil er von dieser Zuwendung, die er früher von der Großmutter bekommen hat, nicht so genug bekommen hat, dass er heute damit zufrieden wäre, sondern immer noch etwas wünscht. Und das kann man dann vielleicht leichter formulieren mithilfe dieses kognitiven Elements, vielleicht kann die Großmutter in diesem Alter das nicht mehr bieten. Unter Umständen auch zu konfrontieren und zu sagen: „Na ja okay, Sie wünschen es sich sehr, was tun wir denn, wenn Sie es nicht mehr kriegen können, weil sie schon zu alt ist?““

3. Die Beziehung als diagnostisches Element

Das, was sich zwischen Therapeut G und den Klienten in der Therapie ereignet, sieht der Therapeut gewissermaßen als ein diagnostisches Element in dem Sinne, dass er so versucht zu verstehen, was mit dem Klienten los sein könnte. Therapeut G veranschaulicht das an zwei Beispielen.

„Wenn nun ein Klient, der vielleicht durchaus Vertrauen hat aber sich extrem schwer tut Gefühle zu artikulieren oder zu formulieren, dann ist es auch ein eher langer Weg, bis man dorthin kommt, und es muss eine große Vertrautheit entstehen, damit sich jemand Gefühle zutraut zu haben. Auch das könnte man in gewissem Maße als diagnostisches Element betrachten, obwohl in der Therapie nicht wirklich in solchen Kategorien gedacht wird, insofern als dieser Klient, diese Klientin vielleicht wirklich kaum je zuvor die Möglichkeit besaß unbefangene Gefühle zu artikulieren oder nicht nur auszuleben, sondern irgendwie auch zu benennen. Aber es ist ein längerer Weg bis man sich traut, Gefühle nicht nur zu spüren, sondern auch auszudrücken. Es ist immer mit einem Risiko verbunden.“

„Ja also dann eben, so wie ich es vorher gemeint habe, eine gewissermaßen diagnostische Betrachtung, dann ist die Vertrautheit nicht ein Vehikel um Probleme zu lösen, sondern ist das Erringen von Vertrautheit das Problem und die andern Sachen sind oben drüber gestreut. Die Themen sind dann halt an der Oberfläche, es kann sich dann irgendwann an irgendwas aufhängen.“

In diesem Zusammenhang betont Therapeut G, dass er hierbei nicht in klinischen Diagnosen denkt, sondern verstehen möchte, was mit dem Klienten los sein könnte. Wenn er sich allerdings einmal eine klinische Diagnose zur Hilfe nimmt, so geht es auch darum besser zu verstehen, was mit dem Klienten los sein könnte. Weiters meint Therapeut G, dass der Begriff Diagnose vielleicht gar nicht so günstig in diesem Zusammenhang ist.

„Ich habe diagnostisches Wissen eigentlich auf einer sehr simplen Verstehensbasis verwendet. Also zu verstehen, was mit dem Klienten los ist. Ich denke in der Therapie ab und zu schon, aber selten, in klinischen Diagnosen, aber ich möchte manchmal auch wissen, was mit dem Klienten oder der Klientin los ist. Eine Zeit lang im Blindflug ist gut, aber irgendwie hilft es auch mir manchmal, wenn ich zumindest temporär, zumindest für einen Moment, das gehabt habe, um das geht es jetzt. Das

muss nicht bleiben, das ist also nicht eine Diagnose im Sinn einer bestehenden Wahrheit, sondern ein vorübergehendes Festhalten einer Problemstellung. (...) dass Diagnose irgendwie ein therapiebegleitender Prozess ist, das heißt, dass sie sich auch immer wieder mal ändern kann und insofern ist das Wort Diagnose vielleicht gar nicht so günstig, weil man die aktuelle Formulierung der Problemstellung meint.“

3.1 Um Vertrautheit bemühen

Bei Klienten, wo sich, wie vorher beschrieben, kein sicheres Wohlgefühl einstellt, sondern eine gewisse Unsicherheit bleibt, ist es für Therapeut G wichtig, die aktuelle Beziehungsebene zwischen dem Klienten und ihm im Bewusstsein zu behalten. Bei Klienten, die auch nach einer gewissen Zeit ein Misstrauen beibehalten, kann das tatsächliche Bestehen einer therapeutischen Beziehung nicht vorausgesetzt werden und so muss sich Therapeut G jede Stunde wieder um Vertrautheit bemühen.

„Meines Erachtens muss ich in solchen Situationen mit solchen Klienten noch mehr die gegenwärtige Beziehungsebene des Klienten zu mir und von mir zum Klienten im Bewusstsein behalten. Diese, bei sehr vielen Klienten, vielleicht neunzig Prozent, sich nach fünf, sechs Stunden einstellende Vertrautheit, die macht es einem irgendwie leichter das Bestehen der therapeutischen Beziehung vorauszusetzen. Während das bei jenen Klienten, die sozusagen immer ein Misstrauen behalten, nicht vorausgesetzt werden kann, sondern man muss sich quasi jede Stunde wieder darum bemühen und dann ist es auch schon ein Erfolg, wenn es am Ende der Stunde etwas vertrauter, etwas näher ist als am Anfang. Näher heißt nicht unbedingt mehr Nähe zu mir, sondern ich habe gemeint eher näher am eigenen Gefühl dran.“

3.2 Die Erarbeitung einer gemeinsamen Basis

Wenn ein Klient am Ende einer Stunde näher an seinen Gefühlen dran ist als zuvor, so bedeutet das, dass er begonnen hat, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen, und dass eine gewisse Sicherheit in der Erarbeitung der gemeinsamen Basis an Boden gewonnen hat.

„Mhm, wenn jemand näher an sich selber dran ist, am Ende der Stunde, dann heißt es, er hat sich begonnen einzulassen, die therapeutische Beziehung muss im Moment vielleicht gar nicht formuliert werden, artikuliert werden, sondern es hat eine gewisse Sicherheit an Boden gewonnen, in der Erarbeitung der gemeinsamen Basis.“

4. Erfahrung und störungsspezifisches Wissen

Therapeut G meint, dass sich störungsspezifisches Wissen mit den Jahren durch Erfahrung ansammelt. Störungsspezifisch heißt hierbei aber nicht im Sinne der Kategorien der Lehrbüchern, sondern im Sinne dessen, was im Zwischenmenschlichen spürbar ist. Die Schwierigkeiten der Klienten einmal diagnostisch zuzuordnen sollte darüber hinaus in der Absicht geschehen, dem Klienten ein Stück mehr zu begegnen.

„Diagnostisches, störungsspezifisches Wissen sammelt sich in gewisser Hinsicht an, aber nicht in den Kategorien der Lehrbücher. Wenn man halt öfter mit depressiven Menschen zu tun gehabt hat, dann erkennt man irgendwie ein paar Symptome, ob die jetzt genau aufgelistet im ICD – 10 stehen oder nicht, das ist ziemlich wurscht, sondern man merkt so die Leere der Stimmung, man merkt die Ausweglosigkeit und den Wunsch, was zu ändern, und gleichzeitig die Unfähigkeit, und das ist dann

Diagnostik der Depression. Jene Diagnostik, die im Zwischenmenschlichen spürbar wird, ob dann noch Symptome des schlecht Einschlafens oder so was oder schwer Aufstehens in der Früh dazukommen, ist nett, aber das spielt sich nicht im Zwischenmenschlichen zwischen mir und dem Klienten ab und ist insofern für mich jetzt da auch nicht so relevant. Ich will ja was anderes, kein Gutachten schreiben.“

„Auch wenn sie schwerlebig oder schwermütig sind, es ist halt das, was da ist. Aber, wie gesagt, so sammelt sich halt im Laufe der Erfahrung einiges an über impulsive Menschen, über Menschen, die sehr theatralisch unterwegs sind, und über Menschen, die irgendwie hysterisch, so im umgangssprachlichen Sinn, unterwegs sind, die sich in was hineinsteigern können. Diese Art von Erfahrungswissen würde ich sehr gerne immer benützen, das störungsspezifische Vorauswissen bestimmt die Diagnosen, ist ein bisschen mit Vorsicht zu genießen. Ich glaube, es ist sehr gescheit, wenn man das nachher irgendwie versucht mal zuzuordnen, oder was ist das eigentlich, auch in dem Versuch dem Klienten mehr zu begegnen. Aber ich werde nicht die fünf Symptome der mittelschweren depressiven Episode auswendig lernen und mich im Kopf fragen, welches ist es, das bringt es nicht.“

Mit den Jahren hat sich bei Therapeut G das eben beschriebene Erfahrungswissen vergrößert, wobei er meint, dass es nicht unendlich ausweitbar ist und er ja auch nicht mit jedem Klienten und jedem Störungsbild arbeiten können muss. Jenes Erfahrungswissen, das sich mit der eigenen Lebenserfahrung verknüpft, kann und muss man in der Psychotherapie benutzen.

„In dem Sinn, dass es mehr geworden ist, schon. Ich habe wahrscheinlich, Beispiel depressive Verhaltensweisen oder, weiß ich nicht, auch hysterische Verhaltensweisen, hätte ich am Beginn wahrscheinlich nicht so gut erkennen können. Und noch einmal, ich sage impulsiv oder depressiv oder so aus meinen Feedback zu dem Empfinden des Klienten heraus, also nicht über ICD – 10 oder DSM – III oder IV oder was immer. Diese Art von Erfahrungswissen, die wird eher mehr, nicht dass es unendlich wird und ich muss jetzt nicht mit allen Klienten, mit allen Störungen der Welt arbeiten, aber ich meine, da sammelt sich einfach etwas an, und das verknüpft sich dann mit der persönlichen Lebenserfahrung und dann muss man in der Psychotherapie eben gut alles verwenden, was man hat, und daher ist es da sinnvoll auch aufgehoben.“

4.1 Gefahr der Einengung

Durch eine reiche Erfahrung kann man früh etwas Bekanntes in den Verhaltensweisen von Klienten erkennen, was aber die Gefahr mit sich bringt, dass man zu früh sicher zu werden glauben könnte. Die Gefahr ist weiters, Veränderungen nicht zu erkennen und den Klienten auf etwas festzulegen. Wichtig ist es, den Fokus auf die innere Freiheit des Klienten zu legen und nicht auf seine Gebundenheit und seinen Blick nicht einzuengen.

„Wenn die Erfahrung reicher ist, dann kann man früher etwas Bekanntes in den Verhaltensweisen des Klienten erkennen, das ist die eine Geschichte. Die andere Geschichte ist auch die, dass man zu früh sicher zu werden glauben könnte, indem man schon glaubt etwas zu erkennen, was aber noch in Bewegung ist, was noch in Veränderung ist von Seiten des Klienten. (...) Muster, der Begriff Muster ist einer, wo man sagen kann, okay, da kann ich was erkennen und vielleicht ist es gut, wenn ich das erkenne, dann kann ich es mir herholen und kann es vielleicht auch da oder dort ein bisschen adaptieren oder verändern, andererseits ist da der Fokus der

Aufmerksamkeit nicht auf die innere Freiheit des Klienten gerichtet, sondern auf seine Gebundenheit.“

Entscheidend ist es, offen zu bleiben für das, was vom Klienten kommt. Auch wenn das nicht immer gelingt, so ist es doch ausschlaggebend auf die aktuellen Gefühle zu achten und nicht nach Mustern zu suchen.

„Weil man zumindest eine Zeit lang schaut, ist es das wirklich und daher den Blick auf das Muster richtet. Letztlich ist es sehr schwer, immer offen zu sein für alles, was kommt, und da hilft noch am ehesten das Achten auf die Gefühle, die sind nicht wirklich in ein Verhaltensmuster zu pressen. Aktuelle, gegenwärtige Gefühle haben immer zumindest die Potenzialität, also es birgt die Möglichkeit der Überraschung in sich und insofern ist das nach Mustern zu schauen, und sie werden ja auch wirksam sein, aber man muss auch wieder abgehen davon, weil man sonst nur das im Klienten mehr sieht, wo er gebunden ist, und nicht mehr, wo er auch frei ist, wo auch sein Spielraum ist, wo er was verändern könnte, wenn er es wirklich genug will.“

5. Einstellen und Gefühle

Wenn Klienten bei Therapeut G landen, die kaum in der Lage sind Gefühle zu artikulieren, so erschwert das die Einfühlung. In solchen Situationen ist es wichtig zuerst zu akzeptieren, dass sich der Klient sehr schwer tut, und dann zu versuchen das Inhaltliche in anderen Facetten wiederzugeben und etwas Gefühl hineinzulegen.

„Gut, in der Regel kommen solche Menschen nicht in eine Therapie, aber wenn doch manche landen, dann ist es manchmal gar nicht so gut, jemanden da in die Pflicht zu nehmen, dass er jetzt Gefühle lernt, man muss zuerst akzeptieren, dass er es nicht kann und dass es ihm subjektiv auch kein Anliegen ist. Also das macht es schwer mit der Einfühlung, weil man dann immer wieder sagen muss, so was inhaltlich mit anderen Facetten: „Also für Sie schaut das ziemlich sinnlos aus, was Sie da im Beruf machen.“. Man muss sozusagen auf der Verhaltensebene etwas bestätigen und etwas Gefühl hineinlegen um zu hören, ob das Gefühl ankommt und es kann auch passieren, dass er sagt „Ja.“, dann weiß man auch nicht mehr als vorher.“

5.1 Die entscheidende Therapiefrage

Therapeut G meint, dass es für ihn die entscheidende Therapiefrage ist, ob er sich auf die betreffende Person einstellen kann, denn eine Therapie kann nur dann erfolgreich werden, wenn er sich einstellen kann.

„Also das, wie stelle ich mich auf einen Klienten ein, oder wie fühle ich mich in ihn ein, das ist jetzt nicht nur eine akademische Frage, sondern es ist meines Erachtens die entscheidende Therapiefrage. Eine Therapie kann eigentlich im Grunde nur gut werden, nur erfolgreich werden, wenn ich mich einstellen kann.“

5.2 Ausloten von Gefühlen

Therapeut G meint, dass er quasi für den Klienten Gefühle rekonstruiert, wenn dieser keine äußern kann, wobei diese Rekonstruktion immer als Angebot zu verstehen ist, das der Klient annehmen aber genauso ausschlagen kann. Letztendlich gehe es aber trotz kognitiver Phasen nur um die Gefühle.

„Ich versuche auszuloten, welche Gefühle in einer bestimmten Situationsschilderung da sein könnten. Wenn jemand erzählt, dass ihn seine Mutter furchtbar geschimpft

hat und aus den Worten ist nicht erkennbar, was er fühlt, da müsste man schon dann sagen „Sie müssen sich ja schrecklich fühlen, wenn Sie da so beschimpft worden sind.“ und nicht weil er es fühlen muss, sondern weil ich versuche auszuloten, was hat er für Gefühle dabei entwickelt. Bei solchen Menschen kann man nicht direkt fragen „Was fühlen Sie?“, weil da nichts rauskommt, das ist zu kompliziert, zu abstrakt. „Ich fühle? Kann man da was fühlen?“. Man muss Angebote machen: „Also, wenn ich mich in Sie hineindenke, dann könnte ich mir schon vorstellen, dass ich mich ärger, dass ich mich kränke.“. Man rekonstruiert eigentlich für ihn, natürlich vorsichtig, als Angebot. Ich bin nicht daran interessiert, dass die Klienten meine phantasierten Gefühle sofort glauben oder annehmen, aber der eine oder andere sagt dann schon: „Naja, es ist eigentlich wahr. Mhm, so habe ich das eigentlich noch gar nicht betrachtet.“. Aber es geht, auch wenn kognitive Phasen dazwischen sind, letztlich nur um die Gefühle.“

Als wesentlich hilfreicher erlebt es Therapeut G, wenn die Klienten ihn korrigieren, als wenn er die Klienten korrigiert. Dadurch kann der Therapeut den Klienten wiederum genauer verstehen. Dazu nennt er ein Beispiel:

„Mein Vorschlag zum Ausloten der Gefühle des Klienten ist immer derselbe, nämlich dass es wesentlich günstiger und hilfreicher ist, wenn der Klient mich korrigiert, als wenn ich den Klienten korrigiere. Wenn eine Mutter sagt: „Ja, heute ist mein Bub über die Straße gelaufen und ich habe geglaubt ich sehe nicht recht.“, und ich sage dann „Sie haben geglaubt, es passiert gleich was.“, dann könnte sie mich korrigieren und könnte das selber ins rechte Lot bringen, sie könnte sagen: „Nein, so breit war die Straße nicht, das habe ich nicht gefürchtet, aber mir ist trotzdem das Herz stehen geblieben, wie ich da in der Ferne ein Auto kommen gesehen habe.“. Das ist ein wesentlich sinnvollerer Effekt und der Klient hilft mir dann, die Situation genauer zu verstehen, und vor allem, er versteht sie im gleichen Moment genauer. Wenn ich sagen würde: „Mein Gott, die Straße war nicht so breit, haben Sie wirklich gedacht, es kann etwas passieren?“, da beschwichtige ich und der Klient, die Klientin fühlt sich nicht in demselben Ausmaß angenommen, was vielleicht bei einer sehr langen vertrauten Beziehung auch einmal nicht so schlimm ist, aber grundsätzlich nicht der Weg der Therapie ist.“

6. Passung

Das Wort Passung ist für Therapeut G in Bezug auf das von ihm Gesagte stimmig, da es gerade dann ein Zeichen dafür ist, dass etwas passt, wenn eine Vertrauensbasis zwischen ihm und dem betreffenden Klienten entsteht.

„Das Wort Passung ist super, stimmig, passend. In dieser schon einmal zitierten Diagnostikleitlinie ist das auch als ein Kriterium genannt. Aber es wird in der Regel, vielleicht ist es heute eine Ausnahme, aber in der Regel wird es in der Therapie nicht so benannt, weil der Eindruck beim Klienten entstehen könnte, „Aha, der versucht auf meine Sprachebene zu kommen, auf meine Erlebnisebene zu kommen, der macht das, weil er bezahlt ist, weil er bezahlt wird.“. Ich könnte nicht zu einem Klienten sagen: „Wir müssen schauen, dass wir irgendwie zusammenpassen, wo wir zusammenpassen.“, das wäre auch schon wieder zu egozentrisch. Unformuliert findet es, glaube ich, statt. Wenn diese Vertrautheit, von der ich gesprochen habe, entsteht, so ist es ein Beleg dafür, dass etwas passt.“

6.1 Absicht- bzw. Interessellosigkeit des Therapeuten

Therapeut G meint, dass seine einzige Absicht darin besteht, den Klienten zu verstehen, aber nicht, wie in Lehrbüchern beschrieben, „eine Vertrauensbasis aufzubauen“, da diese sich durch sein Bemühen früher oder später ohnehin einstellt. Weiters meint er, dass er kein Interesse daran habe, das Leben seiner Klienten zu bestimmen. Der Klient soll dazu angeregt werden nachzudenken, so zum Beispiel dadurch, dass der Therapeut der Auffassung des Klienten eine Gegenposition gegenüberstellt.

„Wie es in manchen Lehrbüchern steht, das Erstgespräch dient zum „Aufbau einer Vertrauensbasis“. Es klingt dann so technisch und, „Aha, habe ich es geschafft oder nicht ganz geschafft im ersten Gespräch? Habe ich schon genug aufgebaut oder wie ist das?“. Das ist jene Art von Formulierungen, die irgendwie durchklingen lassen, welche Absicht besteht. Meine Absicht ist nicht eine Vertrauensbasis aufzubauen, meine Absicht, ist den Klienten zu verstehen, dazu ist eine Vertrauensbasis sehr hilfreich, aber sie stellt sich irgendwie automatisch ein, wenn ich mich weiter bemühe, ihn zu verstehen.“

„Nicht zum Selbstzweck, genau. Dann wäre der Psychotherapeut nicht interesselos. Irgendwie muss er, mit Ausnahme der Einhaltung der Vereinbarungen oder vielleicht des Geldes oder so, eigentlich muss der Therapeut interesselos sein. Ich habe kein Interesse, das Leben meines Klienten zu bestimmen oder zu beeinflussen. Ich sage vielleicht einmal: „Mir kommt das nicht gescheit vor, das täte ich vielleicht anders machen.“, aber nicht eigentlich um ihn dazu zu bringen, dass er jetzt brav sagt: „Mach ich.“, sondern, dass er darüber nachdenkt, dass seine Auffassung da auch eine Gegenposition haben könnte und man es sich dann von beiden Seiten anschaut.“

Auch hier geht es aber wiederum darum Angebote zu formulieren und Therapeut G meint, dass Klienten nur das annehmen, was sie auch annehmen können und wollen.

„Da sind die Klienten sehr verlässlich, sie nehmen nur das an, was sie annehmen können und wollen.“

7. Der Verstehensprozess

Den Prozess des Verstehens beschreibt Therapeut G als ein emotionales Verstehen als einen Prozess des emotionalen Erkundens der inneren Welt des Klienten. Das heißt, dass etwas seinem Gefühl nahe kommen muss, oder dass er dem Gefühl des anderen nahe kommen muss.

„Ich kann es am ehesten so formulieren, dass das eben ein nicht ein kognitives Verstehen ist, es ist ein bisschen Kognition dabei, sondern ein emotionales Verstehen und das heißt, es muss etwas meinem Gefühl nahe kommen oder ich muss dem Gefühl des anderen nahe kommen. Von welcher Seite die Bewegung ist, ist gleichgültig. Also, ich muss mich berührbar halten und das gelingt auch gar nicht so schlecht, weil das übrige Leben dann in der Therapiestunde beiseite ist, es ist nicht weg, aber es ist quasi für diese fünfundvierzig, fünfzig Minuten nicht relevant. Also das Verstehen, wahrscheinlich ist es ein Prozess des emotionalen Erkundens der inneren Welt des Klienten.“

7.1 Berührt werden

Wichtig ist für Therapeut G, dass ihn etwas berührt, gleichgültig von welcher Seite die Bewegung kommt, und dass der Klient das auch spürt. Interessant ist für Therapeut G dabei, dass ihn nur das echte, das Authentische berührt. Er meint, dass man wohl aus einer intuitiven Quelle heraus auf das Echte mehr reagiert als auf das Übrige.

„Es muss mich etwas berühren, nicht in jeder Stunde, aber immer wieder einmal muss mich etwas berühren. (...) Wenn mich etwas berührt, gleichgültig von welcher Seite die Bewegung kommt, dann...jetzt habe ich den Gedanken verloren, den ich sagen wollte. Am ehesten würde ich sagen, wenn mich etwas berührt und der Klient dies auch spürt, das ist auch wichtig, dass er das auch wahrnehmen kann, dann wird sein Leben reicher. Jetzt weiß ich wieder, was ich sagen wollte. Berühren tut mich und das ist wirklich ein Phänomen, das ich bis heute noch nicht erkundet habe, berühren tut mich nur das Echte. Nur das Authentische. Wieso das so ist, nicht dass das andere nicht existiert, aber ich merke, wie mir manchmal nichts einfällt in der Therapie und dann denke ich, irgendwie geht es um was anderes oder die Gefühle, die ich da jetzt höre sind irgendwie andere als die, die ich da jetzt spüre. Und ich glaube wir reagieren aus irgendeiner intuitiven Quelle heraus auf das Echte irgendwie mehr. Naja, aber wenn da etwas Echtes ist, auf das man reagieren kann, dann ist eh schon die halbe Miete gewonnen.“

7.2 Die Suche nach dem echten Gefühl

Das Erkunden der Gefühle des Klienten beschreibt Therapeut G als die Suche nach dem echten Gefühl. Er meint weiter, dass wohl das Echte beim Therapeuten auch etwas Echtes beim Klienten hervorzurufen scheint.

„Nur weiß ich nicht wirklich zu sagen, woran ich es erkenne. Und wahrscheinlich ist die Grenze auch etwas unscharf. Vielleicht ist manches Erkunden von den Gefühlen des Klienten eigentlich eine Suche nach dem echten Gefühl. In der Psychoanalyse hat man einen wunderbaren Satz dafür, der so elegant klingt, aber nichts erklärt. „Das Unbewusste beider Personen verbindet sich miteinander.“. Das ist sehr elegant ausgedrückt, aber eigentlich weiß man nicht mehr als vorher.“
„(...) aber grundsätzlich, es scheint irgendwas, das ist schon interessant das Phänomen, es scheint, so was wie das Echte beim Therapeuten scheint etwas Echtes beim Klienten hervorzurufen, zu provozieren oder so. Ich kann es nicht besser erklären.“

7.3 Ausbildung

Warum Therapeut G gerade auf das Echte reagiert und im Fassadenhaften das Echte sucht, weiß er selbst nicht genau, doch in seinen Augen hat es auch etwas mit der Ausbildung zu tun. Die Ausbildung dient dazu, dass man die Fassade nicht für echt hält.

„Und es scheint in der personenzentrierten Psychotherapie auch dafür nicht eine genaue Beschreibung zu geben, wie das vor sich geht, dass ich auf das Echte reagiere oder auch, wenn ich etwas Fassadenhaftes erlebe, das Echte in dieser Fassade suche. Muss wohl doch mit irgendwas wie Ausbildung zusammenhängen, glaube ich, aber genau habe ich es noch nicht heraußen.“

„Die Ausbildung dient dazu, dass man nicht Fassade für echt hält, ausgenommen in dem Sinne, dass man manchmal erkennt, diese Person hat nur diese Fassade und dann muss man halt mit dem arbeiten, (...)“

7.4 Echtheit

Therapeut G meint am Schluss des Interviews, dass man wohl vom Einstellen und dem Einfühlen in den Klienten auf das Problem der Echtheit kommt, und sobald dieses Problem besser gelöst ist dann geht die Therapie dem Ende zu.

„(...) man kommt von der Einstellung, von der Einfühlung in den andern, kommt man auf das Problem der Echtheit. Und wenn das gelöst ist, ist die Therapie erledigt. Wenn das, manchmal ist sie auch schon vorher aus, aber wenn man mit einer Person das vollziehen kann, zu spüren, was echt ist, und sie das dann aber auch umgekehrt von mir spürt, ja ist vielleicht übertrieben gesagt, dann ist die Therapie aus, aber dann hat man das, worum es geht, schon beinahe erreicht und es kann sein, dass es nicht mehr lange geht.“

Kernaussagen

Erstes Einstellen

Bei einem Erstgespräch ist das Gefühl des Therapeuten zunächst neutral und er kann dem Klienten sagen, woran er sich vom Telefonat noch erinnert.

Sich berührbar halten und gehört werden

Sich als Therapeut berührbar zu halten, zu schauen, ob man beim Klienten etwas findet, in das man sich einfühlen kann, und vom Klienten auch gehört zu werden, kann dazu führen, dass man sich vorstellen kann gut mit einem Klienten arbeiten zu können.

Auf die Person einstellen

Therapeut G stellt sich immer auf die ganze Person ein und nicht nur auf das betreffende Problem. So kann es sein, dass er erst langsam in die Welt des Klienten eindringt. Die aktuellen Gefühle des Klienten in der gemeinsamen Gesprächssituation können dabei entscheidend sein.

Schwer einfühlbare Erlebnisformen und Problemstellungen

In Situationen, in denen man mit schwer einfühlbaren Erlebnisformen und Problemstellungen konfrontiert ist, kann man sich eigene Erinnerungen, die zumindest ein Stück in die betreffende Richtung gehen, zur Hilfe nehmen.

Sicheres Wohlgefühl

Ein sicheres Wohlgefühl kann sich beim Therapeuten dann einstellen, wenn er zu einem Klienten oder einer Klientin einen Draht gefunden hat.

Anfordernde Therapien

Wenn sich mit der Zeit beim Therapeuten kein sicheres Wohlgefühl einstellt, so kann das daran liegen, dass der Verlauf einer Stunde immer wieder unsicher ist. Diese Unsicherheit kann als diagnostisches Element betrachtet werden.

Kognitive Brücken und kognitive Einfühlung

Wenn man viele Therapiestunden am Tag macht, so kann man sich mit kognitiven Brücken bzw. kognitiver Einfühlung behelfen. Entscheidend kann aber weiterhin das Gefühl des Klienten bleiben.

Die Beziehung als diagnostisches Element

Was sich zwischen Therapeut und Klient ereignet kann man insofern als diagnostisches Element betrachten, als man versucht zu verstehen, was mit dem Klienten los sein könnte.

Um Vertrautheit bemühen

Bei Klienten, bei denen eine gewisse Unsicherheit bestehen bleibt und das tatsächliche Bestehen einer therapeutischen Beziehung nicht vorausgesetzt werden kann, kann es sein, dass sich Therapeut G jede Stunde wieder um Vertrautheit bemühen muss.

Die Erarbeitung einer gemeinsamen Basis

Ist ein Klient am Ende der Stunde näher an seinen Gefühlen dran als zuvor, kann es sein, dass er begonnen hat sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen und dass eine gewisse Sicherheit in der Erarbeitung einer gemeinsamen Basis an Boden gewonnen hat.

Erfahrung und störungsspezifisches Wissen

Störungsspezifisches Wissen, im Sinne dessen, was im Zwischenmenschlichen spürbar ist, kann sich über die Jahre ansammeln. Diese Form von Erfahrungswissen ist jedoch nicht unendlich erweiterbar. Eine diagnostische Einordnung im Sinne der Kategorien der Lehrbücher kann dazu dienen dem Klienten ein Stück mehr zu begegnen.

Gefahr der Einengung

Die reiche Erfahrung des Therapeuten kann dazu führen, dass er zu früh etwas Bekanntes in den Verhaltensweisen eines Klienten erkennen kann und so die Gefahr läuft, Veränderungen nicht zu erkennen und den Klienten festzulegen. Der Fokus sollte jedoch auf die innere Freiheit des Klienten gerichtet sein und nicht auf dessen Gebundenheit.

Einstellen und Gefühle

Wenn Klienten kaum dazu in der Lage sind, Gefühle artikulieren, so kann das die Einfühlung erschweren. Zu akzeptieren, dass dem so ist und den Inhalt in anderen Facetten wiederzugeben, kann in einer solchen Situation wichtig sein.

Die entscheidende Therapiefrage

Für Therapeut G lautet die entscheidende Therapiefrage, ob er sich auf die betreffende Person einstellen kann, da nur dann eine Therapie erfolgreich werden kann.

Ausloten von Gefühlen

Wenn ein Klient keine Gefühle äußern kann, so kann man quasi für den Klienten Gefühle rekonstruieren. Eine solche Rekonstruktion ist immer als Angebot zu verstehen, das der Klient annehmen, aber auch ausschlagen kann.

Passung

Wenn eine Vertrauensbasis zwischen dem Therapeuten und Klienten entsteht, so kann das ein Zeichen dafür sein, dass etwas passt.

Absicht- und Interesselosigkeit des Therapeuten ?

Das einzige Bemühen von Therapeut G besteht darin zu versuchen den Klienten zu verstehen, nicht aber eine Vertrauensbasis aufzubauen oder dessen Leben zu bestimmen.

Der Verstehensprozess

Therapeut G beschreibt den Prozess des Verstehens als einen Prozess des emotionalen Erkundens der inneren Welt des Klienten, was heißt, dass etwas seinem Gefühl nahe kommen muss, oder dass er dem Gefühl des anderen nahe kommen muss.

Berührt werden

Wenn Therapeut G etwas berührt, so ist es wichtig, dass das der Klient auch spürt. Therapeut G meint weiter, dass ihn nur das Echte berührt.

Die Suche nach dem echten Gefühl

Das Erkunden der Gefühle des Klienten kann auch als Suche nach dem echten Gefühl beschrieben werden. Das Echte beim Therapeuten kann auch etwas Echtes beim Klienten hervorrufen.

Ausbildung

Die Ausbildung kann dazu dienen die Fassade eines Klienten nicht für echt zu halten.

Gespräch mit Therapeut H

Zur Person:

Therapeut H ist seit 25 Jahren freiberuflich als personenzentrierter Psychotherapeut tätig und arbeitet vorwiegend mit Erwachsenen in Einzeltherapie.

Verdichtungsprotokoll Therapeut H

Gesprächseinleitung

I: Also die Frage, der ich im Interview nachgehen möchte, ist, wie Sie sich als Therapeut auf Ihre Klienten einstellen beziehungsweise von Klient zu Klient umstellen und was da bei Ihnen für Prozesse dabei ablaufen.

TH: Das ist jetzt interessant, weil unlängst hat mich eine Kollegin von der Donau-Uni Krems angerufen, die genau dieselbe Fragestellung hat, halt mit dem Stichwort Resonanz, weil auf das läuft es ja vielleicht hinaus?

I: Vielleicht.

TH: Aber wissen Sie nichts davon?

I: Nein, gar nicht, bin ich jetzt ganz überrascht.

TH: Die macht die Ausbildung bei der ÖGWG und wenn man das an der Donau-Uni macht, muss man eine Diplomarbeit schreiben, Masterthesis heißt das dort. Okay, gut, okay.

1. Erstes Einstellen

Als erstes Einstellen versucht Therapeut H bereits auf dem Weg zu seiner Praxis sich möglichst von seinen eigenen Sachen frei und leer zu machen und den Alltag hinter sich zu lassen.

„Also, ich versuche einmal möglichst leer und frei im Kopf zu sein, das heißt, von meinen eigenen Sachen, die irgendwie nachwirken, was mit der Routine gut gelingt. Ich meine, schon am Herweg, wenn ich die erste Stunde habe, habe ich schon mal Zeit mich auf das einzustellen, die Sachen, die aus dem Alltag, sind hinter mir zu lassen (...).“

1.1 In den inneren Bezugsrahmen einfühlen

In den Stunden versucht nun Therapeut H sich in den inneren Bezugsrahmen seiner Klienten einzufühlen, zu verstehen, wie seine Klienten erleben und was sie ausdrücken.

„Und dann versuche ich das, dass ich in erster Linie den Bezugsrahmen der Klienten versuche zu verstehen, wie sie drauf sind, was sie für sich gerade erleben, was sie denken, was sie körperlich ausdrücken. Das wäre das Therapieprinzip „einführendes Verstehen“, ich glaube, das ist wirklich das, was mich leitet, wobei mir gefällt das manchmal fast besser, vom inneren Bezugsrahmen der Klienten auszugehen. Mich, so gut es irgendwie geht, in deren Welt hineinzusetzen.“

1.2 Off the track

Wenn sich Therapeut H in den inneren Bezugsrahmen seiner Klienten einfühlt, so achtet er darauf, ob er sich vielleicht „off the track“ begibt, indem er womöglich bereits einen Plan oder eine Zielsetzung hat, wohin der Klient kommen sollte und zu

welchen Einsichten er gelangen sollte. Passiert das, so melden ihm das die Klienten zumeist zurück.

„Und dabei achte ich natürlich, eh klar, personenzentriert, sind da irgendwelche Einstellungsmerkmale von Bedingungen, Bewertungsbedingungen, wo ich merke, etwas in mir kann das so nicht, was da kommt, anerkennen so wie es für die Klienten ist, wo ich irgendwo vielleicht einen Plan habe oder eine Zielsetzung, wo ich die Klientin hinhaben möchte, was sie schon endlich verstehen soll, nicht nur jetzt vom kleinen unmittelbaren Moment zu Moment, sondern auch ein bisschen tiefere Einsichten über ihre eigenen Muster oder über ihre eigene Lebensgeschichte, wie das auch so gekommen ist. Und wenn ich das merke, dann merke ich meistens auch, aha jetzt bin ich sozusagen „off the track“, verfolge meine eigene Spur, was mir von den Klienten zumeist in irgendeiner Form zurückgemeldet wird. Irgendwie, dass ich sie nicht ganz verstanden habe oder dass sie sich insgesamt vielleicht wohin gedrängt fühlen.“

1.3 Das eigene Erleben zur Verfügung stellen

Wie viel Therapeut H von seinem eigenen Erleben zur Verfügung stellt, ist unterschiedlich und muss gut abgewogen sein. Leichter ist es für Therapeut H zu sagen, wenn er etwas nicht verstanden hat, verwirrt ist oder etwas wie Anerkennung dem Klienten gegenüber ausdrücken möchte. Schwieriger wird es dann, wenn er sich nicht ganz so interessiert zeigen kann oder vielleicht ärgerlich ist. Da es Klienten gibt, die das nicht so gut nehmen könnten, ist Therapeut H in seiner Selbstoffenbarung sehr dosiert und betont wertschätzend.

„Ja und natürlich die dritte Bedingung, die da mitspielt, die ist sehr variabel, wie viel ich von meinem eigenen Erleben auch zur Verfügung stelle, preisgebe. Wie transparent ich mich jeweils mache mit dem, was ich bei mir registriere. Leichter ist das zu sagen, was ich nicht verstanden habe, leichter ist zu sagen, wenn ich verwirrt bin oder wenn ich mich nicht auskenne oder wenn vielleicht irgendein Gefühl da ist wie von Bewunderung oder in irgendeiner Form eine ausdrückliche Anerkennung, bin ich jetzt ganz beeindruckt oder solche Sachen. Schwieriger ist natürlich, das muss dann gut abgewogen sein, wenn ich Gefühle von, ich kann mich nicht so interessiert, so aktiv beteiligen, von Grantigkeit, Ärger oder so. Da gibt es natürlich Klienten, die das nicht so gut nehmen könnten, meiner Einschätzung nach, und da bin ich natürlich in meiner Selbstoffenbarung oder was ich von meinem eigenen Erleben unmittelbar mitteile, bemüht darum, das sehr dosiert oder sehr wertschätzend oder betont wertschätzend zu formulieren, was manches Mal die Klienten auch spüren, und so im Sinne „Aha, jetzt reißt er sich nur zum um es mir ja mundgerecht zu servieren.“, ja okay, gut. Es gibt natürlich Klienten in einer späteren Phase, wo das vielleicht auch salopper geht und auch gut genommen wird und trotzdem als wertschätzend angenommen wird und ankommt. Ja, sie wissen, dass es nicht so der Punkt ist das Wort abzulegen, dadurch ist ihnen das ganz Spontane lieber, weil sie eh wissen, die grundsätzliche Wertschätzung ist da.“

1.4 Direktiv versus direkt

In seiner Arbeit reflektiert Therapeut H auch immer wieder die Frage der Direktivität für sich. Er fragt sich dabei, ob er etwas macht, weil es den personenzentrierten Einstellungen entspricht oder weil er einen aus seinem eigenen Bezugsrahmen stammenden Plan für den Klienten verfolgt. Therapeut H sieht sich als jemand, der nicht großartig Angebote bezüglich unterschiedlicher Ausdrucksmittel macht, da er

meint, dass sich die Dinge auch auf dem sprachlichen Weg gut symbolisieren lassen. Direkt zu sein betrachtet Therapeut H, im Gegensatz dazu direktiv zu sein, als wünschenswert.

„Und natürlich immer so methodenspezifisch gedacht, mit der langjährigen Routine ist das natürlich nicht etwas, was ich für mich jedes Mal überlege, das reflektiere ich im Nachhinein, ich würde sagen, ich bin schon immer wieder auch interessiert an der Frage der Direktivität. Also mache ich jetzt irgendwie etwas, weil ich diese inneren Einstellungen umsetze, oder verfolge ich ein eigenes Kalkül, habe ich schon einen Plan, der aus meinem Bezugsrahmen kommt. Und ich verstehe mich als jemand, der keine großen Techniken im Sinne großartige Vorschläge oder Angebote macht bezüglich: „Wollen Sie ihr Gefühl malen oder wollen Sie es in körperlicher Form ausdrücken?“, nicht dass mir das fremd wäre, aber ich habe den Eindruck, das lässt sich so auch symbolisieren und so betrachtet kommt da auch wenig von mir, was in Richtung besondere Interventionen anlangt, etwas Bestimmtes, also auf eine bestimmte Art zum Ausdruck zu bringen oder zu kommunizieren, zu symbolisieren, wie wir sagen.“

„Direkt und direktiv sind natürlich zwei... . Direkt ist an und für sich wünschenswert, aber direktiv, glaube ich, hat seine Tücken und kann leicht einmal dem Klienten, im Sinne der Grundidee des personenzentrierten Ansatzes, nicht mehr gerecht werden.“

2. Inkongruenzen erfassen

Wenn sich Therapeut H in den Stunden nicht mehr als unbedingt wertschätzend erlebt, dann hat er offensichtlich etwas nicht ausreichend verstanden bzw. die betreffende Inkongruenz des Klienten nicht ausreichend erfasst. Wichtig ist für ihn zu verstehen, dass diese Inkongruenz zu verstehen wäre, es aber noch Zeit braucht.

„Na, ich halte mich da an Biermann – Ratjen und Eckert und Schwartz, also an diese. Wenn ich mich nicht mehr unbedingt wertschätzend erlebe, dann habe ich offenbar etwas nicht ausreichend verstanden und man könnte natürlich auch sagen, ich habe die Inkongruenz der oder des Klienten noch nicht hinreichend erfasst, dass es da um eine ganz bestimmte Inkongruenz geht, die vielleicht eh noch nicht zu verstehen ist, aber dass es zu verstehen ist, dass die zu verstehen wäre, und das braucht halt dann, bis sie verstanden ist.“

2.1 Fordern durch Fördern

Die Klienten nicht zu wenig zu fordern ist für Therapeut H wichtig und er meint, dass die personenzentrierte Formel als „Fordern durch Fördern“ beschrieben werden kann. Weiters meint er, dass es Klienten gibt, die auch von einem Feedback seinerseits profitieren können und auch mehr Konfrontation nehmen können.

„Das ist die eine Geschichte, die andere ist, dass natürlich immer so was wie ein Ehrgeiz, im Sinne von effizient sein wollen, im Sinne von, das Geld wert sein wollen, das ich ja auch verlange, also auch in gewisser Weise die Klienten nicht zu wenig zu fordern. (...) Also es geht um Fordern durch Fördern und es gibt natürlich Klienten, die auch mehr Konfrontation nehmen können und vielleicht auch ganz gut profitieren können also zum Beispiel von einem Feedback, wie ich die Klienten erlebe oder auch auf einen neuen Aspekt aufmerksam machen oder auf einen Widerspruch aufmerksam machen.“

2.2 Dem Klienten nicht vorauseilen

Wenn Therapeut H etwas von seiner Wahrnehmung offenbart, so ist es wichtig dem Klienten nicht vorauszueilen, sondern nahe am Klienten dran zu bleiben, damit er das vielleicht auch nehmen kann. Es ist dabei nicht unbedingt notwendig, dass der Klient das gleich in sein Selbstkonzept integrieren kann, aber dass es zumindest ankommt. Geht man dem Klienten zu weit voraus, so ruft das Widerstände beim Klienten hervor.

„Was ja auch schon eine Form von Direktivität ist in dem Moment, wo ich anhand der Körperhaltung meine, etwas zu erkennen von dem der Klient, aber im Moment noch nicht geredet hat, dann könnte man sagen, ich gehe einen Schritt voraus, und wenn ich aber sehr nahe am Klienten dran bin, dass etwas am Rande des Gewahrseins ist, na dann kann es der Klient vielleicht eh nehmen, aber wenn es etwas ist, wo ich schon zwei Schritte voraus bin, dann bin ich eigentlich nicht empathisch. Wahrscheinlich ist das richtig aber es ist für den Klienten in der Situation noch zu rasch, zuviel ins Organismische hinein gehend. Es geht ja dabei um das selbstkonzeptbezogene Verstehen und erst wenn das eben so nahe am Organismischen dran ist, dann überschneidet sich das, weil es dann um ein kongruentes Element geht, ist es oft durchaus möglich, dass das ins Selbstkonzept dann in dem Moment integriert wird, vielleicht noch nicht integriert, aber zumindest (wahrgenommen wird).“

„ „Ah ja.“, das ist fast wie unabweisbar dann. Es kommt vielleicht überraschend ein bisschen. Dann gehen solche Sachen mit dem Vorausgehen, sonst kann das eigentlich erst recht, das was der Rogers gemeint hat, Widerstände hervorrufen, die eigentlich durch den Therapeuten induziert sind, wenn man irgendwo hin möchte.“

2.3 Selbstentfaltung und Selbsterhaltung

Um seinem eigenen Ehrgeiz entgegenzukommen und sein Verständnis zu vergrößern, hilft es Therapeut H sich zu vergegenwärtigen, dass es entfaltende und erhaltende Tendenzen in uns gibt und dass die Inkongruenz die beste Möglichkeit war, das, was im eigenen Leben vorgefallen ist, zu verarbeiten.

„Also das ist das mit dem Ehrgeiz und da hilft mir auch sehr gut, das ist so faktisch ins Einmaleins übergegangen, diese zwei, man kann dann quasi auf zwei verkürzen: Selbstentfaltung, Selbsterhaltung. Dass ist in jedem von uns so was wie entfaltende Tendenzen gibt, was Neues dazu, etwas, was vielleicht nichts Neues ist aber Altes, was aber in einer neuen frischen Weise raufblöppen darf und parallel dazu oder gleichzeitig immer auch Kräfte am Werk sind, die das als bedrohlich finden, wo Entfaltung einfach auch Verunsicherung bedeutet, dass Festhalten ein legitimer Zug ist und so betrachtet wenn man schon mit dem Inkongruenzmodell arbeitet, dann: Inkongruenz ist die bestmögliche Variante gewesen, das, was im Leben zu verarbeiten war, damit fertig zu werden.“

2.4 Da muss etwas verstanden werden

In der Psychotherapie, aber nicht nur dort, hilft es Therapeut H, wenn bei einer Person etwas im Hintergrund zu sein scheint, was heftige Affekte auslöst, sich zu denken, dass da etwas verstanden werden muss. Das trägt auf der einen Seite dazu bei, dass sich Therapeut H zwar affizieren lässt, gleichzeitig aber auch den notwendigen Abstand zu halten um sich zum Beispiel nicht in einen Machtkampf oder ein große Aufwühlung hineinzubegeben.

„Und das hilft mir dann nicht nur in der Psychotherapie, aber da besonders natürlich, wenn ich mit jemandem zu tun habe, wo ich den Eindruck habe, da ist irgendwas im Hintergrund, was große Affekte auslöst, sehr heftige Gefühle, impulsive Gefühle, die vielleicht sehr reflexartig kommen, da denke ich mir oft: „Aha, da muss etwas verstanden werden.“, und da drängt auch etwas auf der einen Seite das Selbst zu schützen, auf der andere Seite rutscht etwas durch, was eigentlich noch nicht integriert ist. Und das hilft mir ein bisschen schon affiziert zu werden, weil ich bin ja gemeint, aber nicht in den Machtkampf hineinzugehen oder in diese Aufwühlung, wo der nötige Abstand dann wahrscheinlich auch fehlt, mich wiederum einzutunen und den Bezugsrahmen der Klientin einzunehmen, wo ich mich nicht bedroht fühlen muss, auch wenn ich kritisiert werde zum Beispiel, dass ich nicht zuhöre oder was schlecht verstanden habe oder nicht gemerkt habe oder was auch immer.“

„Das hilft mir insbesondere, wenn jemand sehr aggressiv ist oder sehr vorwurfsvoll, meine Kompetenz in Frage stellt, dass ich nicht gleich, kann ich sowieso auch machen, mich frage, so, was habe ich nicht verstanden, wo war ich unaufmerksam, das ist ja okay und das ist ja auch menschlich. Aber oft ist es ja auch so, dass sich der Klient auch entsprechend seiner eigenen Vorerfahrung einfach nicht verstanden fühlen kann, das gehört sozusagen...(dazu.). Das ist genau das, was sich ereignen können muss.“

2.5 Die Not mitdenken

Für Therapeut H ist es wichtig, immer die Not des Klienten mitzudenken und den Klienten nicht als jemanden zu sehen, der in der Therapie quasi Schachzüge macht. Zum Beispiel zu behaupten, ein Klient würde manipulieren, betrachtet Therapeut H als Unterstellung und meint, dass das auch nichts zum Verständnis beiträgt. Die Not des Klienten mitzudenken ist wichtig, um das Verständnis zu vergrößern, auch, wenn manche Klienten das nicht mitgeteilt haben möchten.

„(...) „Ja, was man da sieht, der manipuliert“ oder es gibt da so eine Reihe von Begriffen, mit denen ich mir schwer tue, weil sie Unterstellungen sind. Vielleicht kann man es im weitesten Sinn als Manipulation bezeichnen, aber das hilft nichts zum Verständnis, sondern es macht eher den Klienten oder die Klientin zu jemandem, die wie Schachzüge macht, aber nicht in dem Sinne, was spielt sich in deren Erleben eigentlich ab, dass sie mich anschießen muss. Selbst wenn es etwas ist, das sie zum Teil steuern kann, ich sage es mal so, für mich ist sehr hilfreich die Not, die dahinter steht irgendwo mitzudenken. Das wollen manche Klienten so dann natürlich nicht mitgeteilt wissen, das ist auch nicht notwendig. Das ist vielleicht ein Klient, der zum ersten Mal sich traut mir entgegenzutreten und nicht etwas hinunterzuschlucken, zum ersten Mal sich freimütig zu äußern. Die Not steckt ja trotzdem dahinter, diese, ich habe mein Leben lang vielleicht immer gekuscht.“

3. Der Königsweg

Therapeut H muss sich manchmal vor Augen zu halten, dass die Bedingungen der personenzentrierten Psychotherapie hinreichend und oft auch schwierig umzusetzen sind. Gelingt es aber, sie gut genug umzusetzen im eigenen Handeln, so stellen sie doch den Königsweg der personenzentrierten Psychotherapie dar.

„Ich glaube, ich muss mir manches Mal selber vor Augen führen dieses, wo der Rogers eben so provokant gesagt hat, hinreichend, die Bedingungen sind hinreichend, dass es oft schwierig ist, das umzusetzen, das ist die eine Sache, aber dass das Prinzip oder die Prinzipien als solche die Leitlinien schlechthin sein können.“

Und wenn das gut genug umgesetzt ist, natürlich ins Handeln auch, dann ist das schon der Königsweg der personzentrierten Psychotherapie.“

3.1 Das eigene Naturell

Therapeut H meint, dass innerhalb dessen, wie personenzentrierte Therapeuten arbeiten, eine große Bandbreite an Möglichkeiten vorhanden ist und es daher sehr auf das Naturell des Therapeuten und auf das, was für ihn authentisch ist, ankommt. So ist der eine expressiver und der andere zurückhaltender, die zugrunde liegenden Prinzipien sind aber letzten Endes ausschlaggebend. Wenn daher eine Therapiesituation in irgendeiner Weise unrund ist, so überlegt sich Therapeut H, was es ihm zum Beispiel so schwer macht, sich auf das Verstehen zu beschränken.

„Der scheinbar so ein bisschen passive personzentrierte Psychotherapeut, der eher sehr reaktiv ist, aber das ist es gar nicht, weil da ist eine große Bandbreite drinnen wie bei mir, meinem eigenen Naturell, das natürlich auch Schwankungsbreite hat tagesverfassungsmäßig, aber so im Großen und Ganzen gibt es etwas, was authentisch für mich ist. Und es gibt andere, die vielleicht insgesamt noch expressiver sind, und andere, die zurückhaltender sind, was denen wieder mehr entspricht, das gibt es da sicher. Und, dass das aber in dieser Bandbreite, die kann so oder so sein, aber die zu Grunde liegenden Prinzipien, auf die kommt es an, und das finde ich bestätigt und das heißt ich frage mich dann eher, was macht es mir heute so schwer mich auf das Verstehen zu beschränken oder dorthin zu fokussieren oder, was macht es mir schwer, diese Person in ihrer, wie es scheint, Umständlichkeit da zu akzeptieren, unbedingt positiv zu beachten.“

3.2 Die eigene Kongruenz wiederherstellen

In jenen Momenten, in denen sich Therapeut H nicht mehr als akzeptierend erlebt, schaut er eher auf sich, als sich die Theorie zur Hilfe zu holen. So überlegt er sich, was da gerade los ist, ob es bei ihm ist oder ob es vielleicht bei der Klientin ist.

„Ja, aber ich glaube, die Frage ist weniger so, große Theorie herholen in dem Sinne, sondern es ist mehr wie ein einmal Durchatmen und „Moment mal, was ist jetzt eigentlich? Glaube ich nicht daran, dass das ausreicht?“, jetzt bei der bestimmten Klientin. Könnte auch heißen, vermittelt die mir vielleicht auch, ich soll etwas tun für sie noch zusätzlich oder sie fühlt sich hilflos, weil etwas Bestimmtes noch gar nicht genügend gefühlsmäßig da ist, mit dem, wo dann etwas aufgeht und weitergeht.“

Wichtig ist es auf diesem Wege seine Kongruenz wiederherzustellen, seinen Ehrgeiz beiseite zu stellen und nahe an der Klientin zu bleiben.

„Man könnte wahrscheinlich sagen, ich registriere, dass in mir etwas Ungeduldiges ist, dass in mir etwas nicht voll Einlassendes da ist, das wäre in dem Sinne der erste Schritt meine Kongruenz wieder herzustellen, weil ich offenbar etwas Bestimmtes, was in mir vorgeht, ein bestimmter Ehrgeiz oder auch eine bestimmte Nichtbereitschaft mich auf bestimmte Themen in der Weise einzulassen, wie die Klienten das vielleicht gerade angehen. Mir scheint vielleicht gerade was anderes, wo ich das Gefühl habe, ah, da wäre noch etwas dran (wichtig). Aber dann zu sagen, okay, okay, ich bleibe bei der Klientin. Also an manchen Tagen ist das gar keine Frage, manches Mal ist es doch wie ein Nachlassen und da muss ich dann meine eigene Schlauheit zur Seite stellen. Und da könnte es leicht einmal sein, dass ich dann nicht so ganz beim Klienten oder der Klientin bin.“

4. Verstehen und verstanden werden

Auf meine Frage hin, ob man sagen könnte, dass auch die eigene Persönlichkeit und das eigene Gewordensein im Einstellungsprozess eine Rolle spielen, meint Therapeut H, dass dem sicher so ist und dass er es zu schätzen gelernt hat, dass jemand versucht ihn punktgenau zu verstehen. Er meint weiter, dass all das einen großen Wert für ihn hat und er es daher auch gerne weitergeben möchte.

„Definitiv. Also ich kann für mich sagen, dass dieses Schätzenkönnen, dass mir jemand zuhört, dass jemand versucht mich punktgenau zu verstehen, das war für mich ein sehr großes Element, das mir die Methode so sympathisch gemacht hat und mich auch daran denken hat lassen, sie selber anzuwenden, also zu lernen und anzuwenden. Also es hat einen sehr kostbaren Wert für mich aufgrund der eigenen Lebensgeschichte und ich glaube auch, dass mich das geprägt hat, vielleicht auch ein Stück zu lernen, manches Mal mich auch zurückzunehmen, was mir gar nicht so leicht fällt, aber genau dann dazu führt, dass ich nicht zuviel Raum einnehme. Also, dass die Klienten den Raum bekommen, den sie für sich brauchen. Ein bisschen einen Schritt zurück machen, habe ich für mich auch als sehr entwicklungsfördernd, sehr lohnend erfahren. Ja, was man selbst als hilfreich kennenlernt, will man auch weitergeben.“

Therapeut H denkt dabei auch daran, dass es nichts Großes von außen zusätzlich braucht, da in dem, was die Klienten bringen, das enthalten ist, was für sie wichtig ist, und es daher nicht den Therapeuten als Experten braucht, sondern die Klienten über ausreichend Ressourcen und Potentiale verfügen, die sie unter günstigen Beziehungsbedingungen entfalten können. Therapeut H schränkt allerdings ein, dass es bei manchen Klienten eher um Erhaltung als um Entfaltung geht.

„Also, wenn man es wieder ein bisschen abstrakter formuliert, dass ich ja, in der Lehrtherapie ist das wieder eine eigene Geschichte, aber insgesamt in der Ausbildung oder in eigenen therapeutischen Prozessen erlebt habe, wie gut mir es tut, wenn mir jemand zuhört und versucht gar nichts Großes dazuzugeben, sondern nur mal das, was eh von mir schon so viel kommt, wenn ich plätschere oder sprudle, da ist eh alles drinnen, was für mich wichtig ist. (...) dass die Klienten so viele Ressourcen haben, so viele Potentiale, dass wenn man ihnen bestimmte günstige Beziehungsbedingungen zur Verfügung stellt oder anbietet, dass sie das dann auch entfalten können und dass es nicht groß noch etwas braucht noch von außen her, „ich als Experte“, sondern die Klienten wirklich Experten für sich selber sind. (...) Ich meine, es haben alle unterschiedliche Anlagen und natürlich auch prägende Erfahrungen, vor allem auch Beziehungserfahrungen. Bei manchen, muss man auch leider sagen, ist nicht mehr so viel Potential entwickelbar, da ist etwas, das lässt sich nicht mehr voll entfalten. Also, wie man es sagt, da ist die Erhaltung dann schon ein großer Erfolg. Die Entfaltung in dem Maße, wie es noch drinnen ist, und manche Klienten haben sehr viel mit dem Überlebensmodus, sage ich jetzt einmal so, zu tun und zu kämpfen und sind sehr beschäftigt damit.“

4.1 Verstehen und theoretische Überlegungen

Therapeut H verbietet sich in der Therapie theoretische Überlegungen nicht, achtet aber darauf, dass er nicht nach ihnen Ausschau hält, um nicht vorab den Fokus auf etwas zu richten.

„(...) wenn ich etwas unter dem theoretischen Blickwinkel von Übertragung zum Beispiel meine, das könnte im Spiel sein, dann verbiete ich mir den Gedanken natürlich nicht. Aber es ist nicht so, dass ich von Haus aus schon Ausschau halte nach Übertragungsphänomenen oder anders betrachtet, in der interpersonalen Richtung des personenzentrierten Ansatzes, (...) es geht darum, dass die Klienten in der Therapie ihr interpersonelles Umgehen für sich verstehen lernen und aufmerksam gemacht werden darauf, denn Beziehung geht vor Selbst. Also umgedreht ist es das Vorrangige und beim Rogers war es eigentlich das Selbstkonzept, das im Zentrum gestanden ist, (...) Und das wäre, und das finde ich sehr interessant, diese Facette oder auch mehr als eine Facette, aber mein Ansatz würde trotzdem nicht so systematisch darauf abgestellt sein zu sagen: „Okay, wie tun Sie jetzt mit mir?“, und genau das ist ja dann Ihr Beziehungsangebot und das ist natürlich durch, wie Bion einmal gesagt hat, lebensgeschichtlich erworbene Beziehungsmuster geprägt. Könnte man auch als Übertragung verstehen, aber man muss es nicht so verstehen, (...) Und das wäre für mich aber ein Bias, weil dann habe ich bereits einen Fokus, den ich von vorne herein hereinbringe.“

4.2 Verstehen und Beziehung

Auch wenn Therapeut H nicht darauf fokussiert, kann es sein, dass zu einem Zeitpunkt in der Therapie das Beziehungsthema zwischen Therapeut und Klient im Brennpunkt steht. Dann ist es aber vielleicht gerade das, was wichtig ist, um zu dem zu kommen, was womöglich bereits auf der Hand liegt.

„Es kann aber sein, dass bei ganz bestimmten therapeutischen Prozessen das Beziehungsthema so im Brennpunkt steht (...). Ja sage ich einmal so, ohne dass ich jetzt groß, natürlich spiele ich mit, aber ich tue das nicht in die Richtung hindrängen und jetzt kommt das, natürlich dann habe ich meine Standardfrage, Standardfrage, das heißt gar nicht, dass ich das in der Frage immer genau so sage, das wäre ja wie eine eigene Schallplatte, aber natürlich „Wie ist denn das hier zwischen uns?“. Dann ist man einmal dort, das ist vielleicht eh genau das, was wichtig ist: „Wie spielt sich die Beziehung zwischen uns beiden ab, ordnen Sie sich unter, haben Sie das Gefühl, Sie sind in Konkurrenz zu mir?“. Da hat man dann eh schon immer Hinweise nach dem, was eh schon auf der Hand liegt, was sein könnte.“

4.3 Bemühen um Verstehen

Therapeut H meint, dass es sein kann, dass es immer wieder nur ein Bemühen um Verstehen ist, gerade wenn es immer wieder sehr konfus ist, und dass auch dieses Bemühen von den Klienten geschätzt werden kann.

„Manchmal geht gar nicht mehr als ein Bemühen um Verstehen, wenn es oft sehr konfus ist, aber das will auch geschätzt werden. Wenn es immer nur beim Bemühen bleibt, ist das blöd, aber manchmal schätzen das Klienten auch sehr, dass man sich bemüht.“

5. Das Vorgefertigte

Für Therapeut H ist das einzig Vorgefertigte in der personenzentrierten Psychotherapie einführend zu verstehen und unbedingt positiv wertzuschätzen. Innerhalb dieses Rahmens haben dann noch viele verschiedene Dinge Platz, zumal auch jeder Therapeut anders ist.

„Also im Sinne der personzentrierten Therapietheorie ist das einzige Vorgefertigte, mit dem ich hineingehe, mich darum zu bemühen einführend zu verstehen und keine Bedingungen im Sinne von mehr oder weniger wertschätzen hineinzubringen. Das ist sozusagen vorgefertigt, weil hinter das möchte ich nicht zurückfallen. Natürlich ist mein eigenes Erleben dabei kongruent, aber das ist quasi der Rahmen innerhalb dessen (ich mich bewege?), und so verstehe ich mich, als jemand klassisch Orientierten, aber da hat jetzt viel Platz und da darf auch die Intuition und die Spontanität des Therapeuten eine Rolle spielen, wie ich auch schlagfertig (sein kann) oder irgendwas vielleicht Deftigeres, also da gibt es verschiedene Typen, das kann alles passen. Wir haben einfach alle verschiedenste Horizonte, Vorverständnisse, Vorerfahrungen, auch andere Methoden. Das ist auch da, wenn jetzt auf einmal der Klient fast so wie eine rollenspielartige Szene schildert und ich nehme mir sicher nicht vor, wir könnten nächstes Mal ein Rollenspiel machen, mir fällt in dem Moment ein, ich würde nicht davor zurückscheuen zu fragen, ob das passen könnte. Und wenn er dann sagt „nein“, dann gut, okay. Oder wenn er sich auf die Couch hinlegen möchte, das ist dann alles in dem Rahmen. Es sind verschiedene Formen, wie diese Grundhaltungen dann auch technisch umgesetzt werden können.“

Auch wenn Therapeut H das Verstehen und das Wertschätzen als das einzig Vorgefertigte bezeichnet, so betont er weiters, dass es deswegen nicht heißt, dass es immer automatisch da ist, sondern dass man es sich immer wieder mühsam erarbeiten muss.

„(...) das Vorgefertigte ist ja nicht so, ich habe ja dann nichts Vorgefertigtes, das muss ich mir eh mühsam erarbeiten jedes Mal, sowohl das Verstehen als das Wertschätzen. Aber als Prinzip ist es vorgefertigt. Um das ginge es eigentlich, nicht dass ich es gleich habe.“

5.1 Die persönliche Farbe

Zumal, wie Therapeut H zuvor erwähnt hat, personenzentrierte Therapeuten, abgesehen von ihrer Grundhaltung, recht unterschiedlich sein können, so kann man das als persönliche Farbe bezeichnen. Besonders ist für Therapeut H, dass man in der personenzentrierten Ausbildung seinen persönlichen Stil entwickeln kann, aber vorerst die Grundhaltungen abgesichert werden.

„Das was Sie vielleicht mit der Persönlichkeit bei der Frage vorher wissen wollten, ja, das wäre die persönliche Farbe.“

„(...) dass innerhalb dieses Ansatzes viele Handlungsmöglichkeiten Platz haben, um dem eigenen Stil auch gerecht zu werden. Aber das Besondere am Personzentrierten ist, dass man nicht dort anfängt, sondern erst einmal diese Grundhaltungen versucht, möglichst abzusichern und sich daran zu orientieren, und dass dann viel Platz ist. Ich meine, so verstehen wir auch unsere Ausbildung, dass die Leute dann ihre Persönlichkeit entwickeln, ihren Stil, ihre Farbe.“

5.2 Die professionelle Beziehung

Echt zu sein und sich seinem Naturell entsprechend sich in die therapeutische Beziehung einzubringen, ist für Therapeut H wichtig, doch muss auch hier abgewogen werden, wie viel man in einer solchen professionellen Beziehung zum Ausdruck bringt. Hierbei spricht Therapeut H von einer „disziplinierten Spontanität“, mit der er Dinge zum Ausdruck bringt.

„Aber ich meine, da kommt dann schon noch dazu, und das ist einfach ein ewiges Spannungsfeld, es ist eine professionelle Beziehung, das heißt, ich habe auch eine bestimmte Funktion und natürlich möchte ich mich nicht verstellen. Aber wenn ich zum Beispiel gerade gut aufgelegt bin, weil mein Sohn die Matura erfolgreich absolviert oder meine Tochter eine Prüfung gut geschafft hat, wenn gerade mit meiner Frau eine schöne Zeit war, aber da sehe ich keinen Grund, das allzu explizit einfließen zu lassen, obwohl es etwas sehr mich Betreffendes ist und mich Ausmachendes in dem Moment, aber ich glaube, die Klienten haben ihre eigenen Themen, und die würden nur abgelenkt werden, wenn ich das allzu sehr zum Ausdruck bringe. Das muss ich ja nicht einmal verbal, sondern nur von meiner Stimmung her. Ich werde es nicht verbergen, aber da schaue ich schon drauf, da würde ich auch ein bisschen von einer Art disziplinierten Spontanität sprechen.“

Gegen Ende des Interviews meint Therapeut H noch, dass der Hauptmodus in der therapeutischen Beziehung wohl das Ringen um einführendes Verstehen ist und dass es wichtig ist zu schauen, ob man sich als wertschätzend erlebt.

„Und ich glaube doch in der therapeutischen, professionellen Beziehung, bei aller Wichtigkeit von Kongruenz und Wertschätzung, ist doch dieses Ringen um einführendes Verstehen das am häufigsten wahrscheinlich auch Anzutreffende, also der Hauptmodus.“

„Biermann – Ratjen nennt das Kontrollfaktor, wenn man bei sich selber erleben kann, dass man wertschätzen kann, im wertschätzenden Erleben drinnen ist und geht in die Welt der anderen Person, dann kann man für sich an dem ablesen, ich bin kongruent, wahrscheinlich in der Regel. Und mehr kann man vielleicht eh nicht bieten. Vielleicht schon aber, es scheint mir das Wichtigste zu sein.“

Kernaussagen

Erstes Einstellen

Um sich auf seine Klienten einzustellen kann man als Therapeut bereits auf dem Weg zur eigenen Praxis versuchen, sich möglichst leer und frei im Kopf zu machen und den Alltag hinter sich zu lassen.

In den inneren Bezugsrahmen einfühlen

Das Prinzip des einführenden Verstehens ist für das Einfühlen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten leitend um zu verstehen, wie die Klienten erleben und was sie ausdrücken. Es lässt sich auch als ein Hineinversetzen in die Welt des Klienten beschreiben.

Off the track / Direkt versus direktiv

Beim Einfühlen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten ist es wichtig darauf zu achten, ob man womöglich bereits eine Zielsetzung oder einen Plan für seine Klienten hat und sich „off the track“ begibt. So kann man sich fragen, ob man etwas macht um die personenzentrierten Einstellungen zu verwirklichen, oder ob man es aus dem eigenen Bezugsrahmen heraus macht.

Das eigene Erleben zur Verfügung stellen

Wie viel man als Therapeut von seinem eigenen Erleben zur Verfügung stellt, muss gut abgewogen sein.

Inkongruenzen erfassen

Wenn man sich als Therapeut nicht mehr unbedingt wertschätzend erlebt, so kann das heißen, dass man etwas noch nicht ausreichend verstanden hat bzw. eine Inkongruenz noch nicht ausreichend erfasst hat.

Dem Klienten nicht vorseilen

Wenn man als Therapeut etwas von seiner Wahrnehmung dem Klienten gegenüber offenbart, ist es wichtig, nahe am Klienten zu bleiben und ihm nicht vorauszueilen, damit er das auch nehmen kann, da es sonst beim Klienten zu vom Therapeuten induzierten Widerständen kommen kann.

Selbstentfaltung und Selbsterhaltung

Um sein Verständnis für den Klienten zu erhöhen, kann es hilfreich sein, sich zu vergegenwärtigen, dass es selbstentfaltende und selbsterhaltende Tendenzen gibt und die Inkongruenz der beste Lösungsweg war, um etwas zu bewältigen.

Da muss etwas verstanden werden

Wenn bei einer Person etwas im Hintergrund zu sein scheint, was heftige Affekte auslöst, kann es hilfreich sein, sich zu denken, dass da etwas verstanden werden muss, um sich zwar affizieren zu lassen, aber gleichzeitig den notwendigen Abstand zu halten.

Die Not mitdenken

Die Not des Klienten mitzudenken kann dazu beitragen das Verständnis des Therapeuten zu vergrößern.

Der Königsweg

Zwar kann es oft auch schwierig sein, die personenzentrierten Einstellungen umzusetzen, doch stellen sie, wenn sie im therapeutischen Handeln gut genug umgesetzt sind, den Königsweg der personenzentrierten Psychotherapie dar.

Das eigene Naturell / Die persönliche Farbe

Die der personenzentrierten Psychotherapie zugrunde liegenden Prinzipien sind ausschlaggebend und leitend, doch können Therapeuten recht unterschiedlich sein, da für jeden etwas anderes authentisch ist. Wichtig ist es auch in der Ausbildung zuerst die Grundhaltungen abzusichern und dann seinen eigenen Stil bzw. seine persönliche Farbe zu entwickeln.

Die eigene Kongruenz wiederherstellen

Wenn man sich nicht mehr akzeptierend erlebt, kann man sich überlegen, ob die Schwierigkeit bei einem selbst oder bei dem Klienten liegt. Auf diesem Wege kann man versuchen seine Kongruenz wiederherzustellen.

Verstehen und verstanden werden

Die eigene Persönlichkeit und das eigene Gewordensein spielen für Therapeut H insofern eine Rolle für den Einstellungsprozess, als er es auch als wertvoll und schätzenswert erlebt hat, dass sich jemand darum bemüht, ihn punktgenau zu verstehen und er das auch gerne weitergeben möchte.

Verstehen und theoretische Überlegungen

Wenn man sich in der Therapie theoretische Überlegungen macht, so ist es wichtig, nicht gezielt Ausschau nach bestimmten Phänomenen zu halten um seinen Fokus nicht vorab auf etwas zu richten.

Verstehen und Beziehung

Es kann zu einem Zeitpunkt in der Therapie das Beziehungsthema zwischen Therapeut und Klient im Brennpunkt stehen und es kann sein, dass das gerade wichtig ist, um zu etwas anderem zu kommen.

Bemühen um Verstehen

Es kann sein, dass in der Therapie immer wieder auch nur ein Bemühen um Verstehen stattfindet, wenn es immer wieder sehr konfus ist.

Das Vorgefertigte

Das einzig Vorgefertigte in der personenzentrierten Psychotherapie ist einführend zu verstehen und unbedingt positiv wertzuschätzen. Innerhalb dieses Rahmens können noch viele andere Dinge Platz haben, zumal jeder Therapeut anders ist.

Die professionelle Beziehung

Echt zu sein und sich seinem Naturell entsprechend in die therapeutische Beziehung einzubringen kann wichtig sein allerdings auch abzuwägen wie viel man als Therapeut zum Ausdruck bringt, zumal es sich um eine professionelle Beziehung handelt.

CURRICULUM VITAE

ZUR PERSON

Name: Magdalena Lucia Tojčić

Geburtsdatum: 24.10. 1982

Geburtsort: Wien

AUSBILDUNG UND WEITERBILDUNG

seit 03/2006	Psychotherapeutisches Propädeutikum bei der VRP
seit 03/2003	Studium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien
10/2001 – 02/2003	Studium der Psychologie an der Universität Wien
1993 – 2001	Bundesrealgymnasium, Wien 13
1989 – 1993	Volksschule, Wien 13

BISHERIGE FACHEINSCHLÄGIGE TÄTIGKEITEN

seit 03/2010	Freie Mitarbeiterin bei „Frauen beraten Frauen“
10/2009 – 02/2010	Tutorinentätigkeit am Institut für Bildungswissenschaft, Wien
10/2009 – 12/2009	Praktikum bei „Frauen beraten Frauen“
10/2008 – 02/2009	Tutorinentätigkeit am Institut für Bildungswissenschaft, Wien
09 – 10/2008	Praktikum am Bundesblindenerziehungsinstitut, Wien
seit 04/2008	Beratungstätigkeit bei „die – möwe Helpline“, seit 02/2010 stellvertretende Leiterin
10/2007 – 02/2008	Tutorinentätigkeit am Institut für Bildungswissenschaft, Wien
09/2007 – 02/2008	Praktikum im Bereich Kinderschutz bei „die – möwe Kinderschutzzentren“
03 – 09/2007	Wissenschaftliches Praktikum am Institut für Bildungswissenschaft, Wien
03 – 09/2007	Praktikum im Bereich Essstörungen am Institut „sowhat“, Wien

SONSTIGE TÄTIGKEITEN

seit 10/2007	Ehrenamtliche Mitarbeit bei „Hungrig Online“ e.V.
--------------	---

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit des Eides statt, dass ich vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Magdalena Lucia Tojčić

Wien, April 2010