



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die therapeutische Beziehung“

Personenzentrierte und tiefenpsychologische Aspekte

Verfasserin

Alexis Ferstl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

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

Danksagung

Für die Unterstützung bei meiner Diplomarbeit möchte ich mich bei folgenden Personen bedanken:

Meinem Betreuer Prof. Dr. Hutterer danke ich für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit.

Zudem möchte ich meinen Eltern danken, die mich nicht nur finanziell, sondern auch moralisch immer unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt meiner Mutter, die mich stets motiviert und mir hilfreich zur Seite steht.

Ein besonderer Dank gilt den Therapeuten und Therapeutinnen für die offenen und interessanten Gespräche. Ebenso bedanke ich mich herzlich für die vielen Anregungen und Literaturempfehlungen, die sie mir gegeben haben.

Weiters möchte ich mich bei meiner Studienkollegin und Freundin Carina bedanken, die stets ein offenes Ohr für mich hat. Außerdem bedanke ich mich bei Gundl und Sandra, die mich seit meiner Schulzeit unterstützen.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe als die angegebenen. Ich versichere, dass ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift: _____

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Problemstellung	S.5
I THEORETISCHER TEIL	
1. Grundbegriffe und Menschenbild	S.9
1.1. Carl Rogers und die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes	S.9
1.2. Das Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie	S.15
1.3. Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie	S.17
1.4. Alfred Adler und die Entwicklung der Individualpsychologie	S.23
1.5. Menschenbild und Grundlagen der Individualpsychologie	S.26
2. Stand der Psychotherapieforschung	S.34
2.1. Entwicklung und Paradigmenwechsel der Psychotherapieforschung	S.34
2.2. Die Psychotherapieforschung heute	S.38
II METHODISCHER TEIL	
3. Methodisches Vorgehen	S.43
3.1. Beschreibung der Stichprobe	S.45
4. Forschungsgegenstand	S.46
4.1. Die therapeutische Beziehung	S.46
4.1.1 Das Beziehungsangebot	S.56
4.1.2. Das Arbeitsbündnis	S.63
4.2. Konvergenzen und Divergenzen	S.70
Zusammenfassung und Ausblick	S.74
Literaturverzeichnis	S.78
Internetquellen	S.86
Anhang	S.87

Einleitung und Problemstellung

Die Auseinandersetzung mit der menschlichen Psyche und in weiterer Folge mit psychischen Störungen und deren Behandlung steht mittlerweile schon seit Jahrhunderten im Interesse der Menschen. Einen bedeutenden Beitrag zum Verständnis dieses speziellen Gegenstandes leistete Anfang des 20. Jahrhunderts Sigmund Freud, der durch die von ihm entwickelte Psychoanalyse neue Perspektiven und eine neue Zugangsweise zur Psyche und zur Behandlung psychischer Störungen ermöglichte (Rieken et al., 2011, S.1ff).

Maßgeblichen Einfluss leistete er durch seine akribische Auseinandersetzung mit Einzelfällen, da dadurch ein forschender Zugang zur Psychoanalyse und somit auch zum Geist des Menschen geboten wurde. Denn dadurch konnte versucht werden, die menschliche Psyche und innerpsychische Vorgänge besser zu verstehen und für bestimmte Phänomene Erklärungen zu finden. Der Zugang zum Menschen und zu seinem Wesen wurde im Laufe der Zeit um etliche Strömungen ergänzt und mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Theorien, um den komplexen Gegenstand psychischer Vorgänge zu erklären.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem bestimmten Zugang, um seelische und psychische Störungen und Verletzungen zu behandeln, nämlich der Psychotherapie. „Psychotherapie ist die Heilbehandlung für psychisch und psychosomatisch bedingte Leidenszustände durch das psychotherapeutische Beziehungsangebot auf wissenschaftlicher Basis.“¹

Psychotherapie deckt im heutigen Gesundheitswesen einen wichtigen Bereich ab, denn das Verständnis und die Wahrnehmung dieser haben sich seit dem Beginn psychotherapeutischer Behandlungen stark gewandelt. Die Psychotherapie und ihre Auswirkung auf die psychische und somit auch physische Gesundheit musste sich ihre Berechtigung im Gesundheitswesen erarbeiten. Maßgeblichen Einfluss darauf nimmt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Prozess. Denn einen großen Beitrag zur Anerkennung von Psychotherapie hat sicherlich die Forschung geleistet, die deren Wirksamkeit empirisch nachweisen konnte. Sie entwickelt sich ständig weiter und beschäftigt sich aus immer neuen Perspektiven mit der Therapie. Dies impliziert auch Fragen danach, welche einzelnen Bestandteile und Aspekte von Therapie diese überhaupt erst zu dem machen, was sie ist und was für deren Wirksamkeit ausschlaggebend ist. Um ein großes Spektrum abzudecken, wird zwischen Ergebnis- und Prozessforschung unterschieden. Denn der Gegenstandsbereich der Ergebnisforschung beschäftigt sich vor allem mit Effektivität und Effizienz von Psychotherapie, während die Prozessforschung vor allem den therapeutischen Prozess im Fokus hat. Einen besonderen Bezug zur Praxis wird durch jene Forschung versucht zu ermöglichen, die sich mit dem Zusammenhang individueller

¹ <http://www.psychotherapie.at/ueber-psychotherapie>; 2.1.2012

Therapieerläufe und dem Therapieergebnis beschäftigt (Lutz, 2007, S.10). Der Trend in der Forschung distanziert sich immer stärker von einer starren Fokussierung auf die Therapietechnik und bestimmter Diagnosen, da als wichtiger Bestandteil von Psychotherapie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient erkannt wurde und dadurch vermehrt in den Fokus der Forschung gerückt ist (z.B. Norcross, 2002).

Hat man bisher eher versucht zu belegen, dass vor allem die Methode der Psychotherapie verantwortlich für deren Erfolg ist, so sind mittlerweile die Faktoren Klient und Therapeut in den Vordergrund gerückt. Eine neue Perspektive in der Forschung führte dazu, dass die tragende Rolle der therapeutischen Beziehung vermehrt wahrgenommen wird. Somit lässt sich sagen, dass der Trend in der Psychotherapieforschung weg von Therapietechnik und diagnosespezifischen Verfahren hin zur Beziehung zwischen Therapeut und Klient geht (z.B. Norcross, 2002; Lambert & Barley, 2002; Goldfried & Davila, 2005).

Da also das **Beziehungsgeschehen** einen erwiesenermaßen wichtigen Stellenwert in der psychotherapeutischen Praxis einnimmt, kommt es in der vorliegenden Arbeit zu einer Auseinandersetzung mit der **therapeutischen Beziehung**. Um ein möglichst umfassendes Bild zu schaffen, wird die therapeutische Beziehung aus zwei Perspektiven beleuchtet und versucht, diese anhand unterschiedlicher Theorien zu verstehen. Dafür wurden zum einen der Personenzentrierte Ansatz und zum anderen der Individualpsychologische Ansatz gewählt. Die Entscheidung für diese zwei Theorien stützt sich darauf, dass diese jeweils andersartige Zugänge zum Menschen bieten, andererseits aber auch Ähnlichkeiten in der Grundhaltung und im Menschenbild vorhanden sind. Sowohl die Personenzentrierte wie auch die Individualpsychologische Psychotherapie stützen sich auf ein humanistisches Weltbild und eine ressourcenorientierte Wahrnehmung des Menschen. Ebenso sprechen beide Theorien dem Menschen zu, eigenverantwortlich das Potenzial zur Selbstverwirklichung erkennen und entfalten zu können.

So wird versucht, einen möglichst breit gefächerten Überblick zu schaffen und dadurch einen vielschichtigen Zugang zum Thema der therapeutischen Beziehung zu ermöglichen. Denn wie schon erwähnt, ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung mittlerweile vielfach belegt und vertritt in verschiedenen therapeutischen Methoden ihren Stellenwert (z.B. Duncan et al., 2010). Durch die Auseinandersetzung mit der unterschiedlichen Wertigkeit der therapeutischen Beziehung einerseits in der Personenzentrierten, andererseits in der Tiefenpsychologischen Theorie, sollen mögliche Konvergenzen bzw. Differenzen erkannt und ausgearbeitet werden.

Um eine theoretische Basis zu schaffen, beschäftigt sich das erste Kapitel mit den Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie und der Individualpsychologie, da dies

die unterschiedliche Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung in weiterer Folge erleichtert.

Im zweiten Kapitel werden die Entwicklung der Psychotherapieforschung und der Stand der Forschung dargestellt. Denn wie eingangs schon erwähnt, hat sich ein Wandel in der Psychotherapieforschung ergeben, weshalb sich dieses Kapitel eingehend mit dieser Thematik beschäftigt.

Das dritte Kapitel widmet sich dem Forschungsgegenstand der therapeutischen Beziehung. Eingangs wird die angewandte Methode erläutert und ein kurzer Überblick über die interviewten Therapeuten geboten. In weiterer Folge werden Interviewausschnitte in die Theorie eingebettet und es folgt eine eingehende Auseinandersetzung mit folgenden Fragen: In der Personenzentrierten Psychotherapie steht ein **Beziehungsangebot** sowie die Beziehung an sich im Vordergrund der Therapie. Diese Beziehung ist dann Kern des therapeutischen Prozesses und bietet dem Klienten die Möglichkeit, sich innerhalb der Beziehung seiner Entwicklung zu stellen. In der Tiefenpsychologie hingegen wird ein **Arbeitsbündnis** zwischen Therapeut und Klient geschlossen, durch welches dann versucht wird, Widerstände beim Klienten aufzubrechen und dadurch den therapeutischen Prozess zu öffnen.

Eine Auseinandersetzung mit diesen unterschiedlichen Zugängen führt zu der Forschungsfrage, *welche Rolle die therapeutische Beziehung in der psychotherapeutischen Praxis einnimmt*. Des Weiteren wird dargestellt, inwiefern eine **individuelle Beziehungsgestaltung** im therapeutischen Alltag stattfindet. Um hier mögliche Unterschiede in der Praxis zu erkennen, wurden sowohl Personenzentrierte, wie auch Individualpsychologische Psychotherapeuten mit einer Berufserfahrung von mindestens zehn Jahren mittels Interviewleitfaden interviewt. Die Auswertung der Fragen erfolgt durch eine theoriegeleitete Analyse und umfasst folgende Bereiche:

- Was verstehen die einzelnen Therapeuten unter der therapeutischen Beziehung?
- Was ist wichtig bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung?
- Wird die therapeutische Beziehung individuell an den Klienten angepasst?

Eine Auswertung dieser Fragen soll den Zugang zur therapeutischen Beziehung erleichtern und in Verbindung mit theoretischen Grundlagen ein umfassendes Bild schaffen.

Im Rahmen der Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung wird des Weiteren diskutiert, welchen Stellenwert einerseits das Beziehungsangebot, andererseits das Arbeitsbündnis in der therapeutischen Praxis einnehmen und ob es hier einen Unterschied zwischen Personenzentrierten Psychotherapeuten und Individualpsychologen gibt.

Als abschließender Teil folgt ein Resümee und Ausblick.

Anmerkung

In Bezug auf die sprachliche Gleichbehandlung wird darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit die gewählte Form bei allen personenbezogenen Bezeichnungen für beide Geschlechter gilt.

I THEORETISCHER TEIL

1. Grundbegriffe und Menschenbild

Das vorliegende Kapitel stellt Carl Rogers und die Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie vor. Es zeigt einen kurzen Einblick in Rogers Leben und seine Idee hinter dem von ihm entwickelten psychotherapeutischen Ansatz. Ein historischer Abriss erleichtert das Verständnis der Theorie und den Zugang zu den Grundthesen des Personenzentrierten Ansatzes und der Präsenz der therapeutischen Beziehung.

Des Weiteren wird das Leben Alfred Adlers und die Geschichte der Individualpsychologie aufgezeigt. Ebenso wird Bezug auf die Tiefenpsychologie genommen, wie auch auf das der Individualpsychologie zugrundeliegende Menschenbild. Die tiefenpsychologische Theorie dient als Grundlage für das Verständnis des Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Klient, das in weiterer Folge näher beschrieben wird.

1.1. Carl Rogers und die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes

Carl Ransom Rogers wurde am 8.1.1902 geboren und studierte zunächst Agrarwissenschaft an der Universität von Wisconsin und später in New York Theologie im *Union Theological Seminary* (Groddeck, 2006, S.40).

Carl Rogers besuchte Vorlesungen der Psychologie, Pädagogik und Psychiatrie sowie das *Teachers Training College*. 1926 nahm er eine Stelle am *Institute for Child Guidance* an, wo Erziehungsberatung stattfand und sowohl die akademische Psychologie als auch die Psychoanalyse angewandt wurden. Hier entwickelte Rogers sein theoretisches Wissen daher einerseits aus der akademischen Psychologie mit ihrem exakt methodischen und auf Messung beruhenden experimentell-statistischen Vorgehen. Andererseits setzte er sich durch die Erziehungsberatung auch mit dem psychoanalytischen Gedankengut auseinander, das sich vornehmlich mit Emotionen und Persönlichkeitsdynamik beschäftigt (Höger, 2006, S.14).

1928 trat Rogers eine Stelle als Psychologe in der *Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children* an und wurde 1929 Direktor der entwicklungspsychologischen Abteilung. Er wirkte insgesamt 12 Jahre in dieser sozialpsychiatrischen Einrichtung, die sich vornehmlich mit der Beratung unterprivilegierter Jugendlicher und deren Eltern auseinandersetzte. Diese Arbeit war prägend für Rogers und sein humanistisch orientiertes Weltbild und weckte sein Interesse an klinischen Fragestellungen (Heim, 2009, S.105).

Die Arbeit in der entwicklungspsychologischen Abteilung stand bei Rogers stets unter der

Frage, ob die angewandten Methoden effektiv seien und funktionierten. Die Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung war Antrieb, sich für anderweitige Vorgehensweisen zu interessieren und diese zu hinterfragen.

Die damals vorherrschende These für erfolgreiche Therapie basierte auf der Annahme, dass es ein genaues Verständnis für die Art des Problems geben müsse, daraufhin eine Diagnose und aus dieser folgend einen Ratschlag, wie mit dem Problem umgegangen werden müsse. Um zu Diagnosen zu gelangen wurden Gespräche mit den Kindern, Jugendlichen und Eltern geführt, psychologische Tests angewandt und vorliegende Akten auf Grundlage von psychoanalytischen Vorstellungen studiert. Darauf folgte eine Fallkonferenz mit den Mitgliedern des gesamten Teams, die dann geeignete Maßnahmen zur Problembehebung entwickelten (Höger, 2006, S.14).

Rogers durchlebte während der Zeit in Rochester eine Entwicklung, die ihm die Grenzen der vorherrschenden Literatur und Methoden erkennen ließ. Höger (2006) beschreibt das folgendermaßen:

Zunächst von Methoden tief beeindruckt und überzeugt, dem Experten argumentativ und zwingend die Einsicht in die Hintergründe von Problemen vermitteln, hatte er inzwischen gelernt, dass eine solche Rhetorik zwar für den Therapeuten selber – oder auch für ein eventuelles Publikum – ihre intellektuellen Reize haben mag. Für konstruktive Veränderungen ist sie jedoch so gut wie wertlos. Höger (2006, S.15f)

Die Erfahrungen in dieser Abteilung lehrten ihn kritischer und vorsichtiger zu werden und legten den Grundstein für seine weitere Entwicklung als Therapeut. Rogers erkannte, dass aus seiner Sicht der Klient Experte in eigener Sache sein und aus diesem Kontext heraus selbst seine Ressourcen entdecken und Problemlösungen finden sollte. Diese Erkenntnis war prägend für die Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie, da bis dahin der Klient als Empfänger von Ratschlägen gesehen wurde, der auf das Wissen von Experten angewiesen sei.

Rogers beschäftigte sich nun aus unterschiedlichen Perspektiven mit der Psychotherapie und versuchte Bedingungen für diese zu formulieren, die empirisch belegt werden konnten. Ebenso war er bestrebt eine Theorie zu entwickeln, die begründet, weshalb sich die Bedingungen und das dementsprechende Therapeutenverhalten positiv auf einen konstruktiven Entwicklungsprozess beim Klienten auswirken. Im Fokus stand immer die nachweisbare Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens.

Rogers setzte sich mit unterschiedlichen Schriften auseinander und fand sich durch Jessie Taft und Frederick Allen, zwei Schüler von Rank, bestätigt. Diese vertraten die Ansicht, dass Psychotherapie auch möglich sei, wenn man als Therapeut die Expertenrolle ablegt und dem

Individuum das Potential für sein eigenes Wachstum zugesteht (Höger, 2006, S.17). Das Neue an diesem Standpunkt war die Beschäftigung mit der Einsicht und der Selbstakzeptanz des Klienten sowie die Erkenntnis, dass die therapeutische Beziehung selbst den Entwicklungsprozess bedingt und somit Kern der Psychotherapie sein kann.

Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Richtungen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden von Rogers (1939) in seinem Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child“ behandelt. Im Jahr darauf bekam er eine Professur an der *Ohio State University*, wo er Seminare über Psychotherapie und Beratung hielt und sich innerhalb dieser erstmals der Technik bediente und therapeutische Gespräche der Studierenden auf Tonband aufnahm. Die Aufnahmen wurden später gemeinsam angehört und diskutiert, um zu erforschen, inwiefern das therapeutische Verhalten verbessert werden könnte. Carl Rogers nährte die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Psychotherapie auch durch die Vernetzung mit damals aktuellen therapeutischen Konzepten und Einbettung in ein Team von Mitarbeitern und Diskussionspartnern (Biermann-Ratjen, 2006, S.13).

Der von Rogers gehaltene Vortrag an der University of Minnesota am 11. Dezember 1940 zum Thema „Newer Concepts in Psychotherapy“ gilt als prägend für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes. Rogers widmete sich hier der Beschreibung und Auseinandersetzung traditioneller Ansätze mit deren speziellen Themen, wie zum Beispiel dem Erteilen von Ratschlägen. Des Weiteren nahm er Bezug auf neuere Vorgehensweisen und deren Vertreter, wie Rank, Taft, Allen und Robinson, aber auch Neu-Freudianische Analytiker wie Karen Horney (Höger, 2006, S.19).

Durch die unterschiedlichen Reaktionen auf diesen Vortrag erkannte Rogers, dass er eine eigene Theorie entwickelt hatte und verfasste 1942 sein Buch „Counseling and Psychotherapy“. Inhalt dieses Buches war neben der Beratung auch die psychotherapeutische Behandlung Erwachsener. Wie Höger (2006) beschreibt, enthielt dieses Buch Rogers erstes in sich geschlossenes Konzept einer psychologischen Behandlung und eine eingehende Auseinandersetzung mit psychotherapeutischem Handeln (Höger, 2006, S.19).

Die deutsche Übersetzung dieses Buches lautet „Die nicht-direktive Beratung“, jedoch wurde der Begriff *nicht direktiv* 1951 von Rogers widerrufen, da er im alltäglichen Sprachgebrauch seine Bedeutung verloren hatte und als unzureichend erkannt wurde. Rogers verstand unter *non direktiv*, dass der Therapeut den Klienten in seinem eigenständigen und konstruktiven Entwicklungsprozess unterstützend begleitet, aber nicht die Rolle eines Experten übernimmt, der durch Ratschläge und Anweisungen Handlungsschritte vorgibt. Im Alltagsverständnis jedoch wurde der theoretische Hintergrund, nämlich die Förderung des

Entwicklungsprozesses und der Eigenverantwortung, vergessen und durch ein einfaches „keine Direktiven geben“ ersetzt (Biermann-Ratjen, 2006, S.13).

1945 trat Rogers eine Stelle am *Department of Psychology* an der *Universität Chicago* an, wo er mit der systematischen Evaluation der psychotherapeutischen Ambulanz begann (Heim, 2009, S.105). Wie schon an der Ohio State University wurden psychotherapeutische Gespräche auf Tonband aufgezeichnet und Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung. „Das Klientenzentrierte Konzept ist nicht das Ergebnis einer Eingebung, sondern eines stetigen, geduldig und konsequent betriebenen Prozesses der Auseinandersetzung zwischen Praxis und dem Versuch, die dabei gemachten Erfahrungen theoretisch einzuordnen“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.13).

Der Personenzentrierte Ansatz entwickelte sich laufend weiter und daher unterlag auch die Bezeichnung des Ansatzes immer wieder Entwicklung und Anpassung. Um die schon erwähnten Missverständnisse durch die Bezeichnung *nicht direktiv* zu umgehen, nannte Carl Rogers seine Therapie ab 1951 „Client-centered therapy“.

Die Bezeichnung *Klient* ist als bedeutend einzuordnen, da bis dahin ausschließlich der Begriff *Patient* verwendet wurde, was vor allem in Verbindung mit einem ärztlich-psychiatrischem Grundverständnis gesehen werden muss. Höger (2006) erwähnt in Bezug dazu die neue und eigenverantwortliche Rolle der in psychotherapeutischer Behandlung stehenden Person. Denn das Verständnis eines *Patienten* geht mit der Vorstellung einher, dass der Arzt die Verantwortung für dessen Heilung übernimmt. Somit gibt der Patient seine Eigenverantwortung ab und folgt dem Rat des Arztes in dem Glauben, dass dieser besser als der Patient weiß, was für die Heilung angebracht ist. Rogers hingegen kam zu der Erkenntnis, dass eine solche Vorgehensweise in der Psychotherapie nicht förderlich sei, da sie entweder zu Ablehnung oder zu Abhängigkeit gegenüber den Therapeuten führe. Für ihn stand vor allem die Eigenverantwortung der Klienten im Vordergrund, die gestärkt werden muss, damit das Leben wieder aktiv gestaltet werden kann. Die Aufgabe des Therapeuten besteht aus dieser Sicht darin, geeignete Rahmenbedingungen zu bieten, in denen es dem Klienten möglich wird seinen Lebensweg selbst zu gestalten (Höger, 2006, S.20).

Rogers übernahm in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg eine wichtige Rolle in der Psychologie und Psychotherapie. Auf der einen Seite engagierte er sich in der psychologischen Betreuung der Kriegsheimkehrer, auf der anderen Seite hatte er großen Einfluss auf die amerikanische Psychologie und die wissenschaftliche Herangehensweise an diese. Groddeck (2006) beschreibt, dass das Fach Psychologie in dieser Zeit die Tendenz zeigte, in verschiedene Strömungen auseinander zu treiben und Rogers aufgrund seiner Erfahrungen und wissenschaftlichen Leistungen im Mittelpunkt dieses Konfliktes stand. Denn Rogers war es möglich durch seine Erfahrungen als Praktiker und als Wissenschaftler

Kontakt zu den unterschiedlichen Fraktionen der Psychologen Kontakt zu halten (Groddeck, 2006, S.89f). „Er kämpfte unter den Praktikern dafür, dass psychologisch-psychotherapeutische Tätigkeit wissenschaftlich zu sein habe, und hielt unter den Beratern die Fahne der wissenschaftlichen Forschung hoch.“ (Groddeck, 2006, S.90)

Rogers begann sich im Berufsverband der Psychologen *American Psychological Association*, kurz APA, zu engagieren und wurde 1946 Präsident dieser Vereinigung. Dies führte dazu, dass Rogers auch in der Öffentlichkeit immer deutlicher als Vertreter der „dritten Kraft“ der Psychologie wahrgenommen wurde. Wie Groddeck (2006) anmerkt, versteht man unter der „dritten Kraft“ die Humanistische Psychologie, die eine starke Verbindung zur Pädagogik hatte und die anderen Ansätze gegenüber kritisch auftrat. Zum Beispiel sahen Vertreter der Humanistischen Psychologie den Behaviorismus als zu eng und die Psychoanalyse als zu spekulativ an (Groddeck, 2006, S.90).

Rogers war weiterhin am Beratungszentrum der Universität Chicago tätig und sorgte für einen hoch qualifizierten Mitarbeiterstab, der unter anderem solche bedeutende Persönlichkeiten wie Virginia Axline mit einschloss. Durch seinen kollegialen und demokratischen Führungsstil schaffte es Rogers ein Umfeld zu schaffen, in dem alle Personen wachsen und sich individuell entwickeln konnten. Ebenso hatte er selbst ausreichend Raum, um seine Methode weiterzuentwickeln (Groddeck, 2006, S.92f). In weiterer Folge bemühte sich Rogers „[...] das Konzept der nicht-direktiven Beratungsmethode zu einer psychologisch begründeten Psychotherapie weiterzuentwickeln und mit entsprechenden Studien und Forschungen aus der Psychologie zu untermauern“ (Groddeck, 2006, S.93).

Rogers war mittlerweile einer der Herausgeber des „Journal for Counseling Psychology“ und nutzte dies auch, um seine Forschungsergebnisse des Beratungszentrums zu veröffentlichen. 1951 veröffentlichte er das Buch „Client-Centered Therapy“, mit dem er das von ihm entwickelte Konzept als eigenständigen psychologischen Ansatz untermauerte. „Der bisher nicht-direktive Ansatz wird nun als ein offenes System von psychologisch begründeten Theorien und Hypothesen präsentiert, als eine neue und eigenständige Forschungsrichtung und ein Therapiekonzept „in progress“ (im Entstehen)“ (Groddeck, 2006, S.102).

Rogers lehnte ein diagnostisches Vorgehen in der Psychotherapie ab und konzentrierte sich auf eine wachstums- und ressourcenorientierte Vorgehensweise. Er versuchte nun, diesen auf seinen Erfahrungen in Rochester beruhenden Denkansatz von der Beratungsarbeit auf die klinisch-psychotherapeutische Arbeit zu übertragen. In „Client-Centered Therapy“ gibt Rogers in 24 Thesen einen ersten Entwurf einer Persönlichkeitstheorie und ebnet auch dadurch den Weg von der nicht-direktiven Beratung zur klient-zentrierten Psychotherapie als

eigenständige Theorie. 1954 veröffentlicht er zusammen mit Rosalind Dymond das Buch „Psychotherapy and Personality Change“, in dem eine eingehende Auseinandersetzung mit Kritik und Missverständnissen in Bezug zum klient-zentrierten Ansatz stattfindet.

1957 veröffentlichte er „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“. Die hier beschriebenen Bedingungen trennen in Folge die Psychotherapeuten in zwei Lager. Auf der einen Seite stehen diejenigen, die zustimmen, dass es notwendige und auch ausreichende Bedingungen gebe, die einen Persönlichkeitswandel herbeiführen. Auf der anderen Seite stehen jene Therapeuten, die

[...] die Auffassung vertreten, dass die von Rogers umschriebene „psychologische Beziehung“ nur eine (wenn auch notwendige zwischenmenschliche) Basis für eine psychotherapeutische Arbeit abgebe, aber die „eigentliche“ therapeutische Arbeit der Veränderung durch zusätzliche Faktoren, Techniken und Methoden bewirkt werde. (Groddeck, 2006, S.111)

Ebenfalls prägend in der Laufbahn Rogers war seine Debatte mit Skinner 1956. Skinner vertrat die These des operanten Konditionierens während Rogers den Ansatz vertrat, dass sich der Mensch von äußeren Konditionierungen befreien müsse, um eigene Potentiale zu entfalten. Einen ebenso wichtigen Einfluss brachte Rogers Auseinandersetzung mit Martin Buber. „Für Rogers war der Dialog mit Buber sicherlich ein wichtiger Anstoß, um sein klient-zentriertes Konzept zu einem dialogischen Konzept zu erweitern und den Therapeuten nicht nur als den perfekten Zuhörer zu konturieren.“ (Groddeck, 2006, S.123f)

Ab 1957 war Rogers an der *Universität Wisconsin* sowohl im psychologischen wie auch psychiatrischen Institut tätig. Allerdings stellte sich das Vorhaben, im Psychiatrischen Institut Forschung vor allem in Bezug auf das Beziehungsgeschehen in einem psychologischen Gespräch zu betreiben aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen als schwierig heraus. Ebenso befand sich Rogers in Konflikt mit den Mitarbeitern des Psychologischen Institutes, da er sich mit der hierarchischen Struktur von Professoren und Studenten nicht identifizieren konnte. Die Auseinandersetzungen mit seinen Kollegen führten dazu, dass er die Tätigkeit am Psychologischen Institut niederlegte und sich nur noch der Arbeit am Psychiatrischen Institut widmete. Diese krisenhafte Zeit nutzte Rogers auch zur Auseinandersetzung mit sich selbst und führte zu einem autobiographischen Text in seinem Buch „On Becoming a Person“, das 1961 erschienen ist. (Groddeck, 2006, S.137)

Rogers beschäftigt sich hier mit dem Thema der zwischenmenschlichen Beziehung nicht nur aus fachpsychologischer, sondern auch aus einer allgemeinen und persönlichen Sicht. „Wie er es als Therapeut [...] gelernt hat, dass Kontakt und Beziehung auch durch selbstöffnende Worte des Therapeuten ermöglicht werden können, so ermöglicht er nun durch Mitteilung seiner eigenen Erfahrungen einen persönlichen existenziellen Kontakt zwischen Leser und Autor“ (Groddeck, 2006, S.138). Dieses Buch umfasste Rogers Erfahrungen und Erlebnisse

und zeigte auf selbstreflektierende Weise seine bisherige Entwicklung auf, wodurch er bei vielen Menschen Interesse weckte.

Rogers legte seine akademische Tätigkeit nieder und verfasste etliche weitere Schriften. 1961 wurde die *Association for Humanistic Psychology (AAHP)* gegründet, zu deren Vertretern Rogers zählte. 1963 schloss er sich dem *Western Behavioral Sciences Institute (WBSI)* an und wurde als selbstständiger Psychologe, Psychotherapeut und Berater im Bereich der „Human Relations“ und „Social Engineerings“ tätig (Groddeck, 2006, S.142).

In der Zeit von 1964 – 1979 entwickelte sich der *klientenzierte* Ansatz zum *personenzentrierten* Ansatz und wurde durch *Encountergruppen* ergänzt, die als Antwort auf psychoanalytische und gruppensdynamische Gruppenkonzepte gesehen werden konnten. Es zeigte sich, dass das Konzept der Personenzentrierten Therapie auch auf andere Bereiche, wie gesellschaftliche Institutionen und Organisationen übertragen werden konnte.

Des Weiteren widmete sich Rogers von 1963 bis zu seinem Tod am 4.2.1987 dem Aufbau des *Center for the Studies of the Person* (Heim, 2009, S.106). Dieses Zentrum umfasste Mitglieder aus unterschiedlichen Fachrichtungen und sollte der Erforschung der menschlichen Entwicklung dienen. „Das Zentrum ist die institutionelle Gestalt für die utopischen und basis-demokratischen humanistischen Ideen und Versionen, die Rogers immer angetrieben haben“ (Groddeck, 2006, S. 154).

Rogers verfolgte die Idee, sein Konzept auch im Bildungswesen anzubieten und umzusetzen, da er mit dem gängigen Verständnis von *Lernen* und *Lehren* nicht konform ging und eine Alternative bieten wollte. Dies wurde zum Beispiel in Schulen in Los Angeles verwirklicht, wo Rogers zusammen mit Kollegen Encounter-Gruppen sowie humanistisch orientierte Fortbildungsmaßnahmen für Lehrer veranstaltete und damit sein Konzept mit der Pädagogik verbinden konnte (Groddeck, 2006, S.157).

Von 1967 – 1983 veröffentlichte er weitere Bücher und bemühte sich bis 1986 den personenzentrierten Ansatz durch Workshops zu verbreiten. Er wurde am 30.1.1987 für den Friedensnobelpreis nominiert und starb am 4.2.1987 in La Jolla, Kalifornien.

1.2. Das Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie

Carl Rogers entwickelte den Personenzentrierten Ansatz beruhend auf der Annahme des selbstbestimmten Menschen. Der Mensch trage all seine Fähigkeiten und Ressourcen für ein autonomes Leben in sich und ist somit grundsätzlich fähig, sein Leben nach eigenen Wünschen und Zielen zu gestalten. „People have, within themselves, the resources needed for personal change“ (Merry & Tudor, 2006, S.293).

Rogers stellte die *Person* in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und beschäftigt sich mit ihr in deren Gesamtheit. Das Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie ist geprägt durch das Paradigma der Humanistischen Psychologie, die davon ausgeht, dass das Wesen des Menschen aus einem Bestreben nach Selbstverwirklichung handelt und die Motivation dafür eine grundsätzlich „gute“ im Sinne einer aus Selbstliebe und dem Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Beziehung entwickelten Kraft sei. „Werte, die aus dieser Sicht erwachsen, richten andere Fragen an die Wissenschaft, und zwar die nach den Möglichkeiten, diesen Prozess zu fördern, beispielsweise nach Wegen, befriedigende Möglichkeiten zwischenmenschlicher Beziehungen zu erreichen, Kreativität freizusetzen, effiziente individuelle Anpassung zu erzielen usw.“ (Höger, 2006, S.32).

Höger (2006) beschreibt, dass der Mensch nach Auffassung von Rogers „sozial, konstruktiv und vertrauenswürdig sei“ Höger (2006, S.27ff). Generell sei der Mensch als soziales Wesen davon geleitet seine Möglichkeiten und Fähigkeiten zu erkennen und zu entfalten, wodurch er stets nach Entwicklung, Differenzierung und kooperativen Beziehungen strebt.

Als Basis dient die Annahme, dass die Grundzüge des Menschen keine zerstörerischen und destruktiven seien, sondern darauf beruhen das eigene Potenzial zu entwickeln und dadurch sowohl sich selbst als auch in weiterer Folge das soziale Umfeld zu erhalten. „[...] der Mensch bewegt sich grundsätzlich auf Selbstverwirklichung, Reife und Sozialisation hin“ (Pervin, 2000, S.174).

Rogers distanzierte sich dadurch ganz klar von der psychoanalytischen Sichtweise, wonach der Mensch ein destruktives Wesen mit zerstörerischen Tendenzen sei. Die schon erwähnten Attribute *sozial*, *konstruktiv* und *vertrauenswürdig* verleihen dem Menschen dennoch keine absolute Vollkommenheit, da jeder Mensch in seiner Entwicklung auch von zerstörerischen und antisozialen Impulsen begleitet wird.

Personenzentriert zu arbeiten beruht auf der Überzeugung, dass eine dem Menschen angemessene wissenschaftliche und praktische Vorgangsweise in der Psychotherapie von einem Menschenbild ausgeht, in dem der *Mensch als Person*, d.h. in der Dialektik von Selbstständigkeit und Autonomie einerseits, von Beziehungsorientierung und Verantwortlichkeit andererseits, verstanden wird. (Schmid, 2009, S.144)

Hier kommt die Bedeutung der Personenzentrierten Theorie und deren Fokus auf die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt. Denn innerhalb dieser kann eine Person genügend Sicherheit und Raum erhalten, um auch die negativen Tendenzen zu erkennen und anzunehmen, was wiederum der Entwicklung und Entfaltung der eigenen Persönlichkeit dient.

Die therapeutische Beziehung bietet den Rahmen sich selbst zu erkennen, sich auszudrücken und die eigene Resonanz zu entdecken. Diese kann innerhalb der therapeutischen Beziehung erprobt werden, um dann in weiterer Folge auch außerhalb der

Therapie und mit anderen Personen gelebt werden zu können. „In other words, given the right conditions, we are able to admit all experiencing into awareness without distortion or denial, which are the two defence mechanisms postulated in person-centred psychology“ (Feltham & Horton, 2006, S.294).

Die menschliche Entwicklung ist nach Rogers geprägt durch einen dynamischen Prozess und Ziele, die sich in Bewegung befinden und nicht in starren Vorgaben verharren. Durch die Entfaltung der Persönlichkeit gibt der Mensch seinem Dasein Wert und Bedeutung und strebt nach bereichernden Erfahrungen, die auch als solche erkannt und erlebt werden können. Der Mensch passt sich immer wieder an neue Gegebenheiten an und wächst an der Erkenntnis über sich selbst, was wiederum die Basis für ein befriedigendes Leben innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen bietet.

Auch bei psychischen Störungen oder auffälligem Verhalten wird dem Klienten nicht seine eigene Lebenskompetenz abgesprochen. Denn auch dieser ist geprägt von einem Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung, was bedeutet, dass er sich beständig in einem Prozess der Selbstregulation befindet. „Es ist ein positiver, konstruktiver, realistischer, ein vertrauenswürdiger Prozeß [!]“ (Rogers, 1992, S.178).

Aus Sicht der Personenzentrierten Psychotherapie ist dies begleitet von einer Beziehung, innerhalb dieser der Klient offener und empfindsamer für seine Sinne werden und seine Selbstwahrnehmung an die Realität angepasst werden kann.

1.3. Grundlagen der Personenzentrierten Psychotherapie

Rogers sieht den Menschen als Organismus, der sich in einer beständigen Koevolution mit seiner Umwelt und seinen Mitmenschen befindet (Höger, 2006, S.37).

Der Begriff *Organismus* beschreibt den Menschen in ganzheitlichem Sinne und umfasst aus diesem Verständnis heraus sowohl körperliche als auch geistige und seelische Aspekte. All diese Komponenten stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander und sind als System zu verstehen, das einander immer gegenseitig beeinflusst und sich im dauernden Austausch mit seinem Umfeld befindet. Ziel des Organismus ist es, eigene Ressourcen zu entfalten und diese im sozialen Kontext zu leben. „Man kann sagen, dass in jedem Organismus auf jedweder Entwicklungsebene eine Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten vorhanden ist“ (Rogers, 1997, S.69).

Der Organismus unterliegt zwar ständiger Veränderung und Entwicklung, bleibt jedoch stetig bestehen, was Rogers als „organisiertes Ganzes“ beschreibt (Höger, 2006, S. 39). Er verweist mit dem Begriff *organisiert* darauf, „dass der Organismus eine in sich geordnete

funktionale Einheit ist, die, auch wenn sie ständigen Veränderungen unterworfen ist, als solche bestehen bleibt, so lange der Organismus existiert“ (Höger, 2006, S.39).

„The organism’s tendency to actualize – the tendency towards the fulfilment of potential and wholeness – represents the sole motivational construct in person-centred psychology“ (Feltham et al., 2006, S.293). In Bezug auf diese These formulierte Rogers die übergeordnete Theorie der *Aktualisierungstendenz*, „the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism“ (Rogers, 1959, S.196).

Nach Rogers ist der Mensch von einem Streben nach Selbstverwirklichung angetrieben und setzt seine Handlungen so, dass sie ihn bei der Erreichung seiner Ziele unterstützen. „Grundlegend ist die Annahme einer das konstruktive Potenzial des Menschen *aktualisierenden Tendenz als Motivationskraft*“ (Schmid, 2009, S.144).

Die Aktualisierungstendenz besagt, dass der Organismus stets bestrebt ist, sich im Sinne von Wachstum so zu entwickeln und zu entfalten, dass er sich erhalten oder auch erweitern kann. Der Mensch strebt immer nach Autonomie und Selbstverwirklichung, nach Erhaltung und Entwicklung. „Der Mensch kann das eigene Leben und Zusammenleben in befriedigender Weise gestalten, indem er sich selbst zunehmend genauer zu verstehen sucht und sich dem kontinuierlichen Fluss seines Erlebens mit immer weniger Abwehr öffnet“ (Schmid, 2009, S.144).

Unter Erhaltung versteht man, dass dem Organismus Potenziale innewohnen, sich selbst auch unter schwierigsten Bedingungen zu bewahren und so sein Dasein zu ermöglichen und zu sichern. Die Erhaltung des Organismus bezieht sich sowohl auf physische Aspekte des Menschen als auch auf seelische und geistige. In weiterer Folge kann es nur dann zur Entfaltung kommen, wenn sich der Organismus in einem Prozess der Entwicklung und im ständigen Austausch mit seiner Umwelt befindet. Ist der Mensch also in einem Prozess der Entfaltung, so resultiert daraus stets Wachstum in Richtung Selbstverwirklichung. Erhaltung und Entfaltung des Organismus stehen deshalb immer in Wechselwirkung und bedingen sich gegenseitig.

Die Aktualisierungstendenz ist dem Organismus zwar ständig präsent, kann jedoch blockiert sein, da „[...] unzählige Umweltfaktoren den menschlichen Organismus auch daran hindern können, sich von seiner Aktualisierungstendenz leiten zu lassen“ (Rogers, 1977, S.41). Wie schon erwähnt ist es dennoch so, dass der Organismus nach selbstbestimmtem Handeln und autonomen Leben strebt. Denn der Mensch als Organismus ist immer bemüht, sein Handeln so auszurichten, dass er selbstbestimmt seine Ziele erreicht. „Sie zeigen auch die Tendenz, sich aus sich selbst heraus in eine konstruktive Richtung zu entwickeln, die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten zu erweitern“ (Höger, 2006, S.43).

In Folge stützen sich weitere prägende Begriffe der Personenzentrierten Psychotherapie auf die Aktualisierungstendenz bzw. stehen mit dieser in Zusammenhang. „Mit den Begriffen Erfahrung, Symbolisierung und Selbst werden Funktionen und Orientierungspunkte des menschlichen Organismus beschrieben, seine Informationsgrundlage für all seine Aktivitäten“ (Höger, 2006, S.37). Diese Punkte beinhalten die Wahrnehmung einer Person über sich selbst, über sein Umfeld und den Austausch zwischen innerer und äußerer Welt.

Unter *Erfahrung* versteht man in der Personenzentrierten Psychotherapie das, was ein Organismus in einer bestimmten Situation erlebt und was ihm bewusst zugänglich werden kann. Erfahrung bedeutet die bewusste und unbewusste subjektive Wahrnehmung, das Empfinden der subjektiven Betrachtungsweise als Realität.

Nach Rogers (1959/1987) können Erlebnisse sowohl unbewusst als auch bewusst erfahren werden. Unter Erfahrung in diesem Zusammenhang versteht man all jene Eindrücke und Funktionen, die dem Menschen gewahr werden können, dies aber nicht zwingend müssen. Für ihn spielt sie eine wichtige Rolle, denn: „Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum >Realität<“ (Rogers in Eckert et al., 2006, S.59).

Im allgemeinen Sprachgebrauch bezieht sich Erfahrung auf Ereignisse, welche in der Vergangenheit erlebt und als Tatsachen anerkannt wurden. Im Gegensatz hierzu sieht die Theorie der Personenzentrierten Psychotherapie Erfahrung jedoch als einen sich ständig und immer wieder entwickelnden und verändernden Prozess (Höger, 2006, S.58). In Bezug zur Aktualisierungstendenz werden Erfahrungen unbewusst verglichen und beurteilt, mit dem Ziel der Erhaltung oder Entfaltung des Organismus.

Der Begriff *Symbolisierung* steht bei Rogers in Verbindung mit „awareness“ und „consciousness“, also „Gewahrwerden“ bzw. „Bewusstsein“ (Höger, 2006, S.61). „Bewusstsein (oder Gewahrwerden) ist die »Symbolisierung irgendeines Teils unserer Erfahrung. Bewusstsein wird somit als die symbolische Repräsentation (nicht notwendigerweise mit verbalen Symbolen) eines Bereiches unserer Erfahrung gesehen« (Rogers in Eckert et al., 2006, S.61). Symbolisierung kann auf verbaler, sensorischer, visueller oder kinästhetischer Ebene stattfinden, geschieht stets in Verbindung mit Interaktion und kann als Ergebnis dieser angesehen werden.

Motivation für zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation ist nach Rogers (1987) das *Bedürfnis nach positiver Beachtung* („need for positive regard“). Biermann-Ratjen (2003, S.41) versteht unter dem Bedürfnis nach positiver Beachtung „ein universales, vom ersten Lebenstag an zu beobachtendes und während des ganzen Lebens andauerndes menschliches Bedürfnis nach Anerkennung bzw. Beachtung im Sinne von Wahrgenommen- und Geliebtwerden von wichtigen Anderen.“ Für den Personenzentrierten Ansatz ist diese

Theorie von maßgeblicher Bedeutung, da sie impliziert, weshalb es zur Entwicklung des *Selbst* kommt. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung wird immer in Interaktion mit bedeutsamen Bezugspersonen gestillt und trägt dadurch zur Entwicklung des Selbst bei. In weiterer Folge ist dieses Bedürfnis ein wichtiger Faktor für eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Die Symbolisierung von Erfahrungen und eine daraus folgende Bereicherung für das Selbst hängen besonders von der Interaktion mit nahen Bezugspersonen und dem wichtigen Umfeld ab. Sie ist nur dann prägend und unterstützend, wenn Symbolisierung als ein Ergebnis dieser Interaktion gesehen wird.

Des Weiteren ist das *Selbst* ein bedeutsamer Begriff in der Personenzentrierten Psychotherapie und nimmt einen großen Stellenwert im therapeutischen Prozess ein. Der Klient beschäftigt sich in der Therapie eingehend mit sich selbst und kann daher die Wahrnehmung über sich selbst im Laufe des therapeutischen Prozesses verändern.

Ebenso beeinflussen die Vorstellung des eigenen Selbst und dessen Wahrnehmung das Verhalten des Menschen und seine Außenwirkung. Die Entwicklung des Selbst ist also in großem Maße von Symbolisierungsprozessen in Verbindung mit sozialer Interaktion geprägt.

„We learn who we are and what we are from the way we are treated by those who surround us, in our earliest years by our families and in later years by all those people with whom we come in contact“ (Combs et al., 1988, S.167). Im Laufe seiner Entwicklung passt sich der Mensch an und verbindet Erwartungen mit seinem Selbstkonzept.

Rogers (2000) beschäftigte sich stark mit der Entwicklung des Selbst: „Als Resultat der Interaktion mit der Umgebung und insbesondere als Resultat wertbestimmter Interaktion mit anderen wird die Struktur des Selbst geformt“ Rogers (2000, S.430).

Das Selbst ist als System zu verstehen, das sich aus verschiedenen Wahrnehmungsbereichen zusammensetzt. Der Mensch nimmt sich selbst aus verschiedenen Perspektiven wahr und diese bilden in Summe das Selbst. Diese unterschiedlichen Aspekte umschließen Wahrnehmungen über Charaktereigenschaften und Wertvorstellungen, aber auch die eigene Wahrnehmung innerhalb sozialer Interaktionen. Dies sind dem Bewusstsein zugängliche Bereiche, können diesem aber auch oft verschlossen sein, denn unbewusste Glaubenssätze und Strategien können Einfluss auf das Handeln und Erleben eines Menschen haben.

Rogers erwähnte weiters auch die Begriffe *Selbststruktur* sowie *Selbstkonzept*. Unter Selbststruktur versteht man eine dissoziierte Betrachtungsweise, das Selbst wird hier von außen betrachtet. Das Selbstkonzept beschreibt ferner die assoziierte Wahrnehmung des Selbst, die subjektive Wahrnehmung des Menschen. Das Selbst im Sinne eines Systems zu verstehen bedeutet, dass sich einzelne Aspekte immer gegenseitig beeinflussen und stets in Wechselwirkung zueinander stehen. Allgemein formuliert kann man sagen, dass innere

Glaubenssätze, Wertvorstellungen und Erfahrungen das Selbstkonzept so prägen, dass sie immer einen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung, aber auch die Außenwirkung einer Person haben. „The self-concept, or self-structure, is a fluid but consistent pattern of perceptions of the ‘I’ or ‘me’ in relation to the environment, personal values, goals and ideals” (Merry & Tudor, 2006, S.293).

Rogers’ Konzept umfasst eine Unterscheidung zwischen „I“ und „me“ aber auch zwischen „self as knower“ und „self as known“. Das Selbst kann also aktiv etwas wahrnehmen und dadurch Gegenstand einer Selbsterfahrung, aber ebenso kann z.B. eine Sinneserfahrung Inhalt einer Erfahrung sein. Das „self as knower“ nimmt demnach eine Erfahrung wahr, das „self as known“ erlebt diese“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.76).

Das Konzept der Personenzentrierten Psychotherapie „ [...] geht davon aus, dass die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept an bestimmte Bedingungen geknüpft ist“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.76).

Die Entwicklung des Selbstkonzepts ist als fortlaufender und selbstständiger Prozess zu verstehen, der durch Interaktion genährt wird und in weiterer Folge zu einem Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung führt. „Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung werde als ein universales und dauerhaftes Bedürfnis nach Anerkennung im persönlichen Erleben durch andere erlebt“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.87). Der Mensch versucht Wertvorstellungen zu entsprechen, die in der Vergangenheit einmal mit einem positiven Feedback bestärkt wurden. Dies kann dazu führen, dass organismische Bewertungen einer Erfahrung eine wahre Selbsterfahrung verdrängen, da diese unbewussten Wertvorstellungen nicht entsprechen. Darüber hinaus umschließt das Selbstkonzept Bewertungen, die durch wichtige Bezugspersonen bestärkt wurden. Diese manifestieren sich im Selbstkonzept und führen so zu unbewussten Mustern, die eigentlich nicht auf eigenen organismischen Erfahrungen beruhen, sondern auf bewerteten Erfahrungen von prägenden Außenstehenden. Der Mensch „ [...] beurteile selbst nur die Selbsterfahrung als positiv, in denen es positive Beachtung gefunden habe, auch wenn sie im Hinblick auf den Organismus als ganzen betrachtet gar nicht förderlich sind“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.87).

Der Mensch sucht also immer nach Bestätigung von außen, was als durchaus problematisch betrachtet werden kann. „Der Wunsch nach Anerkennung durch andere könne stärker sein als das Bestreben, sich der eigenen organismischen Bewertung der Erfahrung bewusst zu werden“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.87). Von wichtigen Bezugspersonen unbewusst übernommene Wertvorstellungen, Glaubenssätze und Bewertungsbedingungen können in der Entwicklung hinderlich sein. Denn zum einen kann eine organismische Bewertung einer Erfahrung als förderlich angesehen werden andererseits aber zu einem unbewussten Konflikt führen, wenn die Bewertung einer Erfahrung auf Grundlage der Bewertungsbedingungen relativiert wird. Dementsprechend beeinflussen unbewusst

übernommene Wertvorstellungen und Glaubenssätze auch stets die Wahrnehmung einer Person über sich selbst und ihren Selbstwert. „When any self-experience is evaluated by others as being more or less worthy of positive regard, a person’s self-regard becomes vulnerable to these external judgements”(Merry & Tudor, 2006, S.293).

Ein weiterer wichtiger Baustein im Konzept der Personenzentrierten Psychotherapie ist der Begriff der *Inkongruenz*. Wie schon erwähnt steht das Selbstkonzept immer in Verbindung mit dem Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung und der Aktualisierungstendenz. Erfahrungen werden also in dem Sinne bewertet, als dass sie für den Organismus als hinderlich oder förderlich gesehen werden. Erfahrungen werden aber auch immer unter dem Aspekt beleuchtet, ob sie mit den im Selbstkonzept bereits integrierten Erfahrungen kongruent sind. Dies wird als Selbsterhaltungstendenz bezeichnet und ist auch im Hinblick auf die Inkongruenz von Bedeutung. „Als Kongruenz/Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung wird im Klientenzentrierten Konzept das Ausmaß bezeichnet, in dem bei einer Person ihre Erfahrung mit der ins Selbstkonzept integrierten Erfahrung übereinstimmt“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.87). Am Beginn des Lebens ist eine Person immer kongruent und kann Erfahrungen ohne Verzerrung oder Ablehnung in ihr Bewusstsein integrieren. Erfährt sie im Laufe der Entwicklung jedoch Missfallen bzw. Ablehnung, so kann sie ängstlich werden im Bezug zum Bedürfnis nach positiver Beachtung von wichtigen Bezugspersonen. Die Entwicklung des Selbstkonzepts wird beeinflusst von negativen Erfahrungen, es kommt zur Integration von bestimmten Wertvorstellungen und die Person sucht Schutz vor weiteren negativen Erfahrungen.

Das konditionierte Selbstkonzept kann so bestärkt werden, dass sich die Person von ihrem Selbstempfinden und ihrer organismischen Richtung weg entwickelt. Es kommt zu einer Gegensätzlichkeit zwischen Selbstkonzept und Erfahrung, was zu einer verzerrten Wahrnehmung und daraus resultierend zu Inkongruenz führt, welche die Person in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Dementsprechend geschieht Inkongruenz immer in Verbindung mit einem Abwehrprozess, in welchem die Erfahrung, die Inkongruenz hervorruft, dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich bzw. nur mehr in verzerrter Weise zugänglich gemacht wird. Es kommt zu der Wahrnehmung als stimme die Erfahrung mit dem Selbstkonzept doch überein. Werden Erfahrungen als nicht kompatibel mit dem Selbstkonzept erlebt, besteht daher massive Inkongruenz. In diesem Fall ist das Abwehrsystem des Menschen nicht mehr in der Lage zu verhindern, dass solche Erfahrungen das Selbstkonzept überwältigen und daraus ein zerstörerisches Verhalten und Handeln resultiert. „Anxiety, threat and confusion are created whenever incongruence is experienced between the self-concept, with its internalized conditions of worth, and actual experience” (Merry & Tudor, 2006, S.294).

1.4. Alfred Adler und die Entwicklung der Individualpsychologie

Alfred Adler wurde am 7.2.1870 in Wien als Sohn eines jüdischen Getreidehändlers geboren. In seiner Kindheit litt Adler unter anderem an Rachitis und kam durch deren Behandlung schon früh mit der Fähigkeit von Ärzten in Berührung, was scheinbar den Grundstein für seine spätere Berufswahl legte.

Adler studierte an der Universität Wien Medizin, wo er 1895 seinen Abschluss erlangte. Er gilt als einer der Vorreiter in der Psychosomatik, da er den Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele erkannte. Er eröffnete seine Praxis in der Nähe des Wiener Praters, wo er unter anderem Zirkusartisten behandelte. Eine der wichtigsten Aussagen von Adlers Konzept bezieht sich auf die Minderwertigkeit der Organe und deren Überwindung. Es liegt der Schluss nahe, dass neben seinen Erlebnissen in der Kindheit auch die Auseinandersetzung mit Artisten ihn zu Erkenntnissen über organische Minderwertigkeit und deren Kompensation führte. Neben dem geweckten Interesse für Medizin kann auch die Auseinandersetzung mit und das Erfahren der eigenen Unzulänglichkeit durch seine von Krankheit geprägte Kindheit als Nährboden für seine Individualpsychologische Theorie gesehen werden (Rüedi, 2007, S.10).

Im Laufe seiner Karriere wandte sich Alfred Adler der Psychiatrie zu und wurde 1907 in den Kreis von Freud geladen. Er veröffentlichte ein Werk über organische Minderwertigkeit, aggressive Instinkte und kindliche Minderwertigkeitsgefühle. In diesem ersten Werk, „Studie über die Minderwertigkeit von Organen“ (1907), beschäftigte er sich vor allem mit einer biologisch fundierten Psychologie und setzte sich erstmals mit Psychosomatik auseinander. Nach Rattner und Danzer (2007) wurden die Leitgedanken zur Evolution von Darwin und Lamarck von Adler dahingehend erweitert, „[...] welchen Einfluss unvollkommene und unzulängliche Organe auf die Individualentwicklung nehmen“ (Rattner et al., 2007, S.37). Adler setzte sich mit der Thematik auseinander, dass es durch Kompensation und Überkompensation einer Minderwertigkeit zu besseren Leistungen kommen kann. Das minderwertige Organ dient als Ausgangspunkt und Motivation für gesteigerte Leistung und kann durch die Kraft der Psyche kompensiert werden. „Eines der wertvollsten Hilfsmittel des Kompensierens ist die Psyche“ (Rattner & Danzer, 2007, S.35).

Darüber hinaus geht er als einer der Ersten von einem ganzheitlichen Menschenbild aus. Verhalten, Ziele, Gedanken und Emotionen müssen aus dieser Perspektive als ein Ganzes gesehen werden. Der Mensch ist ein soziales Wesen und entwickelt seine Persönlichkeit im und durch den Austausch mit anderen. Er handelt immer zielorientiert, denn ein Verhalten hat stets eine bestimmte Absicht und damit ein bestimmtes Ziel. Da Ziele aber oft unbewusst und daher dem Bewusstsein nicht immer zugänglich sind, können sie Verhalten und

Vorgehensweise des Menschen beeinflussen. Die meisten Menschen fühlen sich unterlegen oder minderwertig und sind bestrebt dies zu kompensieren, um sich dadurch wieder überlegen fühlen zu können.

1908 veröffentlicht Adler das Werk „Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose“, in dem er den in der Psychoanalyse dominierenden Sexualtrieb eine eigene These entgegensetzte. Alfred Adler distanzierte sich im Laufe der Zeit immer mehr von der Triebtheorie Freuds und sorgte mit seinen eigenen Theorien für Aufruhr im Lager der Psychoanalytiker. „Der vielleicht wichtigste Unterschied zwischen Adler und Freud liegt darin, daß [!] Adler soziale Faktoren und bewusstes Denken stärker betont als den Sexualtrieb und unbewusste Prozesse.“ (Pervin, 2000, S.150)

Nach Adler ist der Aggression, die aus der Hilflosigkeit des Kindes und des Menschen entspringt, mehr Bedeutung zuzumessen als dem Sexualtrieb. Freud ging nicht mit all diesen Werken konform, aber trotzdem wurde Adler Präsident der *Wiener Gesellschaft der Psychoanalytiker*. Die Auseinandersetzung mit der Aggression brachte Adler zu der Erkenntnis, dass sie aus einem natürlichen Verlangen nach Selbstverwirklichung besteht. „Werden diese Antriebe blockiert und frustriert, entartet das Aktivsein in einen (pathologischen) Willen zur Macht“ (Rattner et al., 2007, S.38). Diese Theorie vom Aggressionstrieb stellte neben der Kritik an der Dominanz des Sexualtriebes das Fundament der Psychoanalyse infrage und so kam es in weiterer Folge zum Bruch mit Freud.

Im Gegensatz zu Freud vertrat Adler die Ansicht, dass der Mensch als Motivation für sein Handeln nicht das Bedürfnis nach Triebbefriedigung nimmt, sondern den Wunsch nach Entfaltung. „Der Mensch ist von Natur aus nicht böse. Was auch ein Mensch an Verfehlungen begangen haben mag, verführt durch seine irrtümliche Meinung vom Leben, es braucht ihn nicht zu bedrücken; er kann sich ändern. Er ist frei, glücklich zu sein und andere zu erfreuen.“² Er sieht den Menschen als soziales Wesen, das immer als Teil einer Gemeinschaft betrachtet werden muss und innerpsychische bewusste und unbewusste Anteile sind nicht gesondert zu betrachten. „Jeder Mensch ist nach Adler eine einmalige, einzigartige Persönlichkeit, die nur als Ganzes zu verstehen ist“ (Esser, 1988, S.18).

Der Mensch handelt immer zielgerichtet und befindet sich ständig in einem Entwicklungsprozess, da die Persönlichkeit durch Wachstum geprägt ist und nicht von Vorhinein starr vorgegeben und festgelegt wird. Der Mensch ist weder durch äußere noch innere Einflüsse endgültig determiniert und wird durch ziel- und zweckgerichtetes Handeln geprägt. Adlers Individualpsychologie umfasst aus diesem Verständnis einen teleologischen Ansatz und beinhaltet die Auffassung, dass sich jeder Mensch seine individuelle Welt erschafft.

² Adler, zitiert nach Dr. Arthur Brühlmeier: Das Menschenbild bei C.G. Jung und Alfred Adler; <http://www.bruehlmeier.info/11.8.2011>

Die Einheit der Persönlichkeit ist in der Existenz jedes Menschenwesens angelegt. Jedes Individuum repräsentiert gleichermaßen die Einheit und die Ganzheit der Persönlichkeit wie die individuelle Ausformung dieser Einheit. Das Individuum ist mithin sowohl Bild wie Künstler. Es ist der Künstler seiner eigenen Persönlichkeit (Adler, 1970, S.7)

Adler gründete 1911 die *Gesellschaft für freie Psychoanalyse*, die ab 1913 *Verein für Individualpsychologie* genannt wurde. Er wählte den Begriff *Individualpsychologie*, „um im Gegensatz zu Freuds »zerlegender« (analytischer) Psychologie die Unteilbarkeit (lat. dividere = teilen) des einzelnen Individuums zu betonen“ (Lück, 2009, S.105f). Wie schon erwähnt war Adler einer der Ersten, der den Menschen in seiner Ganzheit erfasste und aus diesem Verständnis ein holistisches Weltbild vertrat.

Er hatte eine neue tiefenpsychologische Theorie entwickelt und veröffentlichte diese erstmals 1912 in dem Buch „Über den nervösen Charakter“. Rattner und Danzer (2007) sehen in diesem Werk einen bedeutenden Grundlagentext der dynamischen Psychologie, in dem sich Adler mit dem Seelenleben in Hinblick auf Macht Tendenzen auseinandersetzt (Rattner et al., 2007, S.42). Er bewarb sich mit diesem Buch um Habilitation für Neurologie an der Universität Wien, was jedoch vom Professorenkollegium abgelehnt wurde, da der Bezug zur Neurowissenschaft infrage gestellt wurde.

1914 wurde erstmals die „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“ veröffentlicht, die sich sowohl mit der Neurosenlehre, als auch mit Pädagogik und Literatur beschäftigte. Ebenfalls 1914 publizierte Adler mit Kollegen den Text „Heilen und Bilden. Ein Buch der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen“. Durch den Beginn des Ersten Weltkriegs wurden der Ausbau und die Verbreitung des Individualpsychologischen Ansatzes unterbrochen, denn Adler musste von 1914 – 1916 als Arzt in der österreichischen Armee dienen. Adler hatte aber auch während der Kriegszeit Forschung betrieben und veröffentlichte seine Erkenntnisse 1920 in dem Werk „Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte und Lehrer“. 1920 beginnt er des Weiteren eine Tätigkeit am Pädagogium Wien und beginnt mit der Errichtung von Erziehungsberatungsstellen. Er beschäftigte sich nun vermehrt mit mentalen Störungen und Erziehung.

1924 tritt Adler eine Stelle als Professor am Pädagogischen Institut in Wien an und 1926 eine Stelle als Gastprofessor an der Columbia University. Des Weiteren erscheint 1926 das „Handbuch der Individualpsychologie“.³

Später hielt er Vorträge über „Menschenkenntnis“, mit denen er sich ein großes Publikum verschaffte und seine Fähigkeiten als Redner unter Beweis stellen konnte. Adler verstand

³ <http://www.individualpsychologie.at/chronologie.html#1900>; 12.11.2011

sich als Wissenschaftler und versuchte in seiner Schrift „Menschenkenntnis“ (1927) eine wissenschaftliche Grundlage für seine Aussagen darzustellen, die aber allgemein zugänglich und verständlich war. „He wanted people to understand themselves and each other better so that society could be more harmonious and each person could reach his or her potential and make the fullest contribution possible“ (Feltham et al., 2006, S.243).

1929 wird er medizinischer Leiter am *Mariahilfer Ambulatorium*. 1933 erscheint sein Buch „Der Sinn des Lebens“. Aufgrund seiner jüdischen Herkunft muss er 1934 endgültig mit seiner Familie emigrieren, hatte aber schon ab 1932 einen Lehrstuhl am *Long Island College of Medicine*. Er starb am 28.5.1937 während einer Vortragsreise in Aberdeen, Schottland.⁴

1.5. Menschenbild und Grundlagen der Individualpsychologie

Die Individualpsychologie findet ihren Ursprung in der Psychoanalyse, die von Sigmund Freud als psychologische Forschungs- und Behandlungsmethode im Zuge der Behandlung von nervenkranken Patienten entwickelt wurde. Freud vertrat ein deterministisches Menschenbild mit Schwerpunkt auf Trieben und unbewussten Handlungen und interpretierte die grundlegende Natur des Menschen als „raubtierhaft“ (Wiegand, 1990, S.20). Die Psychoanalyse setzt sich aus verschiedenen Traditionssträngen zusammen, denn Freud befasste sich mit unterschiedlichen Denkansätzen. Walach (2005, S.197f) bezieht sich auf folgende Richtungen, die in der Psychoanalyse vertreten sind: Die Bedeutung der Suggestion und der Hypnose sowie die Idee einer tiefschichtigen Psyche wurden ihm durch Charcot, Liebeault und Bernheim zugänglich, während er sich durch Vorlesungen von Brentanos mit dessen Erkenntnissen über die Intentionalität des Geistes beschäftigte.

Die Idee des Unbewussten wurde in den Diskussionen von Leibniz aufgegriffen, da sie „das philosophiehistorische Reservoir dieses Gedankens [...]“ (Walach, 2005, S.198) bildeten. Der Begriff des Unbewussten wurde durch Herder, Hegel und Schelling aufgegriffen und bekam einen großen Stellenwert in der romantischen Philosophie. Autoren wie Carus, Schopenhauer, Herbart und von Hartmann formulierten in ihren literarischen Werken oftmals Ideen zum Gegensatz der Dunkelheit des Unbewussten gegen die Helligkeit des Geistes. Somit konnte sich Freud grundlegender Überlegungen des Begriffes des Unbewussten bedienen und gründete in weiterer Folge aus diesen unterschiedlichen Quellen eine einheitliche Richtung und Schule.

In diesem Zusammenhang bezieht sich List (2009, S.65f) auf wesentliche Grundelemente der Psychoanalyse - die Triebdynamik in Verbindung mit der biologischen Beschaffenheit

⁴<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/WISSENSCHAFTSPSYCHOLOGIE/PSYCHOLOGEN/Adler.shtml>; 10.8.2011

des Organismus, der psychische Determinismus und das Verständnis von Pathologie und Therapie, weiters das Lust-Unlust-Prinzip und die Annahme eines dynamischen Unbewussten wie auch die Idee des Erhalts des Psychischen. Eine weitere Kernaussage ist die genetische These der Entwicklung, wonach alles Verhalten seinen Ursprung in Kindheitserfahrungen findet.

Die Psychoanalyse stützt sich auf die These des Lust-Unlust-Prinzips als Methode zur Regulierung des psychischen Geschehens. Das bedeutet, dass die Psyche danach strebt, Lust zu gewinnen und Unlust zu vermeiden. „Die Triebe drängen auf dem kürzesten Weg (analog zum Reflexvorgang) nach Befriedigung“ (List, 2009, S.66).

In Folge des Lust-Unlust-Prinzips kommt es zum Realitätsprinzip, denn um den Organismus zu erhalten muss es immer wieder zu einem Aufschub der Befriedigung kommen. „Dies zwingt den Menschen auf den Umweg psychischer Arbeit, wodurch die Abfuhr gehemmt, das Phantasieren in planende mentale Aktivität verwandelt und die Motorik als gezieltes Handeln eingesetzt wird. Das so entstehende Realitätsprinzip ermöglicht die notwendige Auseinandersetzung mit und Veränderung der Realität, um dadurch – immer im Dienste des Lustprinzips – zuletzt die angestrebte Befriedigung erzielen zu können“ (List, 2009, S.66).

Maßgeblich für die Psychoanalyse ist die Triebtheorie, die alles Psychische in Verbindung mit dem Körperlich-Sinnlichem sieht. „Freuds Konzept des Triebes ist vom körperlichen Reiz abgeleitet, der, von außen an das Nervengewebe herangebracht, durch eine Aktion (Reflex) wieder nach außen abgeführt wird“ (List, 2009, S.70).

Nach Freud ist ein Trieb ein psycho-somatischer Grundbegriff, weshalb Triebe psychologisch oder physiologisch betrachtet werden können. Elhardt (2006, S.24) erwähnt die Triebquelle als Erregungsursprung und die Repräsentanz des Triebes, das Triebziel, als eigentliche Form der Erregungssättigung. Das Triebobjekt sieht er als Erfolgsorgan.

Freud entwickelte verschiedene Theoriemodelle, wie z.B. ein dualistisches erstes Motivationsmodell, in welchem er von der Selbsterhaltung (Ich-Triebe) und der Arterhaltung (Sexualtrieb, Libido) als Grundtendenzen ausging (Elhardt, 2006, S.24f).

Ab 1920 entwickelte er ein dualistisches Triebmodell, wo er zwischen dem Lebenstrieb (Eros, Libido) und dem Todestrieb (Aggression, Destrudo) unterschied. In seinem ersten Strukturmodell spricht Freud von einem bewussten, vorbewussten und unbewussten Bereich der Psyche, die durch einen aktiv eingreifenden Zensor beeinflusst werden. In seiner 1923 erschienenen Arbeit „Das Ich und das Es“ kommt er zu der Entwicklung seines zweiten Strukturmodells, dem sogenannten Instanzenmodell, das davon ausgeht, dass im Menschen mehrere „Seelen“ innewohnen, die sich in einer dynamischen intrapsychischen Interaktion befinden.

Die Eckpfeiler der menschlichen Psyche sind im psychoanalytischen Verständnis das Unbewusste als dynamischer Motor des Seelengeschehens, psychische Störungen als Folge von kindlichen Traumata und das aktive Vergessen von krankmachenden Erlebnissen.

„Freud deutete das Seelenleben in allen Stadien seiner wandlungsfähigen Theorie als ein Zusammen- und Gegeneinanderwirken polarer Kräfte. Im Gegensatz hierzu war Adler davon überzeugt, dass ein einheitlicher Lebensstil in allen psychischen Funktionen eines Menschen erkennbar sei“ (Rattner et al., 2007, S.41). Die Bezeichnung *Individualpsychologie* bezieht sich auf die untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele, denn Adler war einer der Ersten, der den Menschen in seiner Ganzheit erkannte und betrachtete. „The client’s consistent overriding pattern of behaviour, goals, thoughts and emotions must be viewed as a whole“ (Feltham et al., 2006, S.243). Er vertrat ein holistisches und finales Weltbild, das heißt der Mensch existiert in einer Einheit mit seelischen, geistigen und physischen Aspekten und setzt seine Handlungen (wenn auch unbewusst) stets zielgerichtet.

Laut Adler ist jeder Mensch selbstbestimmt, sowie mit der Fähigkeit ausgestattet, sozial integriert zu leben und handelt grundsätzlich aus einem Wunsch nach *Gemeinschaftsgefühl* heraus. Der Mensch entwickelt seine Persönlichkeit in sozialen Gruppen und steht stets in Beziehung zu anderen. Eines der Merkmale der Individualpsychologischen Theorie ist daher das einer Sozialpsychologie, denn der Mensch wird als ein in Beziehung stehendes soziales Wesen gesehen. Adler sah die Gemeinschaft als besonders prägend für die Entwicklung des Menschen und dessen Persönlichkeit.

Adlers Theorie ist auch deshalb von Interesse, weil sie sich mit folgenden Bereichen befasst: die Reaktion von Personen auf ihre Gefühle bezüglich des eigenen Selbst, den Einfluß [!] von Zielen auf das zukunftsgerichtete Verhalten und den Einfluß [!] der Stellung innerhalb der Geschwisterreihe auf die psychische Entwicklung.(Pervin, 2000, S.151).

Die Individualpsychologie stützt sich auf die These, dass der Mensch selbstverantwortlich handelt und Ziele, Verhalten, Vorstellungen und Gefühle nur von einem selbst steuerbar sind. Adler vertrat wie Freud die Ansicht, dass der Mensch von unbewussten Prozessen begleitet wird. Aus seinem ganzheitlichen Verständnis heraus sah er das Unbewusste allerdings nicht getrennt vom Bewusstsein, sondern stets in Verbindung mit zielgerichtetem Handeln. „Die verschiedenen psychischen Funktionen wie Denken, Fühlen, Handeln, Wahrnehmen, Lernen stehen alle im Dienst einer einheitlich ausgerichteten Motivation.“⁵ In diesem Sinne macht Adler aus dem Unbewussten keine autonome Instanz, sondern sieht das Unbewusste immer in Verbindung mit dem Bewussten. „Dieselben Lebensgesetze und Antriebe, die man im Bewusstsein findet, sind auch in tieferen Schichten der Psyche wirksam“ (Rattner et al., 2007, S.42).

⁵ <http://www.individualpsychologie.at/menschenbild.html>; 13.11.2011

Daraus folgend liegt Veränderung in der Verantwortung jedes Einzelnen. Adler geht damit von der Annahme aus, dass jeder sich seine eigene Persönlichkeit und seinen eigenen Lebensweg schafft. Das zwischenmenschliche Verhalten ist das Resultat subjektiver Wahrnehmungen und Vorstellungen und oft bilden bestimmte Glaubenssätze die Basis für unbewusste Ziele. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das subjektive Erleben nie einen allgemein gültigen Wert und allgemein gültige Aussagekraft erhalten kann. Um Menschen, vor allem im psychotherapeutischen Prozess, wirklich verstehen zu können muss man versuchen, deren subjektive Weltanschauung verstehen und nachvollziehen zu können. Der Mensch ist nach Adler bestimmt durch zielgerichtetes Handeln, weshalb ein teleologischer Ansatz hilft, den Menschen im Hinblick auf seine Handlungen zu verstehen. In der Individualpsychologie geht es vorrangig darum zu wissen, in welche Richtung das Seelische abzielt und einen Menschen in seinen oft unbewussten Zielen, Zwecken und Werten tiefgründig zu verstehen (Rattner et al., 2007, S.41).

Adler prägte die Annahme, dass der Mensch als Motivation für sein Handeln nicht das Bedürfnis nach Befriedigung seiner Triebe nimmt, sondern den Wunsch nach Selbstverwirklichung. „Adler sieht die menschliche Entwicklung [...] er will nicht analysieren, zergliedern, sondern das Individuum ganzheitlich in den Lebenszusammenhängen erfassen“ (Lück, 2009, S.109).

Wie schon erwähnt ist das Gemeinschaftsgefühl ein Kernelement in der Theorie der Individualpsychologie. Nach Adler sind nur jene Handlungen und Verhaltensweisen wertvoll, die dem Gemeinschaftsgefühl entspringen. Der Mensch ist geprägt von einem Bedürfnis nach Gemeinschaft und sein Handeln wird durch Mitmenschlichkeit bestimmt. Er ist auf all seinen Ebenen durch ein Miteinandersein und stetiger Verbindung mit der Außenwelt beeinflusst. Denn nur im Austausch mit Anderen kann es zu Lernprozessen und Entwicklung kommen. Diese Prozesse umfassen sowohl die physische wie auch die psychische und geistige Ebene. „Als Resultat einer solchen Einbettung ins Soziale entsteht im Individuum der gesunde Menschenverstand, der es so denken lässt, wie es dem jeweiligen Stand der Vernunft dient“ (Rattner et al., 2007, S.64).

Der soziale, moralisch und ethisch wertvoll handelnde Mensch ist Resultat einer gelungenen Anpassung und Eingliederung in ein mitmenschliches Umfeld. Nach Adler basieren psychische Störungen und Fehlanpassungen auf einer Phase von seelischer Isolierung mit der daraus resultierenden Annahme, dass die Anpassung in das Gemeinschaftsleben nicht funktioniere. Psychisch instabile oder kranke Personen leben abgegrenzt von der Gemeinschaft und in der Annahme, dass „[...] eine Perfektion auf geradlinigem Wege [...]“

nicht möglich sei (Rattner et al., 2007, S.64). Ein gesundes und starkes Selbstwertgefühl ist nur in Verbindung mit einer „voranstrebenden Kultur“ möglich (Rattner et al., 2007, S.64).

Wie schon erwähnt bezieht sich der Begriff *Individualpsychologie* auf die *untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele* eines Individuums. Adler geht davon aus, dass diese Einheit andauernd miteinander in Verbindung steht und bezieht sich wie Freud auf unbewusste Vorgänge. Freud jedoch vertrat die Ansicht, dass es zu innerpsychischen Konflikten kommt, wo das Unbewusste abgegrenzt vom Bewussten stattfindet. Adler hingegen vertritt die These, dass Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden und aus einer einheitlich ausgerichteten Motivation heraus gehandelt wird. In Bezug dazu geht er von einem *organischen Ganzen* aus. Die Persönlichkeit entwickelt sich autonom und selbstbestimmt, wird trotzdem maßgeblich durch äußere Einflüsse und innere Erfahrungen mitbestimmt. „Der Mensch ist ein dynamisches Wesen: Er verändert und entwickelt sich, handelt und ist in motorischer, emotionaler und geistiger Bewegung“ (Elhardt, 2006, S.23).

Ähnlich wie Freud sah Adler den Ursprung für psychische Störungen in der Kindheit, da diese Zeit als besonders prägend angesehen wird. Adler jedoch glaubte, dass sich in der Kindheit die schöpferische Kraft zeigt, aus der heraus sich ein Kind seine subjektive Weltanschauung schafft. „Jeder trägt eine »Meinung« von sich und den Aufgaben des Lebens in sich, eine Lebenslinie und ein Bewegungsgesetz, das ihn festhält, ohne dass er es versteht, ohne dass er sich darüber Rechenschaft gibt“ (Adler, 1933, in Ribi, 2011, S.191).

Die Individualpsychologie stützt sich ferner auf die These, dass der Mensch sich in und durch die soziale Interaktion mit dem Ziel der sozialen Integration entwickelt. Dies geschieht immer in Wechselwirkung, da sowohl das Individuum auf die Gemeinschaft angewiesen ist wie auch umgekehrt, der Mensch ist demnach immer ein in Beziehung stehendes Wesen. Er handelt autonom, erlebt Erfahrungen aktiv und verarbeitet Erlebnisse subjektiv. Daher entwickelt jeder Mensch auch subjektiv und selbstständig Handlungsmuster und Lösungsstrategien, ohne dass genetische Anlagen oder Einflüsse von außen den Charakter endgültig festlegen. Nach Antoch (1981, S.17) kann man das Menschenbild Adlers in diesem Sinne als holistisch, final, sozialpsychologisch sowie aufklärerisch bezeichnen.

„Adler war es, der innerhalb der frühen Psychoanalyse am entschiedensten und einflußreichsten [!] den sozialpsychologischen Standpunkt betonte. Seine Distanz zu Naturgrößen wie Trieben und Veranlagung, sein pädagogisches Interesse und sein ich-psychologischer Ansatz, hängen mit dieser Sichtweise zusammen“ (Bruder-Bezzel, 1999, S.201).

Freud sieht Sexualität im Sinne von allem Körperlich-Sinnlichem als elementare Triebfeder für menschliches Handeln und Verhalten. An dieser Stelle weichen die Ansichten Freuds und Adlers.

Denn Adler sah Sexualität nicht als Ursprung und Zentrum jeder psychischen Störung. „Der vielleicht wichtigste Unterschied zwischen Adler und Freud liegt darin, daß [!] Adler soziale Faktoren und bewusstes Denken stärker betont als den Sexualtrieb und unbewusste Prozesse“ (Pervin, 2000, S.150).

In Erweiterung zu Freuds Triebkonzept bezieht sich Adler auf die soziale Bedingtheit und geht davon aus, dass Triebe durch kulturelle Einflüsse gehemmt oder umgewandelt werden. „Diese Triebverwandlungen bedingen die Stellung des Individuums zur Außenwelt und bewirken die verschiedenen individuellen und kulturellen Lebensäußerungen“ (Bruder-Bezzel, 1999, S.202). Des Weiteren spricht Adler von einem *Zärtlichkeitsbedürfnis* als Vorläufer und Basis des späteren Gemeinschaftsgefühls, im Gegensatz zu Freuds primär narzisstischer Libido. Er geht weiter von einem grundlegenden *Minderwertigkeitsgefühl* aus, das aus einem Gefühl der Unterlegenheit entsteht. Die Entwicklung dieses Gefühls findet in der Kindheit statt, da sich das Kind im Vergleich zum Erwachsenen als schwach und hilflos und seine Abhängigkeit bewusst erlebt. In Verbindung mit dieser Annahme bezieht sich Adler auf die Entwicklung von Neurosen, wobei er davon ausgeht, dass negative Erlebnisse in der Kindheit zu einer Verstärkung des Minderwertigkeitsgefühls führen. Neben den hinderlichen Faktoren des Minderwertigkeitsgefühls versteht er aber auch positive Aspekte dahinter. Im Sinne des Minderwertigkeitsgefühls als treibende Kraft kann es Motivation für das Streben nach Überlegenheit bringen. Denn im Zuge seiner Arbeit mit Zirkusartisten entdeckte Adler die Verbindung der organischen Minderwertigkeit und ihre Kompensation. Diese geschieht durch die Verstärkung der Funktionsfähigkeit anderer Organe, aber auch durch die Verstärkung psychischer Kräfte. Aus diesen Erkenntnissen kam Adler zu der These der *seelischen Kompensation*.

Unter *Organminderwertigkeit* versteht er eine geschwächte Organfunktion mit einer daraus resultierenden Störung. Das Erleben dieser Störung oder Erschwerung im täglichen Leben führt in weiterer Folge zu einem Erfahren von Minderwertigkeitsgefühlen. Dieses Erleben von Minderwertigkeit kann entweder zu Resignation führen oder aber als Motivation dienen, dieses Hindernis zu überwinden. Die subjektive Einstellung bestimmt also, ob eine Minderwertigkeit als Schwierigkeit angesehen oder aber überwunden wird.

Daher ist es klar, daß [!] es für die endgültige Gestaltung der Persönlichkeit nicht entscheidend ist, was einer mitbringt, sondern was er daraus macht. Durch das Zusammenspiel von Unterlassung und Ausbildung gestaltet jeder Mensch seine Kräfte und Eigenschaften nach seiner eigenen Einstellung. Damit hat er sich von seiner kausalen Zwangsbestimmtheit seiner Anlage befreit. (Dreikurs, 2009, S.44)

Das Gefühl der Minderwertigkeit ist insofern einschneidend für den Lebensverlauf, als dass es das Gefühl der Zugehörigkeit massiv beeinträchtigen und somit soziale Integration erschweren kann. „Der Zweifel an dem eigenen Wert und an den eigenen Fähigkeiten verhindern das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Und sobald ein Gefühl der Minderwertigkeit erweckt wird, ändert sich die ganze Richtung des Lebens“ (Dreikurs, 2009, S.30). Dreikurs (2009, S.30) beschreibt außerdem, dass sich in diesem Fall die Ebene des Handelns und Verhaltens ändert. Denn anstatt sich zur Gemeinschaft hin zu bewegen, strebt Mensch dann bloß nach Überwindung der Minderwertigkeit. Der Versuch der Kompensation scheitert jedoch, da der beeinträchtigte Selbstwert die Lösung blockiert und zu einem Zustand der Überkompensation führt.

Das Individuum handelt aus einem Wunsch heraus, angenommen zu werden und dem Bedürfnis der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft. Ist es jedoch durch seinen eigenen verminderten Selbstwert blockiert, so kommt es zu Gefühlen der Unterlegenheit und in weiterer Folge der Erniedrigung. Daher bewegt sich die Person mit der Selbstwahrnehmung, dass das Umfeld sie als minderwertig betrachtet und wird durch diesen Filter auf die Welt auch Erfahrungen machen, die diese Selbstwahrnehmung bestätigen.

Um diesem Zustand zu entfliehen, kommt es zu kompensatorischen Handlungen mit besonderem Geltungsstreben, um die Minderwertigkeit zu überwinden. Das Gefühl der Minderwertigkeit ist immer subjektiv, es kann nicht objektiv betrachtet werden, da es sich um einen innerpsychischen Vorgang handelt, welcher nicht in Zusammenhang mit einer tatsächlichen Minderwertigkeit steht. Es ist Resultat einer verzerrten Selbstwahrnehmung und Überhöhung der Anderen. „Die Beurteilung unseres Wertes erfolgt ja ausschließlich aus unserer Stellungnahme zur Gemeinschaft, zu den Nebenmenschen, unterliegt also nur unserem eigenen Urteil über unseren Wert“ (Dreikurs, 2009, S.32).

Das Minderwertigkeitsgefühl gilt hier als maßgeblicher Antriebsfaktor für menschliches Handeln, jedoch erkennt Adler, dass das Machtstreben als Kompensation eine Verfehlung darstellt. Denn die Motivation für sein Handeln nimmt der Mensch aus dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit. „Statt Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren, müssen wir lernen, sie zu überwinden, uns von ihnen zu befreien“ (Dreikurs, 2009, S.35).

Ein weiterer prägender Begriff in der Individualpsychologischen Lehre ist das bereits erwähnte *Gemeinschaftsgefühl*, den Adler 1918 einführt (Bruder-Bezzel, 1999, S.208). Er versteht unter Gemeinschaftsgefühl sowohl Beziehungsfähigkeit im Sinne von Kooperation und Mitarbeit als auch die Fähigkeit zur Identifikation und Einfühlung (Bruder-Bezzel, 1999, S.208). Des Weiteren sind darunter Gefühle der Zusammengehörigkeit und Einbettung in ein soziales Umfeld wie auch soziales Handeln und Agieren in der Gesellschaft zu verstehen.

Genauer betrachtet ist das Gemeinschaftsgefühl in ganzheitlichem Sinne zu sehen und umfasst alle geistigen und seelischen Bereiche des Menschen. Nach Ansbacher (1981) in Bruder-Bezzel (1999, S.213) ist das Verständnis von Gemeinschaftsgefühl in der Individualpsychologischen Geschichte der Anpassung unterworfen. Es wird zwischen der Phase des Gemeinschaftsgefühls als Gegenkraft zum Machtstreben und der Phase des Gemeinschaftsgefühls als kognitive Funktion unterschieden. Gemeinschaftsgefühl als Gegenkraft zeigt das Gemeinschaftsgefühl in Verbindung mit dem Streben nach Macht. Menschliches Streben ist sowohl vom Bedürfnis nach dem Gemeinschaftsgefühl wie auch nach dem Streben nach persönlicher Überlegenheit geprägt. Daher stehen das Gemeinschaftsgefühl und das Streben nach Macht in Wechselwirkung und können sich in dem Sinne beeinflussen, als dass sie sich gegenseitig hemmen bzw. steigern können. Adler setzte den Grad an Gemeinschaftsgefühl sogar in Verbindung mit psychischer Gesundheit. Bruder-Bezzel (1999) geht in weiterer Folge davon aus, „daß [!] Adler das Gemeinschaftsgefühl in ein ganzheitliches Konzept dadurch zu integrieren versucht, daß [!] er das kompensatorische Streben nach Geltung positiv umformuliert als Streben nach Vollkommenheit und dafür die Kategorie der »Nützlichkeit« einführt beziehungsweise in den Vordergrund stellt“ (Bruder-Bezzel, 1999, S.214). Aus diesem Verständnis heraus kann das Gemeinschaftsgefühl immer in Bezug zu sozialem Nutzen und als zielgerichtet gesehen werden. Nach Adler ist eine Person mit einem hohen Gemeinschaftsgefühl mitfühlender, sozial angepasster und kooperativer als eine Person mit einem niedrigen Gemeinschaftsgefühl.

Ein weiterer prägender Begriff der Individualpsychologie ist der *Lebensstil*, der sich den Handlungen der Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls ergibt. Der Lebensstil ist mit dem Ich gleichzusetzen, da er den Weg vorgibt, nach dem ein Mensch sein Leben gestaltet. „Was häufig als Ich bezeichnet wird ist nichts anderes als der Lebensstil des Individuums.“ (Adler, 1935 in Ribí, 2011, S.190)

2. Stand der Psychotherapieforschung

Einleitend zeigt das vorliegende Kapitel einen kurzen Abriss der Psychotherapieforschung und deren Entwicklung. Es werden der Stand der Psychotherapieforschung, dessen Paradigmenwechsel sowie etwaige Herausforderungen dabei erläutert. In Bezug zur Forschung kommt es zu einer kurzen Beschreibung der therapeutischen Beziehung und deren Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess.

2.1. Entwicklung und Paradigmenwechsel der Psychotherapieforschung

Schon Freud bediente sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Einzelfall-Analyse, um die Wirksamkeit der von ihm entwickelten Psychoanalyse zu bestätigen. Ab den 1920er Jahren kam es in der Psychotherapie zu systematischen empirischen Untersuchungen, allerdings waren die damals verwendeten Stichproben noch wenig umfangreich und die angewandte Methodik relativ simpel.

Die Psychotherapieforschung, wie wir sie heute kennen, findet ihre Anfänge in den späten 1940er Jahren und entfaltete sich in den frühen 1950ern zu einem ernstzunehmenden Forschungsbereich. Sie beschäftigt sich zum einen mit der Wirksamkeit und zum anderen mit der Wirkungsweise psychotherapeutischer Behandlungen.

Einen besonderen Stellenwert in der ersten Phase der Forschung nahm Carl Rogers ein, der sich der Möglichkeit bediente, therapeutische Gespräche mit dem Tonband aufzunehmen, wodurch das therapeutische Setting erstmals für ein breiteres Publikum zugänglich wurde. Durch diesen neuartigen Einsatz der Technik wurden die Erfassung und dadurch der Beginn der Objektivierung des Therapieprozesses möglich. Ebenso neu war die von Rogers veranlasste Einführung von Vergleichs- und Kontrollgruppen, um die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlungen zu dokumentieren (Heim, 2009, S.176).

Einen bedeutenden Beitrag für die Psychotherapie leistete Carl Rogers durch die Formulierung der *necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change*:

- “Two persons are in a psychological contact.
- The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
- The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
- The therapist experiences unconditional positive regard for the client.

- The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
- The communication the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is on a minimal degree achieved." (Rogers, 1956, S.87)

Diese Bedingungen bieten dem therapeutischen Setting und der Beziehung zwischen Therapeut und Klient einen theoretischen Rahmen. Durch die klare Formulierung seines Verständnisses und die Darstellung des zwischenmenschlichen Geschehens in einer therapeutischen Situation ermöglichte Rogers eine neue Wahrnehmung von Psychotherapie. Die von ihm geprägten Variablen Echtheit, Empathie, Authentizität und Kongruenz sind seit dem oft Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung und nehmen auch heute noch einen wichtigen Stellenwert in der Forschung und auch in der Praxis ein.

Nach dieser ersten Phase war die Psychotherapieforschung von großer Entwicklung geprägt und begann sich, vor allem in den 1950er und 1960er Jahren, ihren Weg zu bahnen. Sie war in dieser Zeit jedoch noch weit entfernt vom heutigen Status quo, denn damals stand insbesondere die Entwicklung geeigneter Methoden und Techniken im Vordergrund, weniger die Psychotherapie selbst (Orlinsky, 2010, S.xiii).

In den 1960er Jahren kam es durch die Einführung von Skalen und Fragebogen-Instrumenten zu einer verbesserten Standardisierung der Forschung und durch narrative Übersichten wurde begonnen, einen Überblick über vorhandene Studien zu bieten. Heim (2009, S.177) erwähnt Luborsky und seine Mitarbeiter, die Mitte der 1970er versuchten, die Ergebnis-Auswertung der vorhandenen Studien zu systematisieren und vorliegende Studien miteinander zu vergleichen.

Denn ab 1970 wurden unterschiedliche Schulen und Methoden vor allem auf ihre Gemeinsamkeiten, die sogenannten *common factors*, untersucht. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Methode Aspekte gemein sind, die für den Erfolg einer Therapie ausschlaggebend sind. „Common factors are those aspects of treatment that are present in most or all psychotherapies, such as a relationship with an empathic therapist, a client seeking treatment for distress, a treatment structure, and the creation of hope“ (Wampold, 2010a, S.35).

Schon in den 1930er Jahren hatte sich Saul Rosenzweig mit Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Therapieansätze und der Bedeutung der zwischenmenschlichen Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Klienten beschäftigt. Er hatte beobachtet, dass es bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden Gemeinsamkeiten gibt, die verantwortlich für den Erfolg einer Therapie sind (Wampold, 2010b, S.53). Daher formulierte Rosenzweig schon 1936 common factors im Bezug zur therapeutischen Beziehung:

(1) the operation of implicit, un verbalized factors, such as catharsis, and the yet undefined effect of the personality of the good therapist; (2) the formal consistency of the therapeutic ideology as a basis for reintegration; (3) the alternative formulation of psychological events and the interdependence of personality organization as concepts which reduce the effectual importance of mooted differences between one form of psychotherapy and another. (Rosenzweig, 1936, S.415)

Stellt sich ein Klient bereitwillig dem therapeutischen Prozess und können sich Therapeut und Klient mit der Theorie der therapeutischen Schule identifizieren, so geht man nach den common factors davon aus, dass unterschiedliche Ansätze ähnlich erfolgreiche Ergebnisse bringen. „The common factors models emphasize the collaborative work of therapist and client, and thus there is a focus on the therapist, the client, the transaction between them, and the structure of the treatment that is offered” (Wampold, 2010b, S.53).

Eine Kernaussage der common factors-Forschung besteht darin, dass weder bestimmte Behandlungsmodelle noch Schulen ausschlaggebend für den Erfolg einer Psychotherapie sind, sondern dass das Beziehungsgeschehen zwischen Therapeut und Klient eine große Rolle einnimmt.

Luborsky, Singer & Luborsky (1975), Smith & Glass (1977) sowie Stiles, Shapiro & Elliot, (1986) veröffentlichten Meta-Analysen zum Thema des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Schlussfolgerung dieser Studien war die Erkenntnis, dass unterschiedliche Therapien eine ähnlich heilsame Wirkung haben. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurde nach gemeinsamen Faktoren der verschiedenen Therapierichtungen geforscht und man fand sich in der *therapeutischen Beziehung* wieder. Somit wurde die Beziehung zwischen Therapeut und Klient als gemeinsamer Nenner und ein common factor der unterschiedlichen Richtungen gefunden.

Ebenfalls in den 1970ern nahmen die Arbeiten von Rogers und Wood einen wichtigen Stellenwert in der Forschung über Psychotherapie ein. Rogers setzte sich wissenschaftlich mit der Rolle des Therapeuten in der Klientenzentrierten Psychotherapie auseinander und daraus folgend rückte das Konzept der therapeutischen Beziehung in den Fokus.

In den 1980er Jahren fand die Metaanalyse vermehrt Einzug in die Forschungspraxis, wodurch es zu einem Wandel innerhalb der Forschung kam. Einen bedeutenden Beitrag leistete das „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von Garfield & Bergin (1978/1986), in dem eine große Menge an Daten aufgezeigt wurde. Diese belegten die Wirksamkeit von Psychotherapie und beschäftigten sich auch mit den Wirkfaktoren in der Therapie.

Heim (2009, S.177) spricht von Smith, Glass & Miller (1980) sowie von Shapiro & Shapiro (1982), die sich erstmals der Metaanalyse bedienten und es so ermöglichten, sowohl die Effektivität von Psychotherapie nachzuweisen als auch unterschiedliches therapeutisches Vorgehen zu vergleichen. Neu hierbei war die Einführung der sogenannten *Effektstärke*, durch die versucht wird ein Vergleichsmaß für die Vielzahl an Studien zu schaffen, das es ermöglicht, behandelte und unbehandelte Patientengruppen einander gegenüberzustellen und so einen möglichst objektiven Überblick zu schaffen.

Horvath et al. (2011, S.9) vermuten, dass der Wunsch, unterschiedliche therapeutische Methoden und deren Theorien miteinander zu vergleichen, zur Gründung der *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* 1983 geführt hat. Ebenso erwähnen sie, dass sich der Trend in der Psychotherapie dahingehend entwickelte, dass sich viele Therapeuten nun, unabhängig von der zugrundeliegenden Theorie, für die Anwendung einer Vielzahl von unterschiedlichen Methoden interessierten.

Zu dieser Zeit fand die Bedeutung der Beziehung Therapeut - Klient vermehrt Einzug in die Psychotherapie und dadurch auch in die Forschung. Wie schon erwähnt, fand das Konzept der therapeutischen Beziehung erstmals in den 1930er Jahren Beachtung, als Rosenzweig versuchte, unterschiedliche Theorien von Psychotherapie miteinander zu vernetzen. In weiterer Folge kam es zu der wichtigen Erkenntnis, dass die therapeutische Beziehung in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg steht (Horvath et al., 2011, S.10).

Heim (2009) erwähnt Jerome Frank (1978), der folgende Forschungsergebnisse erzielte:

Erfolgreiche Therapien mit je eigenen, unterschiedlichen Methoden zeichnen sich 1. durch eine intensive, vertrauende Beziehung zwischen einem Hilfesuchenden und einem Helfer aus, die sich 2. in einem besonderen Setting begegnen, wo sie 3. ein erklärendes Konzept [...] erarbeiten, welches 4. die Beschwerden zu verstehen ermöglicht und 5. in ein Ritual überführt, das die Symptome zu überwinden vermag. (Heim 2009, S.179)

Ab den 1990ern begann man die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu überdenken. Diese Jahre waren besonders bedeutend, da sich die Forschung hier stark weiterentwickelte und große Mengen an Daten mehrfach und gesichert belegt werden konnten. Zum Beispiel lässt sich hier auf eine beachtenswerte Studie von Norcross (2002) verweisen, die der Patient – Therapeut Beziehung gewidmet ist und ihren therapeutischen Wert belegte (Orlinsky, 2010, S. xxii.)

Kryspin-Exner et al. (in Parfy et al., 2000, S.138) zeigen, dass „[...] die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient von entscheidender Bedeutung“ für den therapeutischen Prozess ist. Sie beziehen sich auf die Meta-Analysen von Grawe, Donati & Bernauer (1994), welche die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in unterschiedlichen

Therapierichtungen untersuchten. Ebenso erwähnen sie Horvath & Symonds (1991) sowie Safran & Muran (1998), die eine tragfähige Allianz als maßgeblichen Wirkfaktor für eine gelungene Therapie sehen.

2.2. Die Psychotherapieforschung heute

Die Psychotherapieforschung des 21. Jahrhunderts entwickelt sich sowohl in quantitativer wie auch qualitativer Hinsicht enorm weiter, da sie von Präzisierungen, Standardisierungen und Neuentwicklungen im methodischen aber auch im therapeutischen Vorgehen geprägt ist (Lutz & Böhnke, 2010, S.49). In Bezug auf das methodische Vorgehen innerhalb der Forschung kam es zu einer Weiterentwicklung zu multimodalen Vorgehen, da durch diese Psychotherapie am besten beschrieben und erfasst werden kann. Hier sind in erster Linie Argumente und Kriterien im Fokus, durch welche das Handeln in der Psychotherapie erkannt und unterschieden werden kann.

Wichtig für diesen Aspekt der Forschung ist vor allem, dass Erhebungen den wissenschaftlichen Kriterien standhalten. Für den Gegenstandsbereich Psychotherapie ist daher das multimodale Vorgehen besonders sinnvoll, denn ihre Effektivität ist immer Ergebnis verschiedener und vielschichtiger Teilbereiche, weshalb theoretisch und empirisch begründete Messinstrumente kombiniert werden sollten (Lutz & Böhnke, 2010, S.50).

Im 21. Jahrhundert kommt es nun zu einem deutlichen Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung. Wie bereits erwähnt lag der Fokus in den letzten Jahrzehnten eher darauf, eine bestimmte psychologische Technik mit einer bestimmten emotionalen Störung in Zusammenhang zu setzen, wodurch die therapeutische Wirksamkeit mit den angewandten Verfahren in Verbindung gebracht wurde.

Ähnlich den Naturwissenschaften wurde versucht zu belegen, dass es für jede Störung eine vorgefertigte und Erfolg versprechende Therapie gäbe. Das alternative Paradigma hingegen beruht auf der Annahme, dass die therapeutische Wirksamkeit primär auf der Erfahrung des Klienten und einer tragfähigen Beziehung zum Therapeuten basiert. Das therapeutische Verfahren ist zwar bedeutend, wird aber weitgehend begleitet von der Entstehung und beeinflusst von der Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Dies stützt sich wiederum auf die Prämisse, dass Menschen grundsätzlich in Beziehung stehende Wesen sind und deren Entwicklung von diesen anhängig ist. Orlinsky (2010) schreibt, dass der Mensch ständig in Beziehung steht und sich durch die daraus resultierenden Erfahrungen und auch krisenhafte Momente weiterentwickelt, denn ihm zufolge ist das soziale Leben immer geprägt von mehr oder weniger stabilen Beziehungen (Orlinsky, 2010, S.xxii).

Walsh (2010) betrachtet die therapeutische Beziehung unter den Aspekten der humanistischen Psychologie, Phänomenologie und Hermeneutik. In Bezug darauf erwähnt er „[...] den zirkulären Prozess des immer neuen Überprüfens unserer Grundannahmen, der den Schlüssel darstellt zur Offenheit und dem Nicht-Wissen, die eine reiche therapeutische Beziehung ermöglichen“ (Walsh 2010, S.62).

Wichtig hierbei ist zu beachten, dass die Forschung nun auch sogenannte *therapeutic factors* anstelle der strikten Trennung von *common factors* and *specific factors* beachtet. Diese wollen einen umfassenden Blick auf jede Art der Psychotherapie ermöglichen und versuchen, sich im Speziellen mit dem Persönlichkeitswandel der Klienten auseinanderzusetzen. Anstatt sich auf bestimmte Methoden zu beziehen, steht hier vermehrt die Wirksamkeit im Vordergrund und führt in weiterer Folge zu der Erkenntnis, dass es immer bestimmte Elemente einer Therapie sind, die diese wirksam machen. Dies bedeutet, dass weder eine schablonenhafte Therapie für ein bestimmtes Störungsbild oder einen bestimmten Klienten möglich, noch dass jede Methode passend oder umsetzbar für jeden Therapeuten sei (Orlinsky, 2010, S.xxiii).

Es ist in der Forschung grundsätzlich wichtig danach zu fragen, was die Therapie wirksam macht und diesen Aspekt unabhängig von der zugrundeliegenden Theorie zu beleuchten. Lambert stellte 1986 die sogenannten *therapeutic factors* vor, die aus diesem Verständnis heraus all die Aspekte und Elemente betonen, die den therapeutischen Veränderungsprozess fördern und unterstützen. Die *common factors* nehmen eine unbestritten zentrale Stellung in der Forschung ein, doch wie Miller et al. (2010, S.423) bemerken, geht es nicht ausschließlich darum, was unterschiedliche Therapieansätze gemeinsam haben. Stattdessen geht es um alle Faktoren, die Therapie wirksam machen, unabhängig von Theorie oder Orientierung. Daher betonen sie, dass die Psychotherapie dadurch besser bedient wird, wenn nach *therapeutic factors* geforscht wird.

„The treatment method, the individual therapist, the therapy relationship, the client, and their optimal combinations are all vital contributors to the success of psychotherapy“ (Norcross, 2010, S.114). Zu wissen, was Therapie wirksam und heilende Prozesse ermöglichen kann, ist ein großer Schritt für die Forschung und in weiterer Folge auch für das praktische Vorgehen. „Studien weisen darauf hin, dass andere Faktoren als die theoretische und praktische Ausbildung die Qualität der therapeutischen Beziehung und in der Folge davon auch das Behandlungsergebnis bestimmen“ (Morschitzky, 2007, S.50).

Es hat immer die Individualität von Klient und Therapeut im Vordergrund zu stehen, denn natürlich gibt es auch in der Beziehungsfähigkeit und dem subjektiven Erleben gravierende Unterschiede. Dies zeigt sich insbesondere in der Entscheidung des Klienten für eine

bestimmte Methode. Denn die Wahl für einen bestimmten Ansatz, der sich zum Beispiel bewusst mit der therapeutischen Beziehung beschäftigt, beruht immer auf subjektiven Erlebnissen. Ebenso ist die Wahl des Therapeuten für eine bestimmte Richtung natürlich auch immer geprägt von subjektiven Entscheidungen und Fähigkeiten.

Orlinsky (2010) zufolge beeinflussen Aspekte wie Beziehungsfähigkeit und Problemverständnis das therapeutische Geschehen. Die therapeutische Beziehung allerdings kann grundsätzlich als Konstante in der Therapie gesehen werden. Das Erleben dieser konstanten und klar formulierten Beziehung kann dem Klienten dann in seinem alltäglichen Leben als Korrektiv dienen (Orlinsky, 2010, S.xxii).

Die Ergebnisse, auf denen dieses neue Paradigma basiert, können sowohl auf Theorie als auch auf die Praxis angewandt werden. Denn die Psychotherapieforschung befasst sich neben den Ergebnissen der Psychotherapie eben auch mit dem psychotherapeutischen Prozess und dessen aktiven Wirkprinzipien und Veränderungsmechanismen. Orlinsky, Grawe & Parks (1994) beziehen sich auf folgende Prozessvariablen, die in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen:

- „die Qualität der therapeutischen Beziehung;
- die Kompetenz des Therapeuten;
- die Kooperation des Patienten;
- die Offenheit des Patienten für Veränderungen;
- die Behandlungsdauer“ Orlinsky, Grawe & Parks (1994, S.270ff).

Eine der interessantesten und meist unterschätzten Erkenntnisse der Prozessforschung bedenkt die Unterschiede der Beobachtungsperspektiven (z.B. Orlinsky et al., 2004). Die erkenntnistheoretische Situation in der Sozialwissenschaft ist weit komplexer zu betrachten, als dies in der Naturwissenschaft der Fall ist. Denn teilnehmende ebenso wie externe Beobachter sind immer in das Feld, das sie beobachten, miteinbezogen und somit ist ein neutraler und distanzierter Zugang wie in der Naturwissenschaft nicht möglich. Generell sind Beobachtungen daher immer abhängig von der Perspektive, aus der sie gemacht werden und in diesem Zusammenhang auch von der beobachtenden Person. Es kann also bei Erkenntnissen, die aus einer bestimmten Perspektive gemacht werden, nicht davon ausgegangen werden, dass sie auch für andere Bereiche gültig sind, solange dies nicht empirisch eindeutig belegt ist. Daraus lässt sich folgern, dass Therapeuten immer nur einen Teil der Realität kennen, da sie sich nicht auf bestimmte Eindrücke und Bewertungen von Therapiesituationen verlassen können und diesen keinen allgemein gültigen Wert zuschreiben dürfen. Denn das, was sie erlebt haben, muss nicht tatsächlich der Realität

entsprechen, da sie eben selbst daran beteiligt waren und dadurch immer eine subjektive Sicht auf die Dinge bleibt. Das neue Paradigma impliziert in diesem Zusammenhang, dass es zu einer Auseinandersetzung mit beiden Perspektiven in der Therapie kommen muss, um neue Erkenntnisse sowohl in Forschung als auch Praxis umsetzen zu können (Orlinsky, 2010, S. xxii).

Weiters ist zu bedenken, dass der therapeutischen Beziehung in jeder Methode eine unterschiedliche Rolle zukommt. Einerseits kann sie als Voraussetzung für den therapeutischen Veränderungsprozess, andererseits als Grundstein verstanden werden, durch den Veränderung überhaupt erst möglich wird. Das heißt, die therapeutische Beziehung selbst kann als zentraler Mechanismus für die Entwicklung und den Persönlichkeitswandel des Klienten gesehen werden. Norcross (2010, S.116f) führt an, dass es gerade in Bezug zur therapeutischen Beziehung wichtig ist, sich mit den Klienten auseinanderzusetzen, denn im Fokus sollten immer die Erfahrung des Klienten und dessen Veränderungsprozess stehen. Ebenso sollte immer Feedback in Bezug zur therapeutischen Beziehung eingeholt werden, denn, wie schon in einem anderen Zusammenhang erwähnt, kann das subjektive Empfinden der Therapeuten oft täuschen.

Die Forschung, die sich nun mit der Wirkung der Psychotherapie beschäftigt, kann in drei Bereiche eingeteilt werden. Die *Efficacy-Forschung* beschäftigt sich mit der Wirksamkeit unter Laborbedingungen, die *Effektivenss-Forschung* prüft die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen und die *Individuumsorientierte Versorgungsforschung* versucht einen Zusammenhang zwischen Wissenschaft und Praxis zu ermöglichen (Heim, 2009, S.184; Lutz & Böhnke, 2010, S.65).

Die moderne Psychotherapieforschung beschäftigt sich aus den schon genannten Gründen mit der Beziehung zwischen Therapeut und Klient und deren Wert im Veränderungsprozess des Klienten. „Die zentrale Bedeutung einer *guten und vertrauensvollen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient* ist das am besten abgesicherte Ergebnis der Psychotherapieforschung“ (Morschitzky, 2007, S.50).

Die Arbeitsgruppe der *American Psychological Association Division of Psychotherapy* veröffentlichte eine Serie von Meta-Analysen, die sich mit der therapeutischen Beziehung auseinandersetzen. Im Fokus stehen die Fragen *What works in general in the therapy relationship?* und *What works best for particular clients?* (Norcross, 2010, S.118). In Bezug zur therapeutischen Beziehung hat die Arbeitsgruppe verschiedene Elemente herausgearbeitet, die in dieser hilfreich sind.

Laut Norcross (2010, S.118ff) sind folgende Faktoren generell für alle Klienten wichtig, unabhängig von der angewandten Methode:

- Empathy
- Alliance
- Goal Consensus and Collaboration
- Positive Regard
- Congruence/Genuineness
- Feedback
- Repair of Alliance Ruptures
- Self-Disclosure
- Management of Countertransference
- Quality of Relational Interpretations

Die fortlaufende Entwicklung in der Psychotherapieforschung zeigt sich auch in der gesteigerten Auseinandersetzung mit der Rolle des Klienten und leistet dadurch einen bedeutenden Beitrag für die Praxis. Denn der therapeutische Prozess und die Persönlichkeitsentwicklung des Klienten sollten im Zentrum der Therapie und daher auch im Interesse wissenschaftlicher Betrachtung stehen. „Research has also found that focusing on client’s strengths and resources is important to make therapy work across different approaches“ (Bohart & Tallman, 2010, S.102). Da erkannt wurde, dass der Klient einen beträchtlichen Einfluss darauf hat, ob bzw. inwiefern Psychotherapie wirkt, steigt die Zahl der Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt (Bohart & Tallman, 2010, S.83ff).

Die Psychotherapieforschung versucht den Bogen von Theorie zu Praxis zu spannen und ihren Beitrag für den therapeutischen Alltag zu leisten. Aus diesem Grund kommt nun anstelle der *Prozess-Ergebnis Forschung* vermehrt eine *Practice-Based-Forschung* in den Vordergrund. Zu einer detaillierten Auseinandersetzung mit diesem Bereich kommt es in der Zusammenfassung und Ausblick der dieser Arbeit.

Im folgenden Abschnitt wird nun das methodische Vorgehen erläutert und die therapeutische Beziehung ausführlich beschrieben, da sie den wesentlichen Faktor der vorliegenden Arbeit darstellt.

II METHODISCHER TEIL

3. Methodisches Vorgehen

Wie schon in der Einleitung angeführt, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der therapeutischen Beziehung und versucht diese aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und zu verstehen. Es kommt zur Darstellung der Frage, inwiefern eine individuelle Beziehungsgestaltung im psychotherapeutischen Alltag stattfindet.

Denn die Auseinandersetzung mit der Personenzentrierten Theorie einerseits und mit der Individualpsychologischen Theorie andererseits führt zu der Hypothese, dass die **therapeutische Beziehung** zwischen Klient und Therapeut das **tragende Element** im psychotherapeutischen Prozess ist, unabhängig von der angewandten Methode.

Ausgehend von den unterschiedlichen theoretischen Zugängen wird daher die Forschungsfrage analysiert, *welche Rolle die therapeutische Beziehung in der psychotherapeutischen Praxis einnimmt.*

Um dies möglichst umfassend darzustellen und dem komplexen Thema der therapeutischen Beziehung gerecht zu werden, gliedert sich diese Hauptfrage in weitere Subkategorien:

Die *Entwicklung der therapeutischen Beziehung* wird in Hinblick darauf untersucht, ob Therapeuten dies individuell oder bei jedem Klienten nach dem gleichen Schema gestalten. Ebenso werden das in der Personenzentrierten Theorie beheimatete *Beziehungsangebot* und das aus der Tiefenpsychologie stammende *Arbeitsbündnis* dahingehend geprüft, welchen Stellenwert sie im therapeutischen Prozess einnehmen und ob es Unterschiede in der Wertigkeit zwischen Personenzentrierten und Individualpsychologischen Therapeuten gibt. Im Fokus steht auch hier immer die Frage danach, ob und wie sich die Therapeuten an die Individualität ihrer Klienten anpassen.

Als Methode wurde das qualitative Leitfadeninterview gewählt, dass in weiterer Folge mittels einer theoriegeleiteten Analyse ausgewertet wurde. Die Wahl für eine qualitative Vorgehensweise fiel aufgrund dessen, da hier zum einen die sozialkonstruierte Natur von Realität, aber auch die Beziehung zwischen Forscher und seinem Forschungsgegenstand im Fokus steht.

Der Leitfaden umfasst allgemeine Fragen nach der Person des Therapeuten, um hier mögliche Besonderheiten in der Ausbildung oder Ähnlichem zu erkennen und das Kriterium der möglichst langen Berufserfahrung festzuhalten. Ebenso kommt es zu Beginn zur Frage nach dem Klientel und vorwiegenden Themen, die in der Therapie besprochen werden. Diese Fragen dienen vor allem dem Vergleich der Therapeuten und deren Arbeitsgebieten.

In weiterer Folge werden das Verständnis der Schlagworte Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz hinterfragt, um danach den Begriff der therapeutischen Beziehung allgemein darzustellen. Die Frage nach der therapeutischen Beziehung gliedert sich dann in verschiedene Subkategorien, die sich auf die Individualität des Klienten sowie mögliche Grenzen und Widerstände beziehen. Abschließend werden die Therapeuten zu den Themen Beziehungsangebot und Arbeitsbündnis befragt.

Die Befragung richtete sich an fünf weibliche und vier männliche Personenzentrierte und Individualpsychologische Therapeuten, wobei einige der Personenzentrierten Therapeuten auch psychoanalytische Ausbildungen absolvierten. Eine Grundvoraussetzung für die Interviews war eine Berufserfahrung von mindestens zehn Jahren, in den meisten Fällen waren die Therapeuten jedoch seit ca. zwanzig Jahren tätig. Drei der Therapeuten üben auch Lehrtätigkeiten im Bereich der Psychotherapie aus.

Die Länge der Interviews lag zwischen zehn und fünfundzwanzig Minuten, die Gespräche wurden mittels Tonband aufgezeichnet und später anonymisiert transkribiert.

Wie schon erwähnt wurden die Transkripte durch eine theoriegeleitete Analyse kategorisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel ist es, die Gespräche in ihrer Vielschichtigkeit zu erfassen und zu analysieren. Mayring (2010, S.11ff) weist darauf hin, dass es in der qualitativen Analyse darum geht, innerhalb von Kommunikation, mehr als nur den wortwörtlichen Inhalt zu beschreiben. Daher wurden die subjektiven Aussagen der Therapeuten in theoretische Grundlagen und Erkenntnisse eingebettet. Dadurch wurde versucht, Erfahrungen aus der Praxis in einen theoretischen Kontext zu setzen und den Gegenstandsbereich der Psychotherapie anschaulich darzustellen.

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste insgesamt neun Psychotherapeuten, die im Folgenden näher beschrieben werden:

Interviewpartner	Berufserfahrung	Methode	Arbeitsbereich
B1	40 Jahre	Individualpsychologische Psychotherapie	Kinder und Jugendliche
B2	36 Jahre	Personenzentrierte Psychotherapie; Psychoanalyse	Erwachsene, Kinder und Jugendliche
B3	19 Jahre	Individualpsychologische Psychotherapie	Erwachsene
B4	25 Jahre	Individualpsychologische Psychotherapie	Kinder und Jugendliche, deren Eltern
B5	35 Jahre	Individualpsychologische Psychotherapie	Erwachsene
B6	10 Jahre	Personenzentrierte Psychotherapie	Jugendliche und Erwachsene
B7	25 Jahre	Personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalyse	Erwachsene
B8	15 Jahre	Personenzentrierte Psychotherapie	Erwachsene
B9	13 Jahre	Personenzentrierte Psychotherapie	Erwachsene

4. Forschungsgegenstand

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, dem Beziehungsangebot und dem Arbeitsbündnis. Durch die Methode der theoriegeleiteten Analyse werden Interviewausschnitte direkt in die Theorie eingearbeitet, um so einen Bezug zur Praxis herzustellen und ein möglichst umfassendes Bild zu schaffen.

4.1. Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung beschreibt ein komplexes Wechselspiel zwischen zwei Personen in einem psychotherapeutischen Setting. Man versteht darunter die zwischenmenschliche Interaktion und Verbindung, die ein Therapeut und sein Klient innerhalb einer Psychotherapie eingehen. Die eine Person vertritt die Rolle des Klienten und kann somit als Hilfe suchend bezeichnet werden. Die andere Person übernimmt die Rolle des Therapeuten, dem die Fähigkeit zugeschrieben wird, den Klienten in seiner kritischen Lebensphase unterstützen zu können. Diese zwei Personen treten im Rahmen der Psychotherapie in Beziehung und vertreten in dieser klar ihre Rollen.

Die therapeutische Beziehung ist genau definiert und das Setting ist geprägt von vorgegebenen und klaren Rahmenbedingungen. Diese Rahmenbedingungen umschließen eine therapeutische Allianz mit Terminvereinbarungen, finanziellen Modalitäten, Krankenkassenverträgen wie auch anderen Gegebenheiten. „In jeder therapeutischen Beziehung [...] ist die Allianz zwischen Klienten und Therapeuten eine entscheidende Komponente des Veränderungsprozesses, indem sie die Grundlage für die Schaffung einer Atmosphäre der Sicherheit, der Zuversicht und des Vertrauens bildet“ (Marlatt et al., 2010, S.164).

Die folgenden Ausschnitte zeigen, dass die Abgrenzung des therapeutischen Settings und klar strukturierte Rahmenbedingungen in der Praxis unerlässlich sind und einen bedeutenden Stellenwert im psychotherapeutischen Handeln einnehmen. Hier gibt es einen eindeutigen Konsens zwischen Personenzentrierten und Individualpsychologischen Therapeuten, denn von beiden Seiten werden Rahmenbedingungen und die dadurch entstehende Eingrenzung der therapeutischen Beziehung als bedeutsam angesehen und im therapeutischen Alltag wahrgenommen:

B5: Also, es gibt klare Rahmenbedingungen. Also zwischen den Therapiestunden finden keine Gespräche statt. Also wir reden nur in der Therapie und zwischendurch gibt es nur Terminvereinbarungen und wenn es eine Krise gibt, dann besteht die Möglichkeit eine Therapiestunde einzuschieben. Aber Gespräche gibt es nur hier. Es gibt kein Gespräch am Telefon oder wir treffen uns nicht im Kaffeehaus oder sonst wo. Also es gibt, also es gibt klare Rahmenbedingungen [...]

B6: Also das Arbeitsbündnis einmal, das Setting. Was halt alles dazugehört, Rahmenbedingungen, Frequenz, Geld, Urlaubsverhalten, Absageregelung.

B8: Therapeutische Beziehung soll ich beschreiben. Also das ist etwas, das sich entwickelt zwischen Therapeut und KlientIn. [...] Und dann aber doch eine gewisse Abgrenzung sozusagen, dass das eben auf die Therapie eben beschränkt bleibt die Beziehung.

Innerhalb dieses Rahmens müssen die zwei Personen Therapeut und Klient nun versuchen, eine Beziehung aufzubauen, die als Grundlage für den therapeutischen Prozess dienen kann.

B5: (10sek) Naja (6sek) also die therapeutische Beziehung ist eigentlich das Um und Auf. Ist das tragende Element für das Gelingen einer Therapie. Also wenn die therapeutische Beziehung nicht passt, ich glaube, dann funktioniert es nicht.

Der Zugang zur therapeutischen Beziehung ist vonseiten des Therapeuten immer ein professioneller, denn es handelt sich zwar um eine persönliche Beziehung, nicht aber um eine Beziehung im Sinne von Freundschaft oder Ähnlichem. Die Ausschnitte zeigen wiederum die Präsenz und Wahrnehmung dieses Rahmens in der therapeutischen Praxis, der den psychotherapeutischen Prozess überhaupt erst ermöglicht:

B1: Es ist der Boden, auf dem die Psychotherapie sich abspielt, aber es ist natürlich eine sehr spezielle Beziehung. Nicht das, was man als Freundschaftsbeziehung bezeichnet.

B9: Es ist im Kontext eines Therapievertrages die Beziehung, die zwischen Klient/Patient und Therapeut besteht. Die ist völlig unterschiedlich. (6sek) Kommt auf die Personen an. Gestaltet sich völlig unterschiedlich.

Die Wahl dieser Interviewausschnitte zeigt sowohl Personenzentrierte wie auch Individualpsychologische Therapeuten. Hier ist klar zu erkennen, dass die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung in beiden Ansätzen eine klar professionelle ist, die immer in Bezug zum therapeutischen Setting gesetzt werden muss, obwohl Therapeut und Klient eine Bindung eingehen.

B4: Die therapeutische Beziehung (5sek) findet in einem bestimmten Rahmen und Raum statt, in einem gewissen Setting. Ist untrennbar für mich damit verbunden. (10sek) Ja, sie soll für den Patienten, Klienten den Raum eröffnen (...), sich (...) zeigen zu können, in seiner Sprache, in seinen inneren Fantasien. (10sek) Das sind für mich einmal so die Grundparameter.

B7: Anders als in einer Freundschaft oder in einer Privatbeziehung, da möchte ich auch etwas zurück kriegen. Und natürlich, der Therapeut kriegt ein Geld, nicht. Also insofern ist es nicht uneigennützig auch Therapie zu machen. Aber das, was sozusagen den, den Inhalt und den Prozess, den sozusagen den persönlichen Prozess betrifft, da glaube ich, da stellt sich der Therapeut in den Dienst des Klienten.

B7: Ich glaube, es geht um ein sehr korrektes, eigentlich, Verhältnis, nicht. Also als Therapeut ist man, also soll man sein sehr verlässlich im Sinne von Regelungen, die man schließt, sehr verlässlich einzuhalten. Und da zu sein und sich daran zu halten selber. Also ich glaube, dass da die therapeutische Beziehung von vielen dieser Grenzen da profitiert, weil es gerade diese Grenzen sind, die dann eine neue Freiheit möglich machen. Nämlich so eine Einigung, dass das ist ein Platz, in dem es um die Erfahrung des Klienten gehen kann. In dem sich beide damit beschäftigen und versuchen, das besser zu verstehen und versuchen im, im Denken und im Erleben und im Fühlen darüber, sozusagen das, das wachsen und öffnen zu lassen oder zu verändern und Platz zu machen dafür.

B8: (...) Auch wenn es am Anfang vielleicht schon einmal gleich irgend so eine Art von Sympathie oder vielleicht das Gegenteil davon, also Antipathie geben kann. Für mich ist wichtig, dass ich also für mich herausgefunden habe, also, das. Ich weiß nicht, ob das jetzt eine Begriffsdefinition ist. Das einfach immer eine Beziehung entsteht, ja. Ob sie gut ist oder schlecht ist. Die therapeutische Beziehung sollte natürlich irgendwie eine gute sein. Und für mich ergibt sich aber durch das Sich-näher-kennenlernen, also geht also eigentlich fast jede Beziehung in Richtung gute Beziehung, ja. Also es geht schon um sich kennenlernen, um Vertrauen aufbauen, dann dem Klienten oder der Klientin zu ermöglichen, auch Dinge auszuprobieren auch mal, sagen wir einmal ekelhaft zu sein und trotzdem akzeptiert zu werden. (5sek) Und dann aber doch eine gewisse Abgrenzung sozusagen, dass das eben auf die Therapie eben beschränkt bleibt die Beziehung.

Historisch betrachtet findet ein Zugang zur Bindung in der therapeutischen Beziehung schon bei Freud statt. Krysin-Exner et al. beziehen sich auf Freud (1912/1992), der „[...] vor allem in den Übertragungsphänomenen sowie in Freundlichkeit und Zuneigung „die Vehikel eines Erfolgs der Psychoanalyse [sah]“ (Krysin-Exner et al., 2000, S.138).

Der Wandel in der Psychotherapieforschung führte zu einer verstärkten Wahrnehmung der Therapeut – Klient Beziehung als maßgeblicher Wirkfaktor in der Therapie. „Hundreds upon hundreds of research studies convincingly demonstrate that the therapeutic relationship makes substantial and consistent contributions to psychotherapy outcome“ (Norcross, 2010, S.118).

Trotzdem ist zu bemerken, dass die therapeutische Beziehung zwar einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Prozess einnimmt, allerdings auch andere Faktoren maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg einer Therapie haben. „The treatment method, the individual therapist, the therapy relationship, the client, and their optimal combinations are all vital contributors to the success of psychotherapy“ (Norcross, 2010, S.114). Das ist auch den Ergebnissen der Interviews zu entnehmen. Die therapeutische Beziehung stützt sich immer auf die individuellen Fähigkeiten sowohl von Therapeut als auch vom Klienten, um eine Beziehung überhaupt eingehen und entstehen lassen zu können.

B3: Sie hängt von beiden ab. Also (7sek) darum habe ich vorher gesagt, so wie ich bin bin ich und das wirkt natürlich, löst bei jedem was anderes aus. Und der Patient löst bei mir etwas aus. [...] Es ist jeder Mensch einzigartig und so muss man bei jedem das immer ein anders gestalten. Ja und jeder geht auf das anders dann halt auch ein, das ist dann sein Beitrag.

B5: Ja, aber auch vom Patienten, nicht. Also wenn der Patient sagt, also das kann ich mir gar nicht vorstellen, dass man das halt auch respektieren muss.

B7: Das, das ich die als solche zulasse, nicht. Das ich einmal offen bin, dass das auch von der Person des anderen abhängt, wie diese Beziehung sich entwickelt. Und dass ich weiß, dass die Dinge sich verändern in dieser Beziehung und dass ich das beim anderen auch zulasse.

B8: Naja, sie hängt in dem Sinn davon ab, ob er das, ob er oder sie das annehmen kann, nicht, dieses Beziehungsangebot.

Der Therapeut sollte immer deutlich seine professionelle Haltung vertreten, da er in einer gewissen emotionalen Klarheit handeln können muss, um Therapie überhaupt erst zu ermöglichen. Gleichzeitig muss er aber dennoch einen Teil seiner selbst in die Beziehung einbringen, um diese gestalten zu können. Da Beziehung immer auf Wechselseitigkeit beruht, muss der Therapeut ebenso aktiv an der Beziehungsgestaltung arbeiten, wie der Klient diese überhaupt wahrnehmen und annehmen muss. „Yet the fact is that clients’ active involvement in the therapeutic process is critical to success“ (Bohart & Tallman, 2010, S.83). Ohne diese Voraussetzungen wird eine tragfähige therapeutische Beziehung nur schwer entstehen können.

B2: Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, die auf Vertrauen, auf wechselseitigem Vertrauen beruht (...) und (7sek) der Therapeut kann nur die Rahmenbedingungen für das Wachsen des Vertrauens bereitstellen, (8sek) aber Beziehung ist in jedem Fall etwas Wechselseitiges (..) in (..) das sowohl die Beziehungsfähigkeit des Klienten wie die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten miteingeht. (10sek) In der Psychoanalyse bezeichnet man das mit einem neueren Schlagwort als Intersubjektivität. (...) In dem Zusammenhang war der Carl Rogers vielleicht noch etwas bescheidener, er hat therapeutische Beziehung als das zur Verfügung-Stellen der therapeutischen Haltung des (..) des Therapeuten verstanden. (5sek) Aber ich würde halt einen Schritt weiter gehen zu sagen, es ist etwas, das auf Wechselseitigkeit beruht.

Beziehung ist immer Resultat einer gewissen Resonanz und so übernimmt der Therapeut mit all seinen Facetten wie seiner Grundhaltung, Erfahrung und auch Ausbildung einen wichtigen Teil in der Beziehung, wie man aus folgendem Zitat entnehmen kann: *Aber es hängt eben auch von der Persönlichkeit des Therapeuten ab. (B2)*

„Das beste theoretische und methodische Therapiekonzept kann jedenfalls nur dann voll wirksam werden, wenn es in eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut eingebettet ist, aus der heraus die Veränderung des Patienten in Gang kommt“ (Morschitzky, 2007, S.50).

Der Prozess des Klienten ist Kern der Therapie und die Beziehung zum Therapeuten bietet ihm die Möglichkeit, Zugang zu seinen eigenen Ressourcen zu finden. Die gewählten Beispiele zeigen den Wert der therapeutischen Beziehung. Auch wenn die Personenzentrierte und Individualpsychologische Theorie ein unterschiedliches Verständnis

voraussetzt, so geht es hier im Wesentlichen darum, dem Klienten durch und innerhalb einer Beziehungserfahrung einen Prozess zur Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen.

B1: Absolut (..) absolut, das So-Sein des Klienten in seinen (..) neurotischen Defiziten, aber auch in seinen Ressourcen, was ja in der Individualpsychologie ein Thema ist. In der Finalität seines Handelns, seines Lebensstils gestaltet er die therapeutische Beziehung und deswegen ist ja (..) auch die (..) Selbsterfahrung, dieses sich selber Kennenlernen etwas ganz zentrales, damit tatsächlich die (..) Beziehung vom Patienten gestaltet wird und der Therapeut dann mitgestaltet, aber (..) sie ist individualisiert auf den Patienten.

B5: (7sek) Naja, da ist es wichtig, dass der Patient Vertrauen gewinnt, dass er die Barrieren abbaut, dass er sich öffnet, dass das Schamgefühl, das natürlich am Anfang ganz stark da ist, dass das gelockert wird und das er halt Schritt für Schritt (6sek) mir Dinge erzählt, die er sonst nicht so leicht erzählen würde und die er wahrscheinlich noch niemandem erzählt hat und vielleicht sich auch selber nicht so leicht eingesteht.

B9: (7sek) Was ist mir wichtig bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung? Das sie tragfähig ist (5sek) das sie ermöglicht, das der Klient sich wirklich ohne Maske darstellen kann. Dass er mit der Zeit all das einbringen kann, was er sich selbst zugesteht und auch nicht zugesteht. Dass besonders das Moment der Scham groß ist. (7sek)

Der Therapeut muss in seiner Rolle gleichzeitig wertfrei und abgegrenzt bleiben, jedoch auch empathisch mitschwingen und in Beziehung bleiben, um auf den Klienten eingehen zu können. Dieses Da-Sein des Therapeuten bietet dem Klienten die Möglichkeit, sich auf eine Beziehung einzulassen. Aufgrund der Beziehung und der in dieser gemachten neuen Erfahrungen kann sich der Klient sicher fühlen, sich im therapeutischen Prozess zu zeigen.

Patienten benötigen ein Gesprächsklima, das den Erfolg der Therapie fördert, insbesondere wohlwollendes Verständnis, Akzeptanz als Mensch mit den konkret gegebenen Problemen, gegenseitiges Vertrauen und emotionale Geborgenheit. Über eine gute Beziehung zu einem Therapeuten finden die Patienten auch wieder eine bessere Beziehung zu sich selbst. (Morschitzky, 2007, S.50)

Der Therapeut muss die Fähigkeit besitzen, die Beziehung individuell an seinen Klienten anzupassen und ihm die Möglichkeit bieten, sein Selbst zu zeigen. Die gewählten Ausschnitte zeigen wiederum sowohl Personenzentrierte als auch Individualpsychologische Therapeuten. Sie verdeutlichen, inwiefern sich die Therapeuten auf die individuelle Erlebenswelt der Klienten einlassen müssen und diese sowohl kognitiv als auch emotional erfassen müssen, da dies einen maßgeblichen Einfluss auf die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung hat.

B1: Mhm. Ich verstehe es natürlich als Tiefenpsychologin. (..) Die therapeutische Beziehung gibt dem Patienten die Möglichkeit mit deinem Beziehungsmuster, mit seinen Beziehungserfahrungen auch die Beziehung zu seinem Therapeuten zu gestalten (..) und da er (..) alle Projektionen, Übertragungen einzubringen. Aufgabe des Therapeuten ist, diese (..) zu verstehen, zu erkennen und dem Patienten zu helfen, dass er (..) die (..) auch verstehen kann, also Individualpsychologisch gesprochen, seinen Lebensstil zu erkennen und den dann korrigieren zu können.

B2: Der XY und ich wir haben in einer früheren Arbeit einmal das Wort Vergewisserung verwendet. Also es ist ein wiederkehrendes Überprüfen, ob man den Klienten richtig verstanden hat. Und zwar nicht nur kognitiv, sondern auch emotional richtig verstanden hat.

B3: Es ist jeder Mensch einzigartig und so muss man bei jedem das immer ein anders gestalten. Ja und jeder geht auf das anders dann halt auch ein, das ist dann sein Beitrag.

B4: Bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung, was ist mir da wichtig? (10sek) Naja, dass das vor allem der Raum gegeben wird, dass der Patient seine Version und sein (...) seine innere Vorstellung von Beziehung einmal entfaltet und zu den Aufgaben der TherapeutIn gehört eben dann zu einzuschätzen, wo dabei Unterstützung notwendig ist, dass eben dieses Sich Zeigen und dieses Einlassen und eine Beziehung, eine therapeutische Beziehung eingehen stattfinden kann. Also ich sehe das als (4sek) ganzheitliche Aufgabe das Entwickeln zu helfen. Und ganz individuell wird dann eben diese Entwicklung je nach den Ressourcen des Menschen einzigartig, unverwechselbar in diesem Rahmen stattfinden und sich eben entfalten und zeigen können.

Die Aussagen dieser Therapeuten bestätigen, dass innerhalb der therapeutischen Beziehung der Klient in seiner einzigartigen Persönlichkeit gesehen und wahrgenommen werden muss. Der Therapeut muss dem Klienten Möglichkeit und Raum bieten, sich zu zeigen und innerhalb der Therapie zu öffnen. Da die Therapie meist auf Krisen, Traumata oder Ähnlichem basiert, beinhaltet sie in der Regel Themen, die mit starken und unangenehmen Gefühlen einhergehen. Auf Basis der Beziehung zum Therapeuten kann der Klient dann Zugang zu diesen Themen finden und diese bearbeiten.

B3: Und die Bereitschaft, dort hinzuschauen, wo es weh tut. Also wo das, wo mögliche Ursachen für (4sek) bestimmte Zustandsbilder sein können.

B5: (7sek) Naja, da ist es wichtig, dass der Patient Vertrauen gewinnt, dass er die Barrieren abbaut, dass er sich öffnet, dass das Schamgefühl, das natürlich am Anfang ganz stark da ist, dass das gelockert wird und das er halt Schritt für Schritt (6sek) mir Dinge erzählt, die er sonst nicht so leicht erzählen würde und die er wahrscheinlich noch niemandem erzählt hat und vielleicht sich auch selber nicht so leicht eingesteht.

Die tragfähige Beziehung gibt dem Klienten demnach Sicherheit und Vertrauen für den therapeutischen Prozess mit all seinen Aspekten. Da dieser Prozess ebenso von Krisen und Konflikten begleitet werden kann, ist hierbei wieder die Beziehung als Fundament zu sehen, auf dem Entwicklung im Sinne von Wachstum und Heilung passieren kann. Die therapeutische Beziehung bildet zwar eine Konstante, ist aber durch einen ständigen Prozess gekennzeichnet, in welchem sie einer Veränderung unterliegt und sich in unterschiedlichen Phasen entwickelt. Sie gründet darauf, dass es Phasen der Veränderung und Entwicklung gibt, um dem Klienten eine sichere Basis zu bieten, auf der ein therapeutischer Prozess überhaupt erst möglich wird. „Es ist eine der zentralsten therapeutischen Aufgaben, mit einer flexiblen, individuell passenden Behandlungsplanung

die Entwicklung der therapeutischen Beziehung von Anfang an optimal zu fördern, um ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu erreichen“ (Küchenhoff, 2009, S.108).

B4: Ganz individuell, ja. (...) Ja, ja auch die Sprache und Ausdrucksmöglichkeit und nicht nur die gesprochene Sprache, sondern eben alles. Die ganze Erscheinung, Körper (...). Was sich eben sonst noch mitteilt, würde ich das halt so sagen, nicht. Also unter Anführungszeichen auch als fast als Terminus, was sich halt zeigt auch, ist Thema.

Um der Individualität seines Klienten gerecht zu werden muss der Therapeut die Fähigkeit besitzen, ihn mit all seinen Facetten wahrzunehmen und auch nonverbale Inhalte zu erkennen. Der Therapeut muss sich in die innere Erlebenswelt des Klienten einfühlen, dies authentisch und kongruent ausdrücken können und so wiederum die Basis für heilende Prozesse bieten können. Der Therapeut muss sich auf die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse einstellen und diese sozusagen assoziiert nachfühlen können. Entscheidend hier ist dann, dass er aus diesem Einfühlen wieder aussteigt, um den therapeutischen Prozess dissoziiert wahrnehmen zu können. Die Fähigkeit, in die Gefühlswelt des Klienten einsteigen, aber auch wieder aussteigen und dessen Erfahrungswelt aus seiner Position betrachten zu können, ist ein entscheidender Punkt für die Rolle des Therapeuten.

Horvath et al. (2011; S. 9ff) bemerken, wie auch im Zuge der bisherigen Ausführungen schon deutlich geworden ist, dass die therapeutische Beziehung die Qualität der Partnerschaft und der wechselseitigen Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient repräsentiert, jedoch fügen sie ferner ausdrücklich hinzu, dass sie nicht als Ergebnis einer einzelnen Intervention gesehen werden darf. Sie ist ein Prozess, der durch Veränderung geprägt ist und sich über einen bestimmten Zeitraum entwickelt. Die therapeutische Beziehung ist abhängig von den zwei Personen, die miteinander in Kontakt treten und diese gestalten. Die Resonanz, die hierbei entsteht, ist Grundlage für eine stabile Beziehung und somit ist das, was zwischen den Personen geschieht, ein ausschlaggebender Punkt für die Therapie und nimmt einen größeren Stellenwert ein als die therapeutische Schule selbst.

B7: Therapeutische Beziehung (4sek) das ist alles für mich. Das ist ein Prozess, der sich über die Zeit verändert und das ist alles, was zwischen Therapeut und Klient stattfindet. Und zwar nicht nur an Handlung und an Ausgedrücktem, sondern auch an (...) Emotionen und Gedanken und Vorstellungen und Wünschen und vielleicht auch sozusagen an Phantasmen, nicht. Weil ein Klient stellt man sich schon vor, bevor man ihn überhaupt sieht, nicht. Und auch das kann man schon therapeutische Beziehung nennen und auch der Klient, nicht. Also es ist nicht nur das, was in der Therapie dann stattfindet, sondern auch, was mit dem Therapeuten sozusagen als vorgestellten Therapeuten dann vielleicht zwischen den Sitzungen dann passiert. (5sek) Ist aber das, was, ich glaube jenseits von (...) wahrscheinlich Therapietheorie stattfindet zwischen den Personen die da involviert sind in der Therapie als Beziehung.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird deutlich von den von Rogers postulierten Grundhaltungen wie empathisches Verstehen, Echtheit und positiver Wertschätzung beeinflusst. Die therapeutische Grundhaltung schwingt in der Beziehung mit, darf aber nicht als starres Konstrukt gesehen werden. Die nun angeführten Beispiele zeigen Personenzentrierte Therapeuten (B2 und B7), die jedoch beide des Weiteren zusätzlich eine analytische Ausbildung absolviert haben. Die Grundaussagen beziehen sich auf die oben genannten Werte, werden hier jedoch praxisnah erläutert.

B2: Der Trick an der Geschichte ist der, er muss nicht alles ausdrücken, was er fühlt, aber was er ausdrückt muss echt sein. [...] Aber, aber wenn ich etwas ausdrücke, muss das was ich ausdrücke mit meinem inneren Empfinden übereinstimmen.

B7: Und jetzt möchte ich aber doch etwas Spezifisches sagen dazu. Ich glaube, dass letztlich diese Begriffe und ich weiß, dass das besonders Personenzentriert - da geht es dann immer um Empathie und Kongruenz und Echtsein und bedingungsloses Akzeptieren. Ich glaube, die sind nur Metaphern. Und dass man immer wieder den Fehler, das ist ja etwas Verlockendes, die, diese Landkarte an Metaphern dann mit der Realität zu verwechseln. Die stehen ja immer nur für etwas und ich glaube, dass es da leicht ist, so Schlagworte dann zu verwechseln mit dem wirklichen, also was wirklich passiert. Dass die therapeutische Beziehung so das ausschlaggebende ist, dass in der Therapie stattfindet und wie, wie eben die Heilung oder Besserung oder Änderung stattfinden kann. Ich glaube, das steht außer Frage. Und dann gibt es eben halt verschiedene Begrifflichkeiten, die man verwenden kann dafür, die aber letztlich auch irgendwie abhängen voneinander und die, wenn man so isoliert dann betrachtet wahrscheinlich auch etwas von ihrer eigentlichen Bedeutung auch immer verlieren. Und insofern, ich glaube, das ist ein bisschen was von dem Lernen über Therapie, das ich bei mir selber gesehen habe. Dass man sozusagen, ein bisschen eine (4sek) man lernt, diese Leichtgläubigkeit, die, diese Begrifflichkeiten zu hinterfragen.

Dies bestätigt, dass der Therapeut einen wichtigen Part in der therapeutischen Beziehung übernimmt und maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung dieser nimmt. Hier steht vor allem die individuelle Entwicklung, die der Therapeut durchlebt, im Vordergrund und zeigt, inwiefern eine reflektierte Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen das Handlungsspektrum erweitern kann, was wiederum im Dienste einer individuellen Beziehungsgestaltung steht.

Da die Beziehung aber immer abhängig von beiden involvierten Personen ist, nimmt auch die Beziehungsfähigkeit des Klienten Einfluss: *Also sein Part ist, wie gestaltet er die Beziehung. Davon hängt es dann ab. (B3)*

B6: (10sek) Naja, eine Beziehung ist immer von beiden, von beiden, die diese Beziehung eingehen, abhängig. (...) Die Möglichkeit, Kontakt herzustellen zum Beispiel ist ja eines der Basisvariablen, um überhaupt in eine therapeutische Beziehung hineingehen zu können.

Bordin (1979) in Kryspin-Exner et al. (2000, S.138) sieht folgende Punkte als Voraussetzung für eine gelungene therapeutische Allianz:

- die Übereinstimmung von Klient und Therapeut hinsichtlich der Aufgaben,

- die Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele und
- die Bindung.

Dies bildet die Grundlage für die Qualität und Intensität der Beziehung und bedingt in weiterer Folge deren Tragfähigkeit und somit die mögliche Effektivität der Therapie. „Die beste Psychotherapie ist jene Vorgangsweise, wobei der Patient über eine gute Beziehung zu Therapeuten sich selbst wieder mehr zu vertrauen lernt und die Beziehung zu sich selbst verbessert“ (Morschitzky, 2007, S.50). In diesem Zusammenhang bestätigt das folgende Zitat die vielschichtige Bedeutung der Bindung in der therapeutischen Beziehung: *Also es ist ein wiederkehrendes Überprüfen, ob man den Klienten richtig verstanden hat. Und zwar nicht nur kognitiv, sondern auch emotional richtig verstanden hat. (B2)*

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, veröffentlichte eine Arbeitsgruppe der *American Psychological Association* einige Meta-Analysen zum Thema der therapeutischen Beziehung und fasste Elemente, die diese ausmachen, zusammen. In Bezug auf Norcross (2010, S.118ff) werden im Folgenden nun diese Elemente näher beschrieben. Einen großen Stellenwert in der therapeutischen Beziehung nimmt die *Empathie* vonseiten des Therapeuten ein. Hier ist auch heute noch der große Einfluss Carl Rogers und seiner Definition von Empathie zu sehen: „Empathy ist the therapist’s sensitive ability and willingness to understand client’s thoughts, feelings, and struggles from their point of view“ (Rogers, 1957, S.98). Empathisches Verstehen heißt, die private Welt des Klienten zu verstehen und dies auch mit dem Klienten kommunizieren zu können. Norcross (2010, S.119) sieht den Zusammenhang von Empathie und Therapieerfolg darin, dass sie eine positive Funktion in der Therapie übernimmt, emotionale Erfahrungen unterstützt, die Exploration fördert und die Selbstheilung beim Klienten unterstützen kann. Das empathische Verstehen erleichtert den Zugang zur inneren Welt des Klienten. Doch auch hier ist wiederum anzumerken, dass es in der Praxis nicht ausreichend ist, sich auf eine Basisvariable allein zu stützen:

B6: (8sek) Das ist jetzt gar nicht so leicht. Warum, das kann ich auch gleich dazu sagen, weil es im Prozess der Therapie ganz ganz unterschiedlich auf einmal Erfordernisse sein können, ja. Wo es anfangs im Beziehungsaufbau möglicherweise die Empathie ist kann aber der Prozess in die Richtung laufen, dass es auf einmal ganz etwas anderes im Vordergrund notwendig ist. Das hängt immer davon ab, erstens einmal, wo im Prozess die Beziehung steht und was gerade, was gerade im Moment in der therapeutischen Situation einfach notwendig ist.

Ein weiteres wichtiges Element der therapeutischen Beziehung ist das Arbeitsbündnis (*alliance*), das sich immer auf die Qualität und Stärke der Beziehung zwischen Therapeut und Klient bezieht und z.B. Einigkeit über die therapeutischen Ziele beinhaltet. Dieser Aspekt der therapeutischen Beziehung wird später noch genauer erörtert. Als weitere wichtige

Punkte wurden in den Interviews die Einigkeit über die Ziele (*goal consensus*) wie auch die Zusammenarbeit (*collaboration*) erkannt bzw. genannt. Ersteres bezieht sich auf die Abmachung zwischen Therapeut und Klient bezüglich der Behandlungsziele und Erwartungen. Zweiteres meint die Zusammenarbeit innerhalb der therapeutischen Beziehung und beinhaltet, dass der Therapeut zeigt, dass er die Therapie als Gemeinschaftsarbeit sieht und ein gewisses Maß an Zusammengehörigkeit erzeugt. Nach Norcross (2010, S.123) sind all diese Punkte nachweislich effektiv für die therapeutische Beziehung, wobei es sieben weitere Punkte gibt, die vermutlich ebenso einen großen Stellenwert einnehmen, allerdings weniger erforscht sind. Ich möchte hier nur auf zwei weitere Elemente eingehen, für die sich wiederum Rogers Forschung verantwortlich zeigt, nämlich die bedingungslose Beachtung und die Echtheit.

Die bedingungslose positive Beachtung (*positive regard*) ist gekennzeichnet durch eine wertschätzende Akzeptanz der Erfahrungen der Klienten. In diesem Sinne ist es wichtig, den Klienten mit all seinen Facetten anzunehmen und Verhalten von der Person trennen zu können. *Ja, ich bin, ich bin halt da und ich höre zu und ich werte nicht. Also es wird nicht gewertet und es wird nicht kritisiert. (B5)*

Des Weiteren nimmt die Kongruenz und Echtheit (*congruence/genuineness*) einen bedeutsamen Platz in der therapeutischen Beziehung ein. Diese Begriffe wurden ebenso von Rogers geprägt und beschreiben das Einbringen des Therapeuten in die Beziehung und seine Fähigkeiten, seine eigene Persönlichkeit gegebenenfalls einzubringen. In der Praxis sind diese Variablen in Beziehung zu einander zu setzen und sind Teil der therapeutischen Grundhaltung:

B2: (10sek) Naja, da kommen die Schlagworte vom Rogers ins Spiel, nicht? Also neben der Empathie gehts um Echtheit (...) um Akzeptieren (...) und im Zusammenhang mit der Echtheit auch um Transparenz, das, was der Therapeut ausdrückt, muss mit dem übereinstimmen, was er fühlt.

Auch in der Forschung wurde erkannt, dass Rogers Bedingungen *empathy, positive regard, congruence* in Zusammenhang gesehen und gesetzt und nicht einzeln voneinander geprüft werden.

B7: Echtheit. Ich glaube, dass Empathie letztens eine Echtheit voraussetzt und glaube sozusagen, dass eine Empathie ohne Echtheit nicht geht. Und so sehe ich es als, ich denke, da fällt es mir dann schwer sozusagen, eins vom anderen zu trennen.

Ebenso ist das, was der Therapeut tut, auch immer untrennbar mit der Therapie verbunden und beeinflusst diese. Dies ist in dem Sinne zu betrachten, dass das, was jemand tut und wie er es tut, immer in Zusammenhang steht. Die therapeutische Methode muss dementsprechend immer in dem Kontext gesehen werden, in welchem sie angeboten wird.

Norcross (2010, S.133) bemerkt, dass die therapeutische Beziehung einen signifikanten Beitrag für den Erfolg einer Psychotherapie leistet.

B3: Und es gibt wunderbare Untersuchungen aus neuerer Zeit, dass das was in der Therapie wirkt nämlich die Beziehung ist und nicht die Schule, der Hintergrund. Es gibt nämlich jetzt sogar schon Untersuchungen, die belegen, dass die Beziehung besser wirkt als Medikamente [...]

Wird die therapeutische Beziehung an spezielle Bedürfnisse der Klienten angepasst, so kann sich die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen verbessern. Aktives Überwachen der Qualität der therapeutischen Beziehung verbessert das Arbeitsbündnis und reduziert negative Ergebnisse. Die therapeutische Beziehung und die Effektivität einer Therapie geht Hand in Hand mit der Behandlungsmethode, dem Charakter des Klienten und mit den Qualitäten des Therapeuten (Norcross 2010, S.133).

Durchgängig kann daher gesagt werden, dass jede Form der Therapie eine bestimmte Art von Beziehung beinhaltet und Messungen über die therapeutische Beziehung immer deren Bedeutung für den therapeutischen Erfolg bestätigen. „If the relationship is the main active ingredient, then it is understandable that any treatment approach can be effective [...]“ (Stiles, 2006, S.64)

Der Stellenwert der therapeutischen Beziehung ist dabei auch immer abhängig von der Therapierichtung. Dass die therapeutische Beziehung einen sehr großen Platz einnimmt, ist unumstritten, allerdings ist sie für die eine Richtung eine *notwendige*, für andere jedoch die *entscheidende* Voraussetzung für die Effektivität einer Therapie.

4.1.1. Das Beziehungsangebot

Das Verständnis vom Mensch als Person und die therapeutische Beziehung sind grundlegende Bestandteile von Rogers Theorie. Dies zeigt sich auch in der Bezeichnung des von ihm entwickelten psychotherapeutischen Ansatzes, der sich in der Zeit von 1942 – 1975 von non-direktiv zu klientenzentriert und schließlich zu Personenzentriert wandelte. Im Personenzentrierten Ansatz nimmt die therapeutische Beziehung einen großen Stellenwert ein und bezieht sich vor allem auf das Beziehungsangebot des Therapeuten.

B2: Das würde eigentlich ganz gut zum Rogers passen. Wie gesagt er hat das, er hat Beziehung vielleicht noch etwas bescheiden als das Beziehungsangebot des Therapeuten verstanden.

Die Personenzentrierte Psychotherapie vertritt ein humanistisches Weltbild, sieht den Menschen als eine In-Beziehung-stehende Person und beschäftigt sich mit gegenwärtigen

Problemen des Klienten. *Ich glaube, dass es die große Freiheit von so einem humanistischen oder personzentrierten Verständnis der Therapie, dass es so von der Person des anderen abhängt. Und dass es keine Schablone ist, die schon besteht, bevor der Andere eigentlich einmal er oder sie selber sein kann. (B7)*

Aufgrund der Annahme, dass in der Vergangenheit erlebte Verletzungen und Erfahrungen innerhalb neuer Beziehungen auftreten und akut werden können, werden in der Therapie aktuelle Themen besprochen. Hier steht das Beziehungsangebot des Therapeuten im Mittelpunkt, der seinem Klienten unterstützend zur Seite steht und ihm dadurch eine Beziehungserfahrung ermöglicht, dass er ihm wertschätzend, kongruent und authentisch entgegentritt, während er versucht, in die Welt des Klienten einzutreten und diese wahrzunehmen. Die folgenden Ausschnitte zeigen sowohl Personenzentrierte wie auch Individualpsychologische Therapeuten. Auf beiden Seiten gibt es ein grundlegendes Verständnis des Beziehungsangebotes als Teil der Psychotherapie.

B1: Jede Psychotherapie ist ein Beziehungsangebot, es gibt keine Psychotherapie ohne Beziehung.

B3: Therapie ist gleich Beziehungsangebot.

B7: Das Beziehungsangebot, das ist für mich sozusagen die Offenheit des Therapeuten und auch die kommunizierte Offenheit und die aktiv angebotene Offenheit an den Klienten. Das so etwas, zu einer Beziehung werden zu lassen auch, wo Personen involviert sind und nicht nur ein Patient sozusagen und ein Experte.

Die Eckpfeiler der Personenzentrierten Grundhaltung bilden Authentizität, bedingungsfreie Wertschätzung und Empathie. Carl Rogers beschäftigte sich stark mit der Rolle des Therapeuten und formulierte die *necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen werden, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzbar oder ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet eine bedingungslose positive Zuwendung dem Klienten gegenüber.
5. Der Therapeut empfindet ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und ist bestrebt, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen.

6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungslosen positiven Zuwendung des Therapeuten dem Klienten gegenüber wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht (Rogers, 1957, S.95).

Die Punkte 3-5 bilden für den Therapeuten die Basis, aus der heraus er ein Beziehungsangebot leisten kann. Somit kann ein Beziehungsangebot nur dann entstehen, wenn es sich aus eben dieser therapeutischen Grundhaltung entwickeln kann. Wie jedoch schon im vorigen Kapitel erwähnt wird, ist dies als Orientierung für den Therapeuten zu verstehen. Das Beziehungsangebot in der Personenzentrierten Therapie ist immer in Verbindung mit der oben genannten therapeutischen Grundhaltung zu sehen und wird durch diese definiert. Allerdings muss das therapeutische Handeln an die Individualität des Klienten angepasst und in Bezug zur Einzigartigkeit einer Therapie gesetzt werden.

B4: Ganz individuell, ja. (3sek) Ja, ja auch die Sprache und Ausdrucksmöglichkeit und nicht nur die gesprochene Sprache, sondern eben alles. Die ganze Erscheinung, Körper (3sek) Was sich eben sonst noch mitteilt würde ich das halt so sagen, nicht.

B6: Ja, ja. Aber wenn man eben diese Basisvariablen am Anfang vom Rogers ganz ernst nimmt, dann war es für mich am Anfang halt oft so, dass ich dann fast ein bisschen zu zurückhaltend war und mittlerweile, ja. Man muss wirklich seine Sprache finden, seinen Weg finden, seine Landschaft finden.

B7: Genau, eigentlich, nicht, Dinge die so dazwischen und im Miteinander entstehen und wachsen und verschieden sind von den Leuten, die beteiligt sind.

Der Personenzentrierte Ansatz beschäftigt sich mit der realen Beziehung zwischen Therapeut und Klient und macht diese zum Kern der Therapie. Es ist die Beziehungserfahrung an sich, die den Veränderungsprozess des Klienten bedingt und zur Entwicklung der Persönlichkeit beiträgt. „Der Mensch kann das eigene Leben und Zusammenleben in befriedigender Weise gestalten, indem er sich selbst zunehmend genauer zu verstehen sucht und sich in diesem kontinuierlichen Fluss seines Erlebens mit immer weniger Abwehr öffnet“ (Schmid, 2009, S.144). Dieser Prozess wird durch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient genährt und dadurch wird Veränderung möglich.

B6: Ich glaube, ja, das sind die, diese heilenden Momente sage ich immer, die in so Therapien stattfinden können. Und wenn die so, so Teil des Prozesses auch waren, das kann manches Mal so eine einmalige Sache sein, aber sehr etwas Intensives und das was einfach so spürbar für sie war. Das bindet dann auch in irgendeiner Weise, das macht dann einfach dieses, ja, wenn ich etwas brauche, dann kann ich da wieder hin.

Die Personenzentrierte Theorie sieht den Menschen sowohl in seiner Individualität und Selbstständigkeit als auch in Zusammenhang mit dessen Beziehungsangewiesenheit. „Die

Beziehung von Person zu Person wird dabei als Begegnung verstanden, d.h. als unmittelbares Geschehen auf personaler Ebene, das auf bestimmten ethischen, anthropologischen und erkenntnistheoretischen Voraussetzungen beruht.⁶ Das Beziehungsangebot und die Beziehung zwischen Therapeut und Klient sind sowohl Basis als auch Kern des therapeutischen Prozesses. Die folgenden Beispiele zeigen wiederum Aussagen von sowohl Personenzentrierten wie auch Individualpsychologischen Therapeuten. Das Beziehungsangebot ist demnach in beiden Richtungen Teil des therapeutischen Prozesses und übernimmt einen wichtigen Part im therapeutischen Handeln.

B1: Jede Psychotherapie ist ein Beziehungsangebot, es gibt keine Psychotherapie ohne Beziehung (5sek) Es ist der Boden, auf dem die Psychotherapie sich abspielt, aber es ist natürlich eine sehr spezielle Beziehung.

B3: Also ich gebe mich, also mein Angebot ist es (4sek) für dieses da zu sein. [...] Therapie ist gleich Beziehungsangebot. Also (5sek) also jede Form der Therapie, auch Verhaltenstherapie, ist ein Beziehungsangebot. Auch wenn die das nicht hören wollen oder sich schwer tun, das zu akzeptieren. Es weicht, es weicht Gott sei Dank eh auf, aber die Therapie ist deswegen erfolgreich, weil es gelingt, ein Beziehungsangebot zu etablieren.

B5: Das Beziehungsangebot, da würde ich mehr die emotionale Ebene (5sek) darunter verstehen, also da, das würde ich mehr so verstehen, also, du kommst mit deinen Problemen und du breitest sie auf und ich bin offen, also. Du bist ehrlich zu mir und ich bin ehrlich zu dir. Also du zeigst mir deine Probleme und lügst mich nicht an oder nur manchmal. Und ich, und ich gebe mein Bestes, dich zu verstehen und dir zu helfen.

Während in anderen Therapierichtungen methodenspezifisch gearbeitet wird, steht hier die Person und deren Beziehungserfahrungen im Mittelpunkt. Die Aktualisierungstendenz kann als Voraussetzung für das Vertrauen des Therapeuten in das selbstbestimmte Handeln des Klienten gesehen werden. Dieses Vertrauen lässt den Therapeuten authentisch, kongruent und einfühlsam ein Beziehungsangebot machen, auf das sich in weiterer Folge eine dialogische Beziehung aufbauen kann.

Besonders wichtig im Personenzentrierten Ansatz ist die zwischenmenschliche Begegnung, in der der Klient als Person wahrgenommen wird und der Therapeut versucht, dessen Wirklichkeit zu verstehen und in diese einzutauchen.

B7: Aber das, was sozusagen den, den Inhalt und den Prozess, den sozusagen den persönlichen Prozess betrifft, da glaube ich, da stellt sich der Therapeut in den Dienst des Klienten.

Der Therapeut soll die Welt des Klienten assoziieren und dadurch verstehen, wie dessen Erlebenswelt von ihm wahrgenommen und bewertet wird. Durch seine Grundhaltung mit den

⁶ Schmid, 2002, Vortrag, <http://apg.ips.at/upload/artikel/paper-pca.pdf>; 11.08.2011

Faktoren Authentizität, bedingungsfreie Wertschätzung und Empathie versucht der Therapeut für den Klienten als Person erreichbar zu sein und eine Beziehung zu ermöglichen.

B6: (8sek) Das Beziehungsangebot ist auch eine Sache, die sich meiner Meinung nach im Prozess entwickelt, ja. So etwas, wie, wo, was ist es genau, was er gut nehmen kann, was er braucht. Und ihn auch einzuladen, das brauchen schon sehr viele, vor allem die, die sich nicht so viel trauen. Vielleicht dieser Konjunktiv, würdents gern einmal oder wollen Sie gerne einmal das probieren oder wie schaut es denn aus, könnten sie Sich vorstellen. Also dieses, ist schon etwas, was auch ein Angebot ist, auch in der Beziehung ein Angebot, aber ihm dann die Zügel in der Hand zu lassen und er entscheidet, wie auch immer ist jetzt gut und was er jetzt möchte. Aber das bewusste Anbieten, bin ich draufgekommen, ist, ist sehr erleichternd für den Klienten.

Rogers sah die Beziehung als Begegnung zwischen zwei Menschen und setzte das Verständnis voraus, den Menschen als Person zu sehen. Der zwischenmenschliche dialogische Austausch ist ein Wechselspiel mit einem gegenseitigen Annehmen und Respektieren als Personen, bei dem im therapeutischen Setting immer die Erlebenswelt des Klienten im Vordergrund steht.

B2: Natürlich, wobei das Akzeptieren bezieht sich auf das Hier und Jetzt, ja. Wenn mir ein Klient erzählt, dass er seinen Sohn geschlagen hat, da bin ich nicht einverstanden. Aber in dem Moment, in dem er das Hier und Jetzt erzählt, versuche ich ihn mit seiner Erzählung jetzt zu akzeptieren.

B7: Das ich einmal offen bin, dass das auch von der Person des anderen abhängt, wie diese Beziehung sich entwickelt. Und das ich weiß, dass die Dinge sich verändern in dieser Beziehung und dass ich das beim anderen auch zulasse. [...] Und ich glaube, dass, das gute Therapie überhaupt auszeichnet, nicht. So wie guten Therapeuten, die das irgendwie so machen, wie sie das halt am besten können letztlich, dass es etwas sehr Persönliches auch jeweils für den Klienten ist und unterschiedlich von Klient zu Klient. [...] Also, der X, den ich erwähnt habe, der hat mir gesagt, das Wichtigste, das ist zunächst einmal eine gemeinsame Sprache zu finden, nicht, mit dem anderen. Und die ist von Person zu Person verschieden, ja.

Der Therapeut kann den Klienten in dessen Eigenständigkeit wahrnehmen, seine Selbstbestimmtheit bewusst anerkennen und dadurch dem Klienten ein Sich-öffnen in dieser Beziehung ermöglichen. Der Therapeut ist im Augenblick der Therapie gegenwärtig authentisch und präsent, was ein Beziehungsangebot überhaupt erst ermöglicht. Er ist offen für die innere Welt des Klienten und hilft ihm, Zugang zu seinen eigenen Ressourcen zu bekommen. „Präsenz heißt, authentisch als Person zu sein, ganz selbst und ganz offen, ganz das Individuum, das ich bin und ganz die Beziehung, die ich bin.“⁷

⁷ Schmid, 2002, Vortrag, <http://apg.ips.at/upload/artikel/paper-pca.pdf>; 11.08.2011

Personenzentriert arbeiten bedeutet, die persönliche Entwicklung des Klienten durch eine zwischenmenschliche Begegnung und einer daraus entstehenden Beziehung zu fördern. In der Personenzentrierten Therapie wird ressourcenorientiert gearbeitet, da beim Klienten vorausgesetzt wird, auf innere Potenziale zurückgreifen zu können. Die grundlegende Fähigkeit und auch die Tendenz zur Selbstverwirklichung werden durch die Begegnung zwischen Therapeut und Klient gefördert. Der Mensch als Person handelt in diesem Verständnis autonom, selbstverantwortlich und beziehungsorientiert. Die therapeutische Beziehung wird hier nicht als Grundlage für die therapeutische Arbeit angesehen, sondern die Beziehung selbst ist die Therapie. „Personzentrierte Psychotherapie verwendet die Beziehung nicht, um etwas damit zu bewirken. Beziehung ist nicht Mittel zum Zweck, sondern das Wesentliche der Therapie“ (Schmid, 2009, S.144).

B4: Also ich sehe das als (4sek) ganzheitliche Aufgabe das Entwickeln zu helfen. Und ganz individuell wird dann eben diese Entwicklung je nach den Ressourcen des Menschen einzigartig, unverwechselbar in diesem Rahmen stattfinden und sich eben entfalten und zeigen können.

Die ressourcenorientierte Perspektive des Personenzentrierten Ansatzes verzichtet auf Diagnosen und stützt sich auf eine Theorie der Persönlichkeitsentwicklung. Dadurch wird sie für alle Personen anwendbar, unabhängig von einem bestimmten Störungsbild. Der Mensch als eine in Beziehung stehende Person kann im Dialog und in der Begegnung mit dem Therapeuten den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung beginnen und durchleben. Der Mensch reift durch die Begegnung mit anderen und entwickelt erst dadurch seine Persönlichkeit. Das Beziehungsangebot des Therapeuten gibt dem Klienten die Möglichkeit, er selbst zu werden, denn durch das In-Beziehung-sein mit dem Therapeuten, in dem dieser kongruent, authentisch und wertschätzend in die Welt des Klienten eintaucht, kann er lernen zu verstehen, was seine Persönlichkeit ausmacht. Die Beziehung ist der ausschlaggebende Punkt, wodurch die im Klienten angelegte Persönlichkeit zum Vorschein kommt und wachsen kann. All die Fähigkeiten des Klienten, die zu seiner Entwicklung beitragen, sind als Voraussetzung gegeben, bedürfen aber der Beziehung, um sich zu entfalten.

B4: Naja, dass das vor allem der Raum gegeben wird, dass der Patient seine Version und sein (3sek) seine innere Vorstellung von Beziehung einmal entfaltet und zu den Aufgaben der TherapeutIn gehört eben dann zu einzuschätzen, wo dabei Unterstützung notwendig ist, dass eben dieses sich Zeigen und dieses Einlassen und eine Beziehung, eine therapeutische Beziehung eingehen stattfinden kann.

Aber auch in der Individualpsychologischen Psychotherapie steht eine ressourcenorientierte Sichtweise im Raum, was durch folgendes Zitat belegt werden kann:

B1: Absolut (..) absolut, das So-sein des Klienten in seinen (..) neurotischen Defiziten, aber auch in seinen Ressourcen, was ja in der Individualpsychologie ein Thema ist. In der Finalität

seines Handelns, seines Lebensstils gestaltet er die therapeutische Beziehung und deswegen ist ja (.) auch die (..) Selbsterfahrung, dieses sich selber Kennenlernen etwas ganz zentrales, damit tatsächlich die (.) Beziehung vom Patienten gestaltet wird und der Therapeut dann mitgestaltet, aber (..) sie ist individualisiert auf den Patienten.

Neben dem Klienten durchlebt auch der Therapeut eine Persönlichkeitsentwicklung, die mit seiner Rolle als Therapeut einhergeht. „Auch die Ausbildung zum Psychotherapeuten wird als Persönlichkeitsentwicklung verstanden“ (Schmid, 2009, S.145). Dies wird hier als Prozess angesehen, in dem die Fähigkeit entwickelt wird, das Hier und Jetzt bewusst zu leben und wahrzunehmen. Durch diese Fähigkeit wird ein authentisches Beziehungsangebot vonseiten des Therapeuten erst möglich. Stiles (2006) sieht folgendes als notwendig für den Personenzentrierten Therapeuten: „(1) be yourself; (2) trust the client; and (3) listen“ (Stiles, 2006, S.66).

B2: [...] natürlich geht es primär um den Klienten und nicht um meine Geschichte und nicht um meine Mitteilungen, aber es geht sehr stark darum, dass das mich mich soweit in der Beziehung zum Klienten zeige, dass er, dass das Vertrauen wachsen kann und dass er sich weiter öffnen kann. [...] Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, die auf Vertrauen, auf wechselseitigem Vertrauen beruht (...) und (7sek) der Therapeut kann nur die Rahmenbedingungen für das Wachsen des Vertrauens bereitstellen (8sek) aber Beziehung ist in jedem Fall etwas Wechselseitiges (..) in (..) das sowohl die Beziehungsfähigkeit des Klienten wie die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten miteingeht

Das Beziehungsangebot bei Rogers impliziert immer auch das Verständnis vom Klienten als *Person* und stützt sich auf eine bestimmte Grundhaltung des Therapeuten. „Personzentrierte Psychotherapie versteht sich als wissenschaftliche und praktische Frage nach der Person“ (Schmid, 2009, S.154). Aus dieser Grundhaltung heraus kann dann eine tragfähige therapeutische Beziehung wachsen. Die Auswahl der Interviewausschnitte zeigt, dass der Begriff *Beziehungsangebot* sowohl in der Personenzentrierten wie auch Individualpsychologischen Therapie als Voraussetzung für das Schaffen einer tragfähigen Beziehung gesehen wird. Hier wurde von mehreren Therapeuten sowohl die Beziehungsfähigkeit von Therapeut wie auch Klient angesprochen, die ebenso eine wichtige Rolle übernimmt. Denn ein Beziehungsangebot vonseiten des Therapeuten kann nur dann in eine konstruktive therapeutische Beziehung münden, wenn der Klient diese sowohl auf kognitiver wie auch emotionaler Ebene zulässt. Das Beziehungsangebot bezieht sich eher auf emotionale und seelische Aspekte und kann dadurch einen therapeutischen Prozess und dadurch Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen.

Im Gegensatz zum Personenzentrierten Zugang zum Beziehungsangebot wird im Folgenden ein Einblick in das tiefenpsychologische *Arbeitsbündnis* aus der Sicht der hier herangezogenen Therapeuten gezeigt.

4.1.2. Das Arbeitsbündnis

Das Arbeitsbündnis oder im englischsprachigen Raum die *working alliance* zwischen Therapeut und Klient nimmt einen zentralen Stellenwert in der Psychotherapie ein und ist vermehrt Gegenstand der Forschung. Unter dem Arbeitsbündnis versteht man ein Abkommen zwischen Therapeut und Klient, das sowohl Ziele und Aufgaben in der Therapie beinhaltet sowie Einverständnis und Akzeptanz der Behandlungsmethode voraussetzt bzw. miteinschließt.

B3: Ohne Arbeitsbündnis geht es nicht, was soll mir dazu einfallen? Also das ist das Um und Auf, also wenn das nicht gelingt, kann Therapie auch nicht gelingen. [...] Also Arbeitsbündnis heißt, ich sage, ich kann mit dir und er sagt, er kann sich vorstellen mit mir und ungefähr worum soll es gehen.

B6: Arbeitsbündnis ist gleich einmal zu Beginn meines, meiner therapeutischen Arbeit mit jemandem, (4sek) sozusagen auch ein Stück weit abzufragen, was er sich wünscht, was sein Projekt hier sein könnte.

B5: Das Arbeitsbündnis ist vielleicht mehr durch das Setting definiert, nicht. Also das ist das, das Arbeitsbündnis ist also das Setting. Das ist also zweimal wöchentlich, vielleicht ist das Arbeitsbündnis mehr durch die äußeren Rahmenbedingungen definiert, nicht

Das Konzept des Bündnisses findet ihren Ursprung in tiefenpsychologischen Theorien und besteht nach Wampold (2010) aus drei Komponenten: „the bond between the therapist and the client, agreement about the goals of therapy, and agreement about the tasks of therapy“ (Wampold, 2010, S.96).

Der Begriff des Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Klient wurde erstmals bei Freud erwähnt, jedoch noch nicht als solches definiert. Freud erkannte, dass der Therapieprozess beim Klienten Abwehrmechanismen auslöst, die zu dem Bedürfnis führen, die Therapie zu meiden. In einer gelungenen therapeutischen Behandlung arbeiten Klient und Therapeut dann aber zusammen, um eben diese Mechanismen als zerstörerische Tendenzen freizulegen und zu bearbeiten.

„Als entscheidende Voraussetzung für eine sinnvolle therapeutische Arbeit gilt die Bereitschaft zum Behandlungsbündnis, das [...] den nichtneurotischen, rationalen Rapport umfasst, den der Patient mit seinem Analytiker unterhält und der ihn zur Fortsetzung der Analyse ungeachtet seiner Widerstände veranlasst“ (Seiffge-Krenke, 2010, S.180). Dies geschieht mittels Übertragungsphänomenen, die Therapeut und Klient miteinander verbinden und setzt das Verständnis voraus, dass traumatische Kindheitserlebnisse oder belastende Erfahrungen in der Vergangenheit sich in Problemen der Gegenwart manifestieren können. Der folgende Ausschnitt verdeutlicht dieses Verständnis aus Sicht einer Individualpsychologin:

B1: Wir versuchen, also Klient und ich versuchen zu erkennen, erstens, dass es ein Widerstand ist, zweitens diesen Widerstand aufzudecken und die Zielsetzung, die Finalität dieses Widerstandes zu verstehen. Denn die Finalität ist, jetzt spreche ich wieder sehr Individualpsychologisch, ist ja immer ein neurotischer Sicherheitsstecken, das heißt, der Widerstand dient dazu, um den Patienten in einer fiktiven Sicherheit zu halten.

Der Widerstand wird als Teil der Therapie gesehen und ist sowohl in der Personenzentrierten wie auch Individualpsychologischen Praxis allgegenwärtig, wobei ihm in beiden Therapierichtungen eine unterschiedliche Bedeutung zukommt:

B2: Naja, da sollten sie den Carl Rogers zitieren. Der hat 1986 geschrieben (..) Widerstand hat aus seiner Sicht zwei Quellen (...) zum einen die falsche Handhabung der Technik durch den Psychotherapeuten, zum anderen die Scheu des Klienten, die Pein des Klienten sich zu enthüllen. (5sek) Das Erste wird man wohl versuchen müssen zu korrigieren, das zweite, beim Zweiten gibt es keine andere Variante als versuchen zu akzeptieren, dass es für den Klienten jetzt schwer ist oder beschämend oder (...) peinlich oder wie immer und das eventuell noch zu formulieren. (4sek) Mit Widerstand muss man grundsätzlich akzeptierend umgehen. (...) Wenn man ihn nicht akzeptiert verstärkt man ihn.

B4: (3sek) Ja, der Widerstand ist grundsätzlich immer da. Man hat mit dem Widerstand immer wieder zu arbeiten und das sind ja wichtige Indikatoren für die TherapeutIn, auch auf die innere Landschaft des Patienten.

Aus tiefenpsychologischer Sicht bedarf es eines Bündnisses, um mit den Widerständen arbeiten und dahinter liegende Probleme lösen zu können. Denn vergangene seelische Verletzungen und negative Erlebnisse des Klienten werden in der Therapie neu erfahren und in der therapeutischen Beziehung ausgelebt. Das führt dazu, dass alte Muster erkannt, verstanden und verändert und innerhalb der Therapie auftauchende verzerrte Gefühle des Klienten korrigiert werden können.

B1: Der Beginn ist das, was Adler die Befriedigung des Zärtlichkeitsbedürfnisses nennt. Dass es zu erst einmal darum geht, mit dem Patienten ein Arbeitsbündnis aufzubauen, (.) das nur dann möglich ist, wenn es eine Vertrauensbeziehung gibt (...) und im weiteren Inhalt der therapeutischen Beziehung ist die Prozessanalyse, das ist so die (..) neuere, neu jetzt unter Anführungszeichen Zugangsweise zum Betrachten des therapeutischen Prozesses das Wesentliche.

Demnach lernt der Klient durch das Arbeitsbündnis, seine Gefühle zu beleuchten, mit ihnen umzugehen und kann so Strategien entwickeln, die auch im alltäglichen Leben zur Problemlösung dienen können. Der Klient hat hier die Möglichkeit, innerhalb und durch die therapeutische Beziehung Muster zu erkennen, zu verstehen und zu wandeln und kann dies dann in weiterer Folge auch außerhalb der Therapie anwenden.

B6: Es sind auch die Klienten, die ihre Spiele, die sie ja oder ihre Beziehungsmodalitäten, die sie halt im wirklichen Leben haben auch. Und das ist ja der Sinn der Sache, in der Therapie wiederholen. Ja.

B7: Ich glaube, um Widerstände zu verstehen ist es wichtig, dass man sozusagen Angst versteht, in der Therapie und das war ja auch das große (...) das war ja der große Schritt in der Analyse, dass man Widerstände dann begriffen hat als etwas, was man nicht durchbrechen muss. Indem man dann zum Beispiel plötzlich anfängt zu hypnotisieren und irgendeine Erinnerung greifbar macht, die sonst eben verdrängt wäre. Sondern, indem man begreift, dass Widerstände eigentlich wie alles andere, das eben auch passiert in der Therapie, eben eines guten Grundes da ist und dass es wieder darum geht, das zu verstehen, warum da ein Widerstand da ist. Und das in der Regel eine Angst damit verknüpft ist und ich glaube, so hilft sozusagen das Verstehen und Akzeptieren und auch das Auseinandersetzen mit dieser Angst, sowohl dem Klienten was, aber auch dem Therapeuten, nicht.

Die tiefenpsychologische Betrachtung erkannte die Persönlichkeit des Analytikers mit seiner Rolle als Identifikationsfigur als therapierelevante Faktoren. „In der Bearbeitung des Aktionsprozesses zwischen Klient und Therapeut aus bindungstheoretischer Sicht wird die Übertragungssituation der tatsächlichen Beziehung („real relationship“) gegenübergestellt, in der die unvoreingenommene Annahme, die Akzeptanz, das Vertrauen und der gegenseitige Respekt hervorgehoben werden“ (Kryspin-Exner et al., 2000, S.138). Hier steht eine Unterscheidung zwischen der echten Beziehung und der Übertragung im Fokus. „The working alliance that exists between client and therapist both influences and is influenced by each of other two components – the transference configuration and the real relationship“ (Gelso & Carter, 1994, S.298). Das Arbeitsbündnis ist in diesem Zusammenhang immer als Beziehungserfahrung in Verbindung mit Übertragungselementen, wie z.B. idealisierte Erwartungen an den Therapeuten, zu sehen. Stiles (2006, S.65) erwähnt, dass die therapeutische Beziehung zwar unbestritten wichtig ist, der tiefenpsychologische Fokus liegt aber eben auf den Übertragungsphänomenen.

Das folgende Zitat unterstreicht einen Individualpsychologischen Zugang:

B5: Also wenn die therapeutische Beziehung nicht passt, ich glaube, dann funktioniert es nicht. (5sek) also (5sek) es muss so etwas wie eine Übertragung stattfinden. Und wenn es keine Übertragung gibt, dann wird es nicht funktionieren.

Im Gegensatz dazu zeigt sich hier ein kritischer Zugang vonseiten eines Personenzentrierten Therapeuten, der allerdings zusätzlich eine analytische Ausbildung absolvierte:

B2: Mir kommt die Bezeichnung Arbeitsbündnis, ich weiß dass sie bei Freud verwendet wurde und bei den nachfolgenden auch. Die kommt mir (...) insofern überholt vor, als das Freud'sche Beziehungsmodell darin bestand, dass der Analytiker abstinent ist und sich wie eine weiße Wand sozusagen zur Verfügung stellt, möglichst unpersönlich, möglichst neutral,

möglichst von außen. Damit sich die Neurose des Klienten besonders stark, besonders deutlich auf dieser weißen Wand abbildet. Und da sozusagen braucht man nur das Arbeitsbündnis, aber therapeutische Beziehung ist eigentlich viel mehr als Arbeitsbündnis. Ist eigentlich viel intensiver und vor allem wechselseitig, die diese Abstinenz die der Freud vorgeschlagen hat, aber das war vor hundert Jahren, glaube ich kann man so nicht aufrecht halten. Aber man muss sie heute glaub ich durch Zurückhaltung ersetzen und Zurückhaltung heißt (5sek) natürlich geht es primär um den Klienten und nicht um meine Geschichte und nicht um meine Mitteilungen, aber es geht sehr stark darum, dass das mich mich soweit in der Beziehung zum Klienten zeige, dass er, dass das Vertrauen wachsen kann und dass er sich weiter öffnen kann.

Wie schon erwähnt ist in Bezug zu Widerständen das grundlegende tiefenpsychologische Verständnis vorauszusetzen, dass ein Zusammenhang zwischen frühkindlichen seelischen Verletzungen und in der Gegenwart manifestierten psychischen Störungen bzw. emotionalen Problemen besteht, die dann wiederum im Rahmen der therapeutischen Beziehung und der entstehenden Übertragungen neu erfahren und verstanden werden können.

B1: Ja (...) Der Widerstand ist ja kein absichtlicher Widerstand, der absichtliche Widerstand ist leicht, das ist keine Kunst in der Therapie damit umzugehen. Das, was wirklich hilfreich ist und weiterbringt, aber was auch das Schwierigere ist, ist eben der unbewusst motivierte Widerstand.

Das Bündnis ist eine entscheidende Voraussetzung für die therapeutische Behandlung, entwickelt sich im tiefenpsychologischen Verständnis aus dem rationalen Anteil des Klienten und ist Voraussetzung dafür, dass der Klient die Therapie trotz seiner Widerstände fortsetzt. Seiffe-Krenke (2010, S.180) erwähnt den wichtigen Unterschied zwischen Übertragung und Arbeitsbündnis. Das Bündnis bezieht sich wie schon erwähnt auf die nichtneurotischen Anteile des Klienten, während sich die Übertragung auf das Wiederholen vergangener Beziehungen bezieht und sich diese in neurotischer Form zeigen.

Das ursprüngliche Konzept des Bündnisses wurde von Sterba (1934), Zetzel (1956) und Greenson (1965) weiterentwickelt. Luborsky (1976 in Horvath et al., 2011, S.10) geht davon aus, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient in zwei Phasen stattfindet. Die erste Phase bezieht den Glauben der Klienten in ihren Therapeuten als eine Hilfsquelle mit ein, wobei der Therapeut eine unterstützende und tragfähige Beziehung anbietet. Dies bildet in weiterer Folge eine sichere Ausgangsbasis für die Psychotherapie. Die zweite Phase ist geprägt durch die Beteiligung des Klienten und dessen Vertrauen in den therapeutischen Prozess. Das Festlegen eines Grundkonzepts ebenso wie auch eine freiwillige Beteiligung untermauert die Therapie.

B1: Ja, die herzustellen ist die Erste, ist das Anliegen der ersten Phase der Psychotherapie (7sek.) Die herzustellen auf einer bewussten Ebene ist nicht schwierig, denn der Patient

kommt ja absichtlich in Psychotherapie, der fällt ja nicht bei der Türe herein. Das heißt, er hat ja schon eine bestimmte Vorstellung und ein (...) bestimmte, vielleicht auch Vorurteil, wie diese Zusammenarbeit ausschaun möchten, wird, aber eines weiß er, er will dort was, also er will zusammenarbeiten, auch wenn er vielleicht ganz andere Vorstellungen davon hat. Also die ist von der bewussten Ebene her üblicherweise gegeben, dann wird sie natürlich im Zuge der Therapie immer wieder auf die Probe gestellt und wird sich bei einer gelingenden Therapie vertiefen. (10sek)

B6: Arbeitsbündnis ist gleich einmal zu Beginn meines, meiner therapeutischen Arbeit mit jemandem, (4sek) sozusagen auch ein Stück weit abzufragen, was er sich wünscht, was sein Projekt hier sein könnte. Wobei ich es irgendwie schön finde, wenn man nicht zu sehr vom Ziel spricht, sondern ich lasse es eher als Projekt so offen. Ziel ist fast ein bisschen zu einengend, aber Projekt finde ich irgendwie weiter, ja. Freut mich dieses Wort eher oder gebrauche ich es häufiger und dieses Bündnis im Setting und im Ausmachen, wie tun wir beide. Da sind auch Absageregulungen und Modalitäten, was ist, wenn ich auf Urlaub bin und es passiert irgendetwas Unerwartetes, wo er sich hinwenden kann. Das gehört für mich alles da dazu und ist ein Teil, der schon ganz am Beginn Bedeutung hat.

Horvath et al. (2011) beziehen sich auf Bordin (1975, 1989, 1994), der das erweiterte Konzept der *working alliance* aufstellte. Dieses Arbeitsbündnis bezieht sich vor allem auf das Erreichen einer gemeinsamen Einstellung in der Therapie und wird durch drei Prozesse begünstigt. Eine Übereinkunft der therapeutischen Ziele, Zustimmung zu den Maßnahmen, wie dann in der Therapie verfahren wird, sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Das Arbeitsbündnis wird innerhalb des therapeutischen Prozesses immer wieder vertieft, wobei es während bestimmter Phasen auch weniger stark sein kann.

B4: Naja, Arbeitsbündnis ist eh klar, dass man halt miteinander skizziert, warum bin ich in Therapie, was möchte ich haben, wohin soll es gehen und auch die eventuelle quasi Abgleichung dann zur Realität hin, wenn da Widersprüchliches am Anfang auftaucht. (...) Und ich glaube es ist auch etwas, was permanent reflektierend mitläuft dann in der Beziehung. Ich glaube auch, dass es dann immer wieder neue Herausforderungen geben kann. Das immer wieder neu aufzustellen, das ist vielleicht nicht genug, dass das in der ersten Stunde bekräftigt wird. Ich glaube immer wieder ist der Weg so, dass man auch erinnert an das [...].

Diese schwierigen Phasen bieten jedoch therapeutische Möglichkeiten und bilden einen wichtigen Faktor im Veränderungsprozess des Klienten. Die Betonung von Zusammenarbeit und Einigkeit ist als charakteristisches Merkmal im Konzept der *working alliance* anzusehen (Bordin, 1980; Hatcher, Barend, Hansel & Gutfreund, 1995; Luborsky, 1976 in Horvath et al., 2011). Ausschlaggebend für die therapeutische Beziehung sind nach diesem Konzept bewusste Aspekte des Klienten und das Erreichen von therapeutischer Zusammenarbeit. Das Konzept des Arbeitsbündnisses vereint sowohl den Aspekt der Intervention wie auch den Beziehungsaufbau in der Therapie und gilt als notwendig, um in Therapieprozess partnerschaftlich arbeiten zu können.

„[...] the alliance is more than a relationship with an empathic therapist – it is agreement about the goals and tasks of therapy, which depends on acceptance of the explanation and of the treatment“ (Wampold, 2010, S.112).

B7: Die working alliance ist all das, was sozusagen den Rahmen absteckt innerhalb derer dann die eigentliche Therapie möglich wird. Und die working alliance das auch sozusagen die Ebene, wo Analysand und Therapeut ein gemeinsames Verständnis entwickeln können über, sozusagen den Widerstand zum Beispiel oder irgendeinen Inhalt besser zu verstehen oder erleben. Und die (4sek) sonst so die therapeutische Beziehung das, wo sozusagen der Therapeut auch als Übertragungsobjekt sozusagen erlebt wird, nicht. Und also so ist es in der Theorie und in der Praxis. Ich glaube working alliance wäre (4sek) ja, so ein Einig-sein, wie man da eigentlich tun möchte und dann die Beziehung das Geschehen-lassen und das Erlauben, dass da ein Prozess stattfindet zwischen den Personen, die da sind. Ja.

Die Sitzungen sind dadurch geprägt, dass Therapeut und Klient zusammenarbeiten und gemeinsam im Rahmen des therapeutischen Settings Ziele und Aufgaben der Therapie definieren. Dieses Bündnis muss als ein Bestandteil der Therapie gesehen werden, der sowohl eine grundlegende als auch eine übergeordnete Rolle im therapeutischen Prozess einnimmt.

B4: Das ist ja etwas sehr Oszillierendes und sehr Bewegliches und auch etwas, was sich entwickelt und (10sek) lebendig. Und ich glaube auch, dass das etwas ist, was beide, Klient als auch Therapeut dauernd spüren, ob es da ist, ob es, ob es klar ist, ob es bewusst angesiedelt ist innerhalb der Therapie (...) oder ob da etwas brüchig ist oder fehlt, nicht. Das spürt man ganz einfach.

Die Psychotherapieforschung befasst sich mit dem Zusammenhang der therapeutischen Allianz und den Ergebnissen von erfolgreicher Psychotherapie. Untersuchungen zeigen, dass aus einem starken Arbeitsbündnis zu Beginn der Therapie bessere Ergebnisse folgen und daher nimmt dieses einen wichtigen Stellenwert in psychotherapeutischen Behandlungen ein.

Wampold (2010a, S.85ff) hebt einige Studien hervor, die besagen, dass der Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbündnis und den Ergebnissen unabhängig von der angewandten psychotherapeutischen Methode sei. Andererseits gibt es ebenso Studien, die der working alliance in humanistischen oder psychodynamischen Behandlungen einen größeren Stellenwert ausstellen, da in diesen Konzepten die therapeutische Beziehung vermehrt im Vordergrund steht. Laut Wampold (2010a, S.85ff) gibt es daher Schwierigkeiten in der Interpretation bestimmter Forschungsergebnisse und im Herstellen eines objektiven Zusammenhangs zwischen Bündnis und Therapieerfolg. Es stehen weiters Fragen im Raum, was genau zu stärkeren und besseren Arbeitsbündnissen führt und inwiefern dies wiederum die Korrelation zwischen Bündnis und Endergebnis bedingt. Einige Studien sehen die working alliance eher als ein Produkt des Erfolges als ein Grund für diesen. Ebenso werden

Aussagen angeführt, wie dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsbündnis und Erfolg auch abhängig vom Beitrag des Klienten ist, denn möglicherweise sind einige Klienten fähig, persönliche Beziehungen einzugehen und können somit auch bessere Bündnisse mit ihren Therapeuten zulassen, was sie wiederum besser von Psychotherapie profitieren lässt. „[...] these studies indicate that the quality and strength of the working alliance depend largely on the client's ability to feel and tolerate a sense of closeness with the therapist and/or his or her ability to trust the therapist“ (Byrd, Patterson & Turchik, 2010, S.631).

Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass der Beitrag des Therapeuten ausschlaggebend ist und dass ein Therapeut, der es schafft mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Klienten gute Bündnisse einzugehen, möglicherweise bessere Resultate bei seinen Klienten erzielt. *[...] aber Beziehung ist in jedem Fall etwas Wechselseitiges (..) in (..) das sowohl die Beziehungsfähigkeit des Klienten wie die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten miteingeht (B2)*

Aus diesem Ansatz lässt sich ferner schlussfolgern, dass erfolgreiche Therapeuten dies deshalb sind, weil sie eher gute Bündnisse eingehen können. Dieser interaktive Effekt besteht darin, dass bestimmte Therapeuten mit bestimmten Klienten bessere Arbeitsbündnisse formen können und dadurch gute Erfolge erzielen (Wampold, 2010a, S.97f).

Dies zeigt, dass die Forschung zum therapeutischen Arbeitsbündnis Schwierigkeiten aufzeigt, denn sie entsteht immer in einem bestimmten Kontext, ist abhängig von bestimmten Verhalten und speziellen Personen und somit schwierig zu beobachten bzw. zu erforschen. Wie schon im vorherigen Kapitel erwähnt, ist dieser Forschungsgegenstand oft komplizierter zu erfassen als die Naturwissenschaft. Denn es ist zwar möglich so etwas umfassendes Zwischenmenschliches wie die therapeutische Beziehung oder das Bündnis anhand einer Skala zu messen, allerdings beschönigen Evaluationen oft das, was die Beziehung interessant bzw. auch schwierig macht. Derart komplexe Aspekte wie die Übertragung sind zum Beispiel auf einer Skala nicht einfach darzustellen (Stiles, 2006, S.69).

Das Arbeitsbündnis umfasst vor allem die kognitive Ebene und bietet keinen Platz für emotionale Inhalte. Da es jedoch um eine kognitive Erfassung der therapeutischen Modalitäten, Inhalte und Ziele geht, bietet es die Basis, auf der eine Therapie wachsen kann. Durch den klaren Rahmen und bestimmte Strukturen wird das Setting eingegrenzt und kann die spezifische Art der therapeutischen Beziehung entstehen lassen. Der auf intellektueller Ebene erstellte und erfasste Rahmen lässt eine therapeutische Beziehung entstehen, innerhalb dieser sich der Klient dann mit emotionalen Inhalten auseinandersetzen kann. Wäre diese Begrenzung nicht gegeben, so wäre auch die spezielle Dynamik der therapeutischen Beziehung nicht gegeben und Auseinandersetzung mit emotionalen und

seelischen Verletzungen könnte nicht in therapeutischer Art und Weise stattfinden. Denn erst die Definition des therapeutischen Settings und der therapeutischen Beziehung kann dem Klienten einen neuen Zugang zu Problemen ermöglichen und einen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung einleiten.

4.2. Konvergenzen und Divergenzen

Sowohl die Personenzentrierte wie auch die Individualpsychologische Psychotherapie vertreten eine individuums- und ressourcenorientierte Grundhaltung und sehen den Menschen als ein soziales und in Beziehung stehendes Wesen. „Durch seine Sichtweise, dass wir alle soziale Wesen mit einem Bedürfnis nach Kooperation mit anderen Menschen sind, ist Adler ein früher Vertreter der humanistischen Psychologie und ein Vorläufer von Maslow und Rogers [...]“ (Maltby et al., 2011, S.116). Hier zeigt sich eine Gemeinsamkeit in den grundlegenden Theorien der beiden Ansätze, dennoch gibt es vor allem in Bezug zur Intention des menschlichen Handelns Unterschiede. Wie schon in Kapitel 1 beschrieben ist der theoretische Zugang zum Wesen Mensch aus beiden Perspektiven ein anderer.

In der Auseinandersetzung mit den Interviews konnte der Aspekt des **Widerstandes** als einer der größten Unterschiede zwischen Personenzentrierter und Individualpsychologischer Psychotherapie gesehen werden. Obwohl alle der interviewten Therapeuten Widerstand als allgegenwärtig in der Therapie sehen, so gibt es Differenzen im Verständnis wie auch im Stellenwert dieses Begriffes.

Aus tiefenpsychologischer Sicht übernimmt der Widerstand eine tragende Rolle in der Therapie und verdeckt einen unbewussten Vorgang, der dann durch Übertragung versucht wird aufzuarbeiten. In Folge werden nun einige Zitate angeführt, die das Verständnis von Widerstand noch einmal unterstreichen:

B4: Ja, der Widerstand ist grundsätzlich immer da. Man hat mit dem Widerstand immer wieder zu arbeiten und das sind ja wichtige Indikatoren für die Therapeuten, auch auf die innere Landschaft des Patienten. Also Widerstände sind nichts, für mich, was widerständig negativ wäre.

B1: Wir versuchen, also Klient und ich versuchen zu erkennen, erstens, dass es ein Widerstand ist, zweitens diesen Widerstand aufzudecken und die Zielsetzung, die Finalität dieses Widerstandes zu verstehen. Denn die Finalität ist, jetzt spreche ich wieder sehr Individualpsychologisch, ist ja immer ein neurotischer (Sicherheitsstecken?), das heißt, der Widerstand dient dazu, um den Patienten in einer fiktiven Sicherheit zu halten. Der Widerstand wird natürlich von Patient zu Patient völlig unterschiedlich ausagiert (..) also das kann sehr verschieden sein, von Stunde verschieben, zu spät kommen, Stunde vergessen, schweigen, einschlafen (..) gibts natürlich verschiedene Wege das zu Agieren.

B3: Also Widerstand ist, wenn man (6sek) Widerstand (5sek) also (4sek) das ist so ein großes Wort, also ich sage eher Sicherungstendenz.

Der Fokus der Personenzentrierten Therapie liegt auf der Person als Ganzes und räumt dem Widerstand nicht denselben Raum ein, wie das in der Tiefenpsychologie geschieht. Des Weiteren impliziert das Auftreten eines Widerstandes in der Personenzentrierten Therapie auch die Frage an den Therapeuten, ob dieser vielleicht durch ein unpassendes Verhalten seinerseits begründet wurde.

Der Interviewpartner B2 bezieht sich hier auf Rogers, der sich 1986 zum Begriff des Widerstandes geäußert hat. Dieser resultiert aus seiner Sicht aus zwei Quellen, nämlich einerseits aus der falschen Handhabung der Technik durch den Therapeuten und andererseits aus der Scheu des Klienten, sich zu zeigen. Hier müsse man entweder versuchen die Technik zu korrigieren oder aber versuchen, mit der herausfordernden Situation für den Klienten akzeptierend umzugehen. Des Weiteren weist der Interviewpartner B2 darauf hin, dass man mit Widerstand grundsätzlich akzeptierend umgehen muss.

Hier zeigt sich also, dass Widerstände immer einen Teil der psychotherapeutischen Praxis ausmachen, doch dass es einen unterschiedlichen Umgang damit gibt. In diesem Sinne sind die Bedeutung und der Wert, der diesem Begriff gegeben wird, ausschlaggebend für die Handhabung in der Praxis. Der Widerstand als solcher ist in beiden Methoden gegenwärtig, doch bezieht sich dessen abweichende Rolle innerhalb der Therapie vor allem auf die zwei Perspektiven, von denen er betrachtet wird.

Große Übereinstimmung hingegen gibt es hingegen im Umgang mit den **Basisvariablen** Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz. Hier steht einstimmig bei allen Therapeuten die Empathie im Vordergrund, was zeigt, dass dieser vor allem aus der Personenzentrierten Psychotherapie stammende Begriff theorieübergreifend als wichtige Grundlage für therapeutisches Handeln übernommen wurde. Allerdings wurde sowohl von Personenzentrierten wie auch von Individualpsychologischen Therapeuten darauf hingewiesen, die oben genannten Variablen differenziert zu betrachten:

B4: Das ist natürlich immer für mich. Ich hasse dieses gewichten, weil vieles für mich dann auf, auf, untrennbar ist, ja. Also für mich ist die Empathie natürlich die Nummer eins würde ich sagen (4sek) ach ja, die Echtheit (4sek) für mich dann Transparenz und Objektivität spielen ja auch auch stark ineinander und die Neutralität ergibt sich für ich dann eigentlich. Wenn man das einhält, dann kann man nicht anders als neutral sich verhalten.

B5: (10sek) Also ich würde sagen, das Wichtigste ist die Empathie (5sek) dann kommt die Echtheit (7sek) dann kommt die Neutralität.

B6: Wäre schön, wenn das immer so ist. Wir könnten dann sagen, okay, ich weiß es jetzt nicht, keine Ahnung, Echtheit ist das allerwichtigste und dann stürzen wir uns in unserer Ausbildung jetzt auf das Thema Echtheit mit dem sozusagen, mit dem Hauptfokus. Aber genauso einfach ist das nämlich nicht, weil im Miteinander in diesem Prozess auf einmal vielleicht grad die Echtheit sekundär ist und wirklich die Einfühlung das ist was so notwendig

oder noch so bedeutsam ist. Es hängt dann wirklich auch, wo ich in der Beziehung mit ihm stehe und was da jetzt grad Thema ist und auf einmal ist, das merkt man einfach in der Beziehung. Wenn ich da jetzt über so einen ganzen Prozess eines da drüber jetzt stülpen würde, dann werde ich weder dem Klienten gerecht noch dem Prozess gerecht, noch einer diesen wirklich wichtigen Variablen. Ja, die alle so notwendig sind, aber eben das Spiel damit, das ist es, auf das es dann ankommt.

B7: Und dann gibt es eben halt verschiedene Begrifflichkeiten, die man verwenden kann dafür, die aber letztlich auch irgendwie abhängen voneinander und die, wenn man so isoliert dann betrachtet wahrscheinlich auch etwas von ihrer eigentlichen Bedeutung auch immer verlieren. Und insofern, ich glaube, das ist ein bisschen was von dem Lernen über Therapie, das ich bei mir selber gesehen habe. Dass man sozusagen, ein bisschen eine (4sek) man lernt, diese Leichtgläubigkeit, die diese Begrifflichkeiten zu hinterfragen.

Hier zeigt sich, dass in beiden Ansätzen der Prozess des Klienten im Vordergrund steht und der Therapeut ihn in seiner Gesamtheit erkennen und sich an ihn anpassen muss. Das therapeutische Handeln ist geprägt durch die Beziehung, die entsteht und innerhalb dieser der Klient ganz wahrgenommen werden kann. Eine theoretische Basis bildet für den Therapeuten der Rahmen, innerhalb dessen er sich bewegen und flexibel an die Erfordernisse anpassen kann und muss. Durch die therapeutische Beziehung entsteht eine Dynamik, die dem Therapeuten einen gewissen Handlungsspielraum ermöglicht, diesen aber auch gleichzeitig einfordert. Denn das Beziehungsgeschehen ist von ständiger Entwicklung und Bewegung geprägt und muss immer wieder auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten angepasst werden.

Eine Gemeinsamkeit zwischen den interviewten Therapeuten zeigt sich in diesem Zusammenhang mit der Bedeutung der **therapeutischen Beziehung** in der Praxis.

B1: [...] es gibt keine Psychotherapie ohne Beziehung (5sek.) Es ist der Boden, auf dem die Psychotherapie sich abspielt [...]

B5: (10sek) Naja (6sek) also die therapeutische Beziehung ist eigentlich das Um und Auf. Ist das tragende Element für das Gelingen einer Therapie. Also wenn die therapeutische Beziehung nicht passt, ich glaube, dann funktioniert es nicht.

B7: Therapeutische Beziehung, (4sek) das ist alles für mich. Das ist ein Prozess, der sich über die Zeit verändert und das ist alles, was zwischen Therapeut und Klient stattfindet.

Eine weitere Gemeinsamkeit in der Auswertung zeigt sich in der Wahrnehmung des **Arbeitsbündnisses** als wichtiger Faktor in der Psychotherapie. Wie in Kapitel 4.1.2. beschrieben wird, stammt der Begriff des Arbeitsbündnisses aus der Psychoanalyse und bildet aus diesem Verständnis heraus die Basis für eine psychotherapeutische Behandlung. Das Bündnis definiert das Setting und übernimmt aus tiefenpsychologischer Sicht die entscheidende Voraussetzung für die weitere therapeutische Arbeit.

Der Interviewpartner B7 bezieht sich darauf, dass das Arbeitsbündnis den Rahmen bildet, innerhalb dessen der therapeutische Prozess dann ermöglicht wird. Er beschreibt es des Weiteren auch als Ebene, auf der Analysand und Therapeut ein gemeinsames Verständnis entwickeln können. Dadurch kann dann zum Beispiel Widerstand besser verstanden oder erlebt werden.

Die Personenzentrierte Psychotherapietheorie räumt dem Arbeitsbündnis zwar nicht den gleichen Stellenwert ein, doch in der Praxis übernimmt es dennoch eine wichtige Rolle und wird als Teil der therapeutischen Beziehung gesehen. Wie auch in der Wahrnehmung des Widerstandes zeigt sich hier eine unterschiedliche Betrachtungsweise und Bewertung des Begriffes. Sowohl in der Personenzentrierten wie auch Individualpsychologischen Praxis ist das Arbeitsbündnis definiert durch die Rahmenbedingungen und ist auch im Sprachgebrauch der interviewten Therapeuten gegenwärtig, allerdings ist der Umgang damit verschieden. Trotzdem übernimmt das Arbeitsbündnis einen großen Anteil in der therapeutischen Beziehung, da es sozusagen als Vertrag zwischen Therapeut und Klient gesehen werden kann, der die Psychotherapie veranlasst und auch begleitet.

Der Interviewpartner B7 versteht unter dem Arbeitsbündnis eine Abmachung und ein Einigsein darüber, wie die Therapie stattfinden wird. Daraus folgt dann ein Sich-Einlassen auf die Beziehung, innerhalb dieser der therapeutische Prozess zwischen den involvierten Personen stattfindet.

B8: Also das Arbeitsbündnis ist für mich eher so das Technische [...] so die äußeren Umstände, das Setting, der Rahmen.

Die gewählten Beispiele verdeutlichen, dass die theoretischen Grundlagen der beiden Ansätze Psychotherapie aus unterschiedlichen Perspektiven wahrnehmen. Dennoch scheint in der Praxis bei beiden die Persönlichkeit des Klienten aktiv wahrgenommen zu werden und eine klar definierte Vorstellung von Psychotherapie das therapeutische Handeln zu begleiten.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Hypothese, dass die therapeutische Beziehung das tragende Element in der Psychotherapie sei. Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut übernimmt, unabhängig von den angewandten Methoden, eine tragende Rolle im therapeutischen Prozess.

Ausgehend von zwei unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen, nämlich der Personenzentrierten Psychotherapie auf der einen Seite und der tiefenpsychologischen Individualpsychologischen Psychotherapie auf der anderen Seite, wird die Thematik der therapeutischen Beziehung beleuchtet und erklärt. Die therapeutische Beziehung ist vielschichtig und setzt sich aus unterschiedlichen Aspekten zusammen, weshalb diese genauer erörtert und immer in Bezug sowohl zur Personenzentrierten als auch Individualpsychologischen Theorie gesetzt werden. Hier werden insbesondere das personenzentrierte Beziehungsangebot und das tiefenpsychologische Arbeitsbündnis erläutert und dargestellt. Die therapeutische Beziehung, das Beziehungsangebot und das Arbeitsbündnis werden dahingehend überprüft, ob und inwiefern diese an die individuellen Bedürfnisse der Klienten angepasst werden. In weiterer Folge werden die Personenzentrierte und die Individualpsychologische Theorie auf mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht.

Die Psychotherapieforschung leistet einen bedeutenden Beitrag zur Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung in der Praxis, weshalb sich das Kapitel 2 eingehend damit auseinandersetzt. Hier ist besonders hervorzuheben, dass diese von ständiger Entwicklung geprägt ist. Denn noch in den 1990er Jahren beschäftigte sich die Forschung vor allem aus störungs- und diagnosespezifischer Perspektive mit Psychotherapie.

Mittlerweile tendiert die empirische Forschung zu einer verstärkten Fokussierung auf den überaus wichtigen Faktoren *Therapeut* und *Klient* und auf deren *therapeutische Beziehung*. Denn der psychotherapeutische Prozess ist immer abhängig von den Individuen, die diesen eingehen. „In other words, the capacity to form emotional bonds appears to determine some aspects of the therapeutic relationship that facilitate positive treatment outcome“ (Byrd et al., 2010, S.631).

Wie eben erwähnt rückt der therapeutische Prozess und das Beziehungsgeschehen vermehrt in den Fokus der Forschung. Denn wie Lutz (2007) anmerkt, beschäftigt sich zum Beispiel die „Task Force“ der *American Psychological Association* mit der Thematik „Empirically Supported Therapy Relationship“, die den therapeutischen Prozess ins Zentrum des Interesses stellt und sich mit der Optimierung des therapeutischen Handelns beschäftigt (Lutz, 2007, S.10ff).

Hier rückt vor allem eine kontinuierliche Evaluation und zeitgerechte Rückmeldung des therapeutischen Verlaufes in den Vordergrund, was den therapeutischen Prozess aktiv bereichern kann. Weitere Forschungszweige beschäftigen sich mit den Faktoren Patient/therapeutische Beziehung/Technik und der *patient-focused-research*. Denn ein Anliegen in der Psychotherapieforschung ist es, eine intensivere Zusammenarbeit von Theorie und Praxis zu ermöglichen. Hier steht der Begriff der Qualitätssicherung im Raum, was auch die Verwendung sogenannter Feedback- und Monitoring-Systeme impliziert. Diese Systeme zur Überprüfung momentan bestehender psychotherapeutischer Behandlungen sollen die Forschung insbesondere am Einzelfall ergänzen. Hier wird hier versucht, klinisch unmittelbare Forschung in Wissenschaftler-Praktiker-Netzwerken zu etablieren und die durch Monitoring gewonnenen Informationen des therapeutischen Verlaufes schon während der laufenden Therapie bereichernd zu nutzen (Lutz, 2007, S.10).

Der Bezug zur Psychotherapieforschung ist daher insofern von Bedeutung, da ein wissenschaftlicher Zugang und theoretisches Wissen unerlässlich für das praktische Arbeiten sind. Denn eine Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen erweitert den Horizont und damit auch das Handlungsspektrum des Therapeuten und ist damit als kognitive Ressource ständig präsent. Das Feld der Psychotherapie ist derart umfassend und vielschichtig, dass ein forschender Zugang aus den unterschiedlichsten Perspektiven möglich und sinnvoll ist. Im Folgenden werden nur einige Möglichkeiten aufgezeigt, sich diesem Themenbereich zu widmen.

Wie Taber et al. (2011) bemerken, ist ein Ansatz in der Psychotherapieforschung, sich zukünftig vermehrt auf die Faktoren Therapeut und Klient zu stützen. Ausschlaggebend für eine tragfähige Beziehung könnten Ähnlichkeiten in der Persönlichkeit zwischen Therapeut und Klient sein. Denn wie eingangs erwähnt, spielt die individuelle Persönlichkeit immer eine große Rolle, da sie festlegt, wie jemand die Welt um sich wahrnimmt. Dies kann dann im Weiteren als Ansatzpunkt für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung gesehen werden, den Zusammenhang zwischen Beziehung und Therapieerfolg genauer zu erforschen und zu betrachten (Taber et al., 2011, S.1ff).

Mit einem weiteren Aspekt beschäftigen sich zum Beispiel Lo Coco et al. (2011), die aus tiefenpsychologischer Sicht die Frage nach spezifischeren Konzepten als jenem der „therapeutischen Beziehung“ aufwerfen. Denn laut ihnen stehen die Aspekte des Arbeitsbündnisses, der Übertragung und Gegenübertragung sowie der realen Beziehung immer in Zusammenhang und Wechselwirkung. Die reale Beziehungserfahrung mache einen wichtigen Teil der therapeutischen Beziehung aus, weshalb sich auch die Forschung detailliert mit dieser Thematik auseinandersetzen müsse. Für die Praxis ist das diesbezüglich von Interesse, da die reale Beziehungserfahrung immer unabhängig von der Therapie

existiere und immer von der zwischenmenschlichen Verbindung zwischen Therapeut und Klient abhängig sei. Auch dieser Zugang zur therapeutischen Beziehung ist daher für die Forschung von Interesse (Lo Coco et al., 2011, S.1ff).

Die verschiedenen therapeutischen Ansätze stehen insofern nicht in direktem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, da sie sich vor allem auf eine unterschiedliche Wahrnehmung von Psychotherapie stützen. Während in der Personenzentrierten Psychotherapie der Mensch als Person im Vordergrund steht und dessen Persönlichkeitsentwicklung auf dem aktuellen Erleben der therapeutischen Beziehung ruht, so setzt sich die Tiefenpsychologie vermehrt mit unbewussten Vorgängen und vergangenen Erlebnissen auseinander. Nichtsdestotrotz übernimmt der Therapeut auch hier dadurch eine wichtige Rolle, dass er dem Klienten Raum und Möglichkeit bietet, ebenfalls eine Beziehung zu erleben, auf deren tragfähiger Basis Veränderung möglich wird.

So beruht die Wahl für einen bestimmten Ansatz sowohl von Therapeut als auch von Klient auf individuellen Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten. In diesem Sinne kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine schablonenhafte, diagnosespezifische Vorgehensweise den gewünschten Erfolg bringt. Stattdessen stehen in dieser Arbeit Beziehungsgeschehen und Beziehungserfahrung im Vordergrund und sind ausschlaggebend für erfolgreiche therapeutische Prozesse. Norcross und Wampold (2011) beziehen sich darauf, dass eine psychotherapeutische Behandlung immer an die Individualität des Klienten und die Einzigartigkeit seines Kontextes angepasst werden müsse. Auch die empirische Forschung müsse sich diesbezüglichen Fragen stellen und solle die Praxis in gewisser Weise anleiten. „Every psychotherapist recognizes that what works for one person may not work for another; we seek »different strokes for different folks«“ (Norcross & Wampold, 2011, S.127). Dies kann in dem Zusammenhang gesehen werden, dass sich eine einzelne Behandlung vor allem auf das Störungsbild eines Klienten beziehen müsse. Da das Paradigma in der Forschung mittlerweile jedoch vermehrt Person und Beziehung in den Vordergrund stellt, kann man dieses Zitat auch mit der individuellen Beziehungsgestaltung in Verbindung setzen.

Denn Beziehung ist zum einen abhängig von der Beziehungsfähigkeit des Therapeuten, aber auch von der des Klienten. „Yet the fact is that clients´ active involvement in the therapeutic process is critical to success“ (Bohart & Tallman, 2010, S.83). Die individuellen Möglichkeiten dieser Personen müssen aufeinander abgestimmt werden und Platz für all das schaffen, was eine Beziehung ausmacht. Dies umschließt neben dem Finden einer gemeinsamen Sprache, eines Konsens über den therapeutischen Verlauf und jener Aspekte, die auf rationaler Ebene abgehandelt werden können, auch all die nonverbalen,

unausgedrückten und unterschwelligem Elemente, die in einer zwischenmenschlichen Begegnung mitschwingen.

Psychotherapie hat als Teil des Gesundheitswesens einen wichtigen Part übernommen und muss in diesem Zusammenhang auch bestimmten Normen entsprechen und wissenschaftlicher Betrachtung standhalten. Der schon angeführte Begriff der Qualitätssicherung spielt eine entscheidende Rolle, denn die Berufspflichten der Psychotherapeuten beziehen sich immer auf die Beachtung wissenschaftlicher Erkenntnisse. In diesem Zusammenhang sieht man die Bedeutung einer praxisrelevanten Forschung, die dem praktischen Arbeiten unterstützende Ergebnisse bietet und mit diesem stets in Wechselwirkung steht. McLeod und Elliott (2011) werfen in diesem Zusammenhang Stärken und Schwächen unterschiedlicher Forschungsvorhaben und Methoden auf. Auf der einen Seite unterstützen sie die Idee von systematischen Fallstudien, die einen wichtigen Beitrag für das Vorhaben leisten können, eine Evidenzbasis für die psychotherapeutische Theorie und Praxis zu schaffen. Auf der anderen Seite sehen sie zum Beispiel die practice-based-research, randomisierte Kontrollgruppen und qualitative Studien, die auf der grounded theory basieren, kritisch. Denn bei ihrer Meinung nach überwiegen in diesen Methoden die Nachteile. Die practice-based-research kritisieren sie dahingehend, dass die Ergebnisse zu schwach sind, um spezifische Faktoren für die Effektivität einer Therapie auszuwerten (McLeod und Elliott 2011, S.1ff).

Auch hier zeigt sich, dass Unterschiede in der Wahrnehmung des Forschungsvorhabens und des Forschungsgegenstandes diesen massiv beeinflussen. Jedoch sind sowohl Praxis als auch Forschung vor allem deshalb von Entwicklung geprägt, da sie immer aus unterschiedlichen Perspektiven wahrgenommen und zu erklären versucht werden. Es gibt weder in der Forschung noch in der Praxis bloß eine einzelne Methode oder Theorie, die Erfolg versprechend und zielführend ist. Beide Zugänge sind von ständiger Entwicklung und Horizonterweiterung geprägt und sollten sich gegenseitig unterstützen, bereichern und ergänzen.

„Keep an open mind, and appreciate the diversity of approaches – they all have something important to offer.“ (Wampold, 2010, S.113)

Literaturverzeichnis

Adler, A. (1966): Menschenkenntnis.

Fischer Bücherei KG, Frankfurt am Main/Hamburg.

Adler, A. (1970): Möblierte Erziehung. Studien zur pädagogischen Trivialliteratur des 19. Jahrhunderts.

Fink Verlag, München

Bergin, A.E. (Hrsg.) (1994): Handbook of psychotherapy and behaviour change.

Wiley, New York

Bohart, A.C., Tallman, K. (2010): Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In: Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC, S.83-111

Biermann-Ratjen, E.-M. (2003): Das Bedürfnis nach positiver Beachtung/Selbstbeachtung. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. Keil (Hrsg.). Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung (S.41-42). Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.

Biermann Ratjen, E.-M. (2006): Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie? In Eckert et al. (2006): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. (S.1-10) Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Biermann Ratjen, E.-M. (2006): Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In Eckert et al. (2006): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. (S.74-91) Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Bruder-Bezzel, A. (1999): Geschichte der Individualpsychologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Byrd, K.R, Patterson, C.L., Turchik, J.A. (2010): Working Alliance As A Mediator Of Client Attachment Dimensions And Psychotherapy Outcome. In: Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training (2010): Vol. 47, American Psychological Association, S.631-636

Combs, A.W., Richard A.C., Richards, F. (1988): Perceptual Psychology. A Humanistic Approach to the Study of Persons. University Press of America, Lanham.

Dreikurs, R. (2009): Grundbegriffe der Individualpsychologie.
Zwölfte Auflage
Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in
Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (Hrsg.) (2006): Gesprächspsychotherapie.
Lehrbuch für die Praxis. Springer Medizin Verlag Heidelberg

Elhardt, S. (2006): Tiefenpsychologie. Eine Einführung.
16. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Esser, U. (1988): Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration.
Roland Asanger Verlag, Heidelberg

Feltham, C., Horton, I. (2006): The Sage Handbool of Counselling and Psychotherapy.
Second Edition. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Dehli

Frenzel P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (2001): Klienten-, personzentrierte
Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Facultas Universitätsverlag, Wien

Fonagy, P. (2006): Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. In:
British Journal of Clinical Psychology, Vol. 62, S.411-430

Gelso, C.J., Carter, J.A. (1994): Components of the psychotherapy relationship: their
interaction and unfolding during treatment. Journal of Counseling Psychology, Vol. 41,
S.296-306 In: Feltham, C., Horton, I. (2006): The Sage Handbool of Counselling and
Psychotherapy. Second Edition. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Dehli

Groddeck, N. (2006): Carl Rogers: Wegbereiter der modernen Psychotherapie.
Wissenschaftliche Buchgesellschaft (WGB), Darmstadt

Hick, S.F., Bien, T. (2010): Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung.
Arbor Verlag, Freiburg im Breisgau

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückinger, C., Symonds, D. (2011) Alliance in Individual Psychotherapy. In: Psychotherapy. (2011), Vol. 48; No.1, 9-16. American Psychological Association

Höger, D. (2006): Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In Eckert et al. (2006): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. (S.37-72)
Springer Medizin Verlag Heidelberg

Hutterer, R. (1998): Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Springer-Verlag Wien, New York

Keil, W., Stumm, G. (2002): Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer-Verlag, Wien

Kriz, J., Slunecko, T. (2007): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. Facultas.wuv Universitätsverlag, Wien

Kryspin-Exner, I., Peternell, A., Jagsch, R. (2000): Therapeutische Allianz – Bindungsfähigkeit als ein notwendiger Bestandteil? In: Parfy et al. (2000): Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. Facultas Universitätsverlag, Wien. S. 137-151

Küchenhoff, J., Mehrer Klemperer, R. (2009): Psychotherapie im psychiatrischen Alltag: die Arbeit an der therapeutischen Beziehung.
Schattauer Verlag, Stuttgart

Lambert, M.J. (Hrsg.) (2004): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change.
New York, Wiley

Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (1992): Methoden und Prozeß Individualpsychologischer Therapie und Beratung. Beiträge zur Individualpsychologie, Band 15
Ernst Reinhardt Verlag, München

Lehmkuhl, U. (Hrsg.) (2003): Wie arbeiten Individualpsychologen heute?
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

List, E. (2009): Psychoanalyse. Geschichte, Theorien, Anwendungen.
Facultas Universitätsverlag, Wien

Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., Gelso, C.J. (2011): Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. In: Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Advance online publication, doi: 10.1037/a0022426.
American Psychological Association

Lutz, W. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Psychotherapie.
Hans Huber Verlag, Bern

Lutz, W., Böhnke, J.R. (2010): Psychotherapieforschung: Verläufe, Prozesse, Ergebnisse und Qualitätssicherung. In: Lutz, W. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Psychotherapie.
Hans Huber Verlag, Bern. S.49-69

Lück, H.E. (2009): Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen. 4. Auflage.
Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Maltby, J., Day, L., Mcaskill, A. (2011): Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz.
Pearson Education Deutschland, München

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage.
Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Marlatt, G.A., Bowen, S., Chawla, N., Witkiewitz, K. (2010): Sucht und Rückfallprävention auf Achtsamkeitsbasis. Therapeuten-Ausbildung und therapeutische Beziehungen. In: Hick, S.F., Bien, T. (2010): Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung. Arbor Verlag, Freiburg im Breisgau, S.158-178

McLeod, J., Elliott, R. (2011): Systematic case study research: A practice-orientated introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. In: Counselling and Psychotherapy Research, Vol. 11 (1)
British Association for Counselling and Psychotherapy, S.1-10

Merry, T., Tudor, K. (2006): Person-centred Counselling and Psychotherapy (Carl. R. Rogers, 1902 – 1987). In: Feltham, C., Horton, I. (2006): The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy. Second Edition. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Dehli. S. 292-296

Miller, S.D., Hubble, M.A., Duncan, B.L., Wampold, B. (2010): Delivering What Works. In: Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC, S.421-429

Morschitzky, H. (2007): Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit.
Springer Verlag, Wien

Norcross, J.C. (2010): The therapeutic relationship. In Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC

Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2011): What works for whom: Tailoring Psychotherapy to the person. In: Journal of Clinical Psychotherapy: In Session. Vol. 67(2), S.127-132
Wiley Periodicals, Inc.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin, A.E. (Hrsg.) (1994): Handbook of psychotherapy and behaviour change.
Wiley, New York, S.270-378

Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., Willutzki, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research. In: Lambert, M.J. (Hrsg.) (2004): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change. New York, Wiley, S.307-389

Orlinsky, D.E. (2010): Foreword. In: Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC, S.xix-xxv

Parfy, E., Redtenbacher, H., Sigmund, R., Schoberberger, R., Butschek, Ch. (Hrsg.) (2000): Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. Facultas Universitätsverlag, Wien

Pervin, L.A. (2000): Persönlichkeitstheorien: Freud; Adler, Jung, Rogers, Kelly, Cattell, Eysenck, Skinner, Bandura u.a. Ernst Reinhardt Verlag, München

Rattner J., Danzer, G. (2007): Individualpsychologie heute. 100 Jahre Lehre Alfred Adlers (1907-2007).

Königshausen & Neumann Verlag, Würzburg

Rieken, B., Sindelar, B., Stephenson, T. (2011): Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik und Gesellschaft.

Springer Verlag, Wien,

Rieken, B. (2011): Zur Vorgeschichte der Psychotherapie. In: Rieken, B., Sindelar, B., Stephenson, T. (2011): Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik und Gesellschaft.

Springer Verlag, Wien, S.1-22

Ribi, A. (2011): Neurose – an der Grenze zwischen Krank und Gesund: Eine Ideengeschichte zu den Grundfragen des Menschseins

Springer Verlag, Berlin Heidelberg

Rogers, C.R. (1956): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (1992), Vol. 60, Nr. 6, S.827-832, American Psychological Association

Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology, 21, S.95-103

Rogers, C.R. (1959): A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.): Psychology: a study of a science, Vol. 3, McGraw Hill, New York, S.184-256

Rogers, C.R. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit.

Klett Verlag, Stuttgart

Rogers, C.R. (1973): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-Centered Therapy.

Kindler Verlag, München

Rogers, C.R. (1977) (Hrsg.): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.
Kindler Verlag, München

Rogers, C.R., Rosenberg, R. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit.
Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Rogers, C.R. (1983): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main

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

Rogers, C.R. (1992). Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Klett Cotta Verlag, Stuttgart.

Rogers, C.R., Dorfman, E. (1997): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-centered therapy.
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main

Rogers, C.R. (2000): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. 18. Auflage
Fischer Verlag, Frankfurt/Main.

Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6, S. 412-415

Rüedi, Jürg (Hrsg.) (2007): Alfred Adler. Menschenkenntnis (1927).
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Sander, K., Ziebertz, T. (2010): Personzentrierte Beratung. Ein Lehrbuch für Ausbildung und Praxis.
Juventa Verlag, Weinheim und München

Schmid, P.F. (2002): Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung.
Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium, zugleich Jahrestagung der Ärztlichen
Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), „Selbstentfaltung und therapeutische
Beziehung“

Klinikum am Weissenhof

Schmid, P.F. (2009): Personzentrierte Psychotherapie. In Slunecko, T. (Hrsg.) (2009):
Psychotherapie. Eine Einführung.

Facultas.wuv Univesitätsverlag, Wien, S.143 - 188

Seiffge-Krenke, I. (2010): Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit
Kindern und Jugendlichen. 2.Auflage

Klett-Cotta Verlag, Stuttgart

Slunecko, T. (Hrsg.) (2009): Psychotherapie. Eine Einführung.

Facultas.wuv Univesitätsverlag, Wien

Stiles, W.B. (2006): The Client-Therapist Relationship. In Feltham, C., Horton, I. (2006): The
Sage Handbool of Counselling and Psychotherapy. Second Edition. Sage Publications,
London, Thousand Oaks, New Dehli, S.64-72

Taber, B.J., Leibert, T.W., Agaskar, V.R. (2011): Relationship among client-therapist
personality Congruence, working alliance, and therapeutic outcome. In: Psychotherapy:
Theory, Research, Practice, Training. Advance online publication. doi:10.1037/a0022066

American Psychological Association

Walach, H. (2005): Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte der
Psychologie. Ein Lehrbuch.

Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Walsh, R. (2010): Achtsamkeit und Empathie. In: Hick, S.F., Bien, T. (2010): Achtsamkeit in
der therapeutischen Beziehung. Arbor Verlag, Freiburg im Breisgau, S.111-130

Wampold, B.E., Carlson, J., Englar-Carlson, M. (Hrsg.) (2010a): The Basics of
Psychotherapy. An Introduction to Theory and Practice.

American Psychological Association, Washington, DC

Wampold, B.E. (2010b): The Research Evidence For The Common Factors Models: A Historically Situated Perspective. In: Duncan et al. (Hrsg.) (2010): The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy. 2nd Edition. American Psychological Association, Washington, DC, S.49-81

Wiegand, R. (1990): Alfred Adler und danach – Individualpsychologie zwischen Weltanschauung und Wissenschaft.
Ernst Reinhardt Verlag, München

Internetquellen

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/WISSENSCHAFTSPSYCHOLOGIE/PSYCHOLOGEN/Adler.shtml>; 10.8.2011

<http://www.bruehlmeier.info/>11.8.2011

<http://apg.ips.at/upload/artikel/paper-pca.pdf>; 11.08.2011

<http://www.individualpsychologie.at/chronologie.html#1900>; 12.11.2011

<http://www.individualpsychologie.at/menschenbild.html>; 13.11.2011

<http://www.psychotherapie.at/ueber-psychotherapie>; 2.1.2012

Anhang

Interviewleitfaden

1. Allgemeine Fragen

Geschlecht

Berufserfahrung in Jahren

Ausbildung

Richtung (personenzentriert oder individualpsychologisch)

2. Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

Welche Themen werden vorwiegend angesprochen? Nennen Sie drei, die Ihnen spontan einfallen.

3. Bitte gewichten Sie die folgenden Schlagworte - wie Sie finden, dass sie in einer therapeutischen Beziehung wichtig sind – aufsteigend von 1 (Wichtigste) bis 5.

Objektivität	
Empathie	
Neutralität	
Echtheit	
Transparenz	

4. Beschreiben Sie kurz den Begriff „therapeutische Beziehung“?

Was ist Ihnen bei der Entwicklung einer Beziehung zwischen Ihnen und einem Klienten wichtig?

Ist das immer gleich oder hängt das vom Klienten ab? Wenn ja, wovon ist das abhängig? Wie unterscheiden Sie?

5. Was sind die Grenzen? Welche?

Gibt es Widerstände? Welche?

Wie gehen Sie damit um?

6. Was fällt Ihnen zu den Begriffen Arbeitsbündnis (working alliance) und Beziehungsangebot ein?

Interview 1

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B1: Vierzig Jahre.

I: Sie sind Individualpsychologin?

B1: Ich habe 1981 die Ausbildung abgeschlossen.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B1: Schwerpunkt Kinder und Jugendliche (..) aber natürlich auch Erwachsene, aber ungefähr zwei Drittel Kinder und Jugendliche.

I: Welche Themen werden vorwiegend angesprochen?

B1: Das ist extrem unterschiedlich (...) Angst ist ein ganz zentrales Thema (...) Verhaltensauffälligkeiten und dazu muss ich sagen, dass ich einen (..) zweite Schwerpunktsetzung habe und das ist die der Teilleistungsschwäche (5sek) wobei die Kinder mit Teilleistungsschwächen nur zu einem kleinen Teil bei mir in der Praxis auftauchen, sondern in meinen X. betreut werden.

I: Da haben Sie eine eigene Methode entwickelt.

B1: Genau.

I: Ich habe jetzt drei Schlagworte und würde Sie bitten, diese in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehung zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, drei das am wenigsten Wichtige. Das wären Objektivität, Empathie und Neutralität.

B1: Empathie (..) Objektivität (..) Neutralität

I: Bitte beschreiben Sie den Begriff therapeutische Beziehung.

B1: Mhm. Ich verstehe es natürlich als Tiefenpsychologin (..) Die therapeutische Beziehung gibt dem Patienten die Möglichkeit mit deinem Beziehungsmuster, mit seinen Beziehungserfahrungen auch die Beziehung zu seinem Therapeuten zu gestalten (..) und da er (..) alle Projektionen, Übertragungen einzubringen. Aufgabe des Therapeuten ist, diese (..) zu verstehen, zu erkennen und dem Patienten zu helfen, dass er (..) die (..) auch verstehen kann, also individualpsychologisch gesprochen, seinen Lebensstil zu erkennen und den dann korrigieren zu können.

I: Was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung besonders wichtig?

B1: Der Beginn ist das was Adler die Befriedigung des Zärtlichkeitsbedürfnisses nennt. Das es zu erst einmal darum geht, mit dem Patienten ein Arbeitsbündnis aufzubauen (..) das nur dann möglich ist, wenn es eine Vertrauensbeziehung gibt (...) und im weiteren Inhalt der therapeutischen Beziehung ist die Prozessanalyse, das ist so die (..) neuere, neu jetzt unter Führungszeichen Zugangsweise zum Betrachten des therapeutischen Prozesses das Wesentliche.

I: Was meinen sie mit Neuere? Das heißt, in den letzten Jahren entstanden?

B1: In den letzten zwanzig Jahren, daher neuere unter Führungszeichen.

I: Inwiefern hängt die therapeutische Beziehung vom Klienten ab?

B1: Absolut (..) absolut, das So-sein des Klienten in seinen (..) neurotischen Defiziten, aber auch in seinen Ressourcen, was ja in der Individualpsychologie ein Thema ist. In der Finalität seines Handelns, seines Lebensstils gestaltet er die therapeutische Beziehung und deswegen ist ja (..) auch die (..) Selbsterfahrung, dieses Sich-selber-kennenlernen, etwas ganz Zentrales, damit tatsächlich die (..) Beziehung vom Patienten gestaltet wird und der Therapeut dann mitgestaltet, aber (..) sie ist individualisiert auf den Patienten.

I: Wo sind die Grenzen oder sehen Sie überhaupt Grenzen in der therapeutischen Beziehung?

B1: Jetzt bin ich nicht sicher, was Sie meinen. Meinen Sie jetzt ethische Grenzen, die sind durch die Ethikregeln sowieso geregelt. Die Gegenübertragungsanalyse ist ein wichtiges Agens im Rahmen der tiefenpsychologischen Psychotherapie und ein (..) Hilfsmittel (...) also ein technisches Hilfsmittel (5sek.) Alles andere ist ja sowieso durch die Ethikregeln definiert.

I: Gibt es Widerstände von den Klienten?

B1: Natürlich.

I: Und wie gehen Sie damit um?

B1: Wir versuchen, also Klient und ich versuchen zu erkennen, erstens, dass es ein Widerstand ist, zweitens diesen Widerstand aufzudecken und die Zielsetzung, die Finalität dieses Widerstandes zu verstehen. Denn die Finalität ist, jetzt spreche ich wieder sehr Individualpsychologisch, ist ja immer ein neurotischer Sicherheitsstecken, das heißt, der Widerstand dient dazu, um den Patienten in einer fiktiven Sicherheit zu halten. Der Widerstand wird natürlich von Patient zu Patient völlig unterschiedlich ausagiert (..) also das kann sehr verschieden sein, von Stunde verschieben, zu spät kommen, Stunde vergessen, schweigen, einschlafen (..) gibts natürlich verschiedene Wege das zu Agieren.

I: Sind aber trotzdem ein Teil von der therapeutischen Beziehung und wird auch als solcher erkannt.

B1: Ja (...) Der Widerstand ist ja kein absichtlicher Widerstand, der absichtliche Widerstand ist leicht, das ist keine Kunst in der Therapie damit umzugehen. Das, was wirklich hilfreich ist und weiterbringt, aber was auch das Schwierigere ist, ist eben der unbewusst motivierte Widerstand (5sek.) Es kann auch sein, dass der Therapeut dann aggressiv wird gegenüber dem Therapeuten, also es kann sehr unterschiedlich ausschauen, je nach Persönlichkeitsstruktur.

I: Was fällt ihnen zu den Begriffen Working Alliance und Beziehungsangebot ein?

B1: Was mir dazu einfällt? Was ich assoziiere?

I: Genau. Zuerst einmal die Working Alliance.

B1: Ja, die herzustellen ist die erste, ist das Anliegen der ersten Phase der Psychotherapie (7sek.) Die herzustellen auf einer bewussten Ebene ist nicht schwierig, denn der Patient kommt ja absichtlich in Psychotherapie, der fällt ja nicht bei der Türe herein. Das heißt, er hat ja schon eine bestimmte Vorstellung und ein (..) bestimmte, vielleicht auch Vorurteil, wie diese Zusammenarbeit ausschauen möchten, wird, aber eines weiß er, er will dort was, also er will zusammenarbeiten, auch wenn er vielleicht ganz andere Vorstellungen davon hat. Also die ist von der bewussten Ebene her üblicherweise gegeben, dann wird sie natürlich im Zuge der Therapie immer wieder auf die Probe gestellt und wird sich bei einer gelingenden

Therapie vertiefen. (10sek) Was war das Zweite?

I: Beziehungsangebot

B1: Jede Psychotherapie ist ein Beziehungsangebot, es gibt keine Psychotherapie ohne Beziehung (5sek.) Es ist der Boden, auf dem die Psychotherapie sich abspielt, aber es ist natürlich eine sehr spezielle Beziehung. Nicht das, was man als Freundschaftsbeziehung bezeichnet.

I: Vielen Dank für das Gespräch.

Interview 2

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B2: Sechsenddreißig Jahre.

I: Von der Ausbildung her Personenzentriert und Analytiker?

B2: Wenn man es genau nimmt, gehöre ich zu den Gründern der X in Österreich und eine Ausbildung Y habe ich auch.

I: Wie lange sind Sie schon Analytiker?

B2: Seit 1990, also einundzwanzig Jahre.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B2: (8 sek) Ich weiß nicht, was für eine Einteilung Sie jetzt erwarten, aber grundsätzlich würde ich eher sagen neurotische Probleme, Beziehungsprobleme (..) selten (..) aber auch (...) Psychose nahe Probleme, Borderline. Mit Sucht habe ich weniger zu tun (5sek) mit Depression viel.

I: Mit Erwachsenen?

B2: Erwachsene und Kinder.

I: Kinder auch?

B2: Jugendliche auch.

I: Ist das recht aufgeteilt, oder?

B2: Der überwiegende Teil sind Erwachsene.

I: Ich habe drei Schlagworte in Bezug auf die therapeutische Beziehung und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Als erstes das Wichtigste und als drittes das am wenigsten Wichtige. Das wäre Objektivität, Empathie und Neutralität.

B2: (5sek) Eins, zwei, zwei. Die Empathie ist eins, Objektivität und Neutralität (...) kommt mir recht gleich wichtig vor, Platz zwei, Platz zwei.

I: Was verstehen Sie unter dem Begriff therapeutische Beziehung?

B2: Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, die auf Vertrauen, auf wechselseitigem Vertrauen beruht (...) und (7sek) der Therapeut kann nur die

Rahmenbedingungen für das Wachsen des Vertrauens bereitstellen (8sek) aber Beziehung ist in jedem Fall etwas Wechselseitiges (..) in (..) das sowohl die Beziehungsfähigkeit des Klienten wie die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten miteingeht (10sek) in der Psychoanalyse bezeichnet man das mit einem neueren Schlagwort als Intersubjektivität (...) In dem Zusammenhang war der Carl Rogers vielleicht noch etwas bescheidener, er hat therapeutische Beziehung als das zur Verfügung-Stellen der therapeutischen Haltung des (..) des Therapeuten verstanden (5sek) Aber ich würde halt einen Schritt weiter gehen zu sagen, es ist Etwas, das auf Wechselseitigkeit beruht.

I: Das ist im Laufe der Jahre wahrscheinlich >>gewachsen<<, diese Einstellung?

B2: >>Dazugekommen<<

I: Was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung besonders wichtig?

B2: (10 sek) Naja, da kommen die Schlagortworte vom Rogers ins Spiel, nicht? Also neben der Empathie geht es um Echtheit (...) um Akzeptieren (...) und im Zusammenhang mit der Echtheit auch um Transparenz, das was der Therapeut ausdrückt muss mit dem übereinstimmen, was er fühlt.

I: Also auch im Sinne von authentisch und kongruent.

B2: Ja. (5sek) Der Trick an der Geschichte ist der, er muss nicht alles ausdrücken, was er fühlt, aber was er ausdrückt muss echt sein. (5sek) Wenn ich mir Sorgen um einen Klienten mache, muss ich dem das nicht sofort auf die Nase binden. (...) Früher oder später, wenn es stark ist, doch. Aber, aber, wenn ich etwas ausdrücke, muss das, was ich ausdrücke mit meinem inneren Empfinden übereinstimmen.

I: Also, das sind für Sie die wichtigsten Punkte in der Entwicklung der therapeutischen Beziehung? Und wie gehen Sie individuell auf den Klienten ein? Ist das immer gleich oder hängt das stark vom Klienten ab?

B2: Der XY und ich wir haben in einer früheren Arbeit einmal das Wort Vergewisserung verwendet. Also es ist ein wiederkehrendes Überprüfen, ob man den Klienten richtig verstanden hat. Und zwar nicht nur kognitiv, sondern auch emotional richtig verstanden hat.

I: Ist das für Sie eher aus personenzentrierter Sicht oder aus tiefenpsychologischer?

B2: Ich bin kein klassischer Analytiker, sondern ein Analytiker, der mehr dem Zweck der Selbstpsychologie der Psychoanalyse zuneigt (...) und auch da ist es sozusagen überprüfen, ob man den Klienten wirklich richtig verstanden hat, lange Zeit viel wichtiger als die Deutung.

I: Und dieses Überprüfen im Sinne von Akzeptieren, Empathie und Transparenz?

B2: Natürlich, wobei das Akzeptieren bezieht sich auf das Hier und Jetzt, ja. Wenn mir ein Klient erzählt, dass er seinen Sohn geschlagen hat, da bin ich nicht einverstanden. Aber in dem Moment, in dem er das Hier und Jetzt erzählt, versuche ich ihn mit seiner Erzählung jetzt zu akzeptieren.

I: Okay, wertfrei einfach?

B2: Ohne Wertung, ja. Ich versuche eher das Gefühl, mit dem er mir das erzählt, ist das reumütig oder ist das stolz oder ärgerlich oder irritiert oder. Ich versuche dieses Gefühl zu erfassen und das kann ich nur im Hier und Jetzt, nicht.

I: Da passt die nächste Frage ganz gut dazu. Wo sehen Sie Grenzen und welche Grenzen sehen Sie?

B2: In der Therapie?

I: Ja. Und in der Beziehung zum Klienten.

B2: Ja, es gibt eine. Normalerweise muss ich meine Werthaltung nicht einbringen in die Therapie, meine Werthaltung zu den Dingen, die mir der Klient erzählt, ja. Ich muss nicht sagen, ich finde es abzulehnen, dass sie ihren Sohn schlagen, ja. Wenn aber der Klient aus irgendeinem Grund mir signalisiert, er meine, dass ich doch dieselbe Auffassung vertrete, dann muss ich mich abgrenzen. (7sek) Ich habe einmal einen jungen Buben gehabt, der mit Begeisterung auf Pappschilder, die Menschen dargestellt haben, geschossen hat. Und der war sehr stolz darauf, dass er in dieser Clique einen hohen Rang einnimmt, weil er so gut zielt. Und hat mir den Eindruck vermittelt sozusagen, naja, das ist eh super, was er da macht. Und ich denke das doch sicher auch, ja. Und dann habe ich sagen müssen, die Aktion finde ich nicht super und ich verstehe, dass du stolz bist, dass du in dem in der Clique gut ankommst. Aber die Aktion selber ist nicht meines.

I: Da ist dann aber auch die Wertschätzung drin.

B2: Die Wertschätzung für sein Erleben, aber nicht für seine Tat. Das ist eigentlich die wichtigste Abgrenzung, die ich kenne. In den aller, allermeisten Fällen muss man das eigentlich gar nicht tun, weil der Klient nicht davon ausgeht, dass ich unbedingt seiner Meinung bin. Aber in der Pubertät oder in einem sehr angeschlagenen psychischen Zustand kann das manchmal schon der Fall sein.

I: Gibt es Widerstände und wenn ja, welche?

B2: Ja, und Grenzen gibt es natürlich auch, aber das sind die allgemein üblichen Grenzen in der Therapie, ja. Wir gehen nicht Kaffee trinken miteinander, ich treffe ihn nicht außerhalb, aber das ist jetzt nichts spezifisch Personenzentriertes oder Psychoanalytisches. Sondern das sind einfach die Grenzen, er greift mich nicht an, ich greife ihn nicht an, so.

I: Die klaren Strukturen und der klare Rahmen.

B2: Die Therapie, das Setting muss einfach bleiben. Jetzt habe ich ihre nächste Frage?

I: Die Widerstände, ob es Widerstände gibt und wie Sie damit umgehen?

B2: Naja, da sollten sie den Carl Rogers zitieren. Der hat 1986 geschrieben (..) Widerstand hat aus seiner Sicht zwei Quellen (...) Zum einen die falsche Handhabung der Technik durch den Psychotherapeuten. Zum anderen die Scheu des Klienten, die Pein des Klienten sich zu enthüllen. (5sek) Das erste wird man wohl versuchen müssen zu korrigieren, das zweite, beim zweiten gibt es keine andere Variante als versuchen zu akzeptieren, dass es für den Klienten jetzt schwer ist oder beschämend oder (...) peinlich oder wie immer und das eventuell noch zu formulieren. (4sek) Mit Widerstand muss man grundsätzlich akzeptierend umgehen. (...) Wenn man ihn nicht akzeptiert, verstärkt man ihn.

I: Und wird einfach auch so hingenommen, dass er einfach für den therapeutischen Prozess gerade wichtig ist?

B2: Das es im Moment das Beste ist, was der Klient mir bieten kann. (4sek) Ich fasse Widerstand grundsätzlich eher als Selbstschutz auf.

I: Das heißt, sie versuchen einfach, das wirklich zu akzeptieren und?

B2: Und auch diesen Selbstschutz zu akzeptieren, nicht. Dass ein Klient natürlich das Recht hat, sich zu schützen, wenn er Angst hat. Wenn ich das nicht akzeptieren würde, würde ich

zu einer Retraumatisierung neigen, nicht. Dann würde er sozusagen durch mein Verhalten noch einmal eine ein Schaden, eine Traumatisierung erleiden.

I: Dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar die working alliance und das Beziehungsangebot, was fällt Ihnen dazu ein?

B2: (5sek) Die working alliance (10sek) woher stammt dieser Begriff?

I: Aus der Psychoanalyse.

B2: Sie meinen das Arbeitsbündnis?

I: Das Arbeitsbündnis, ja genau.

B2: Mir kommt die Bezeichnung Arbeitsbündnis, ich weiß dass sie bei Freud verwendet wurde und bei den nachfolgenden auch. Die kommt mir (...) insofern überholt vor, als das Freud'sche Beziehungsmodell darin bestand, dass der Analytiker abstinent ist und sich wie eine weiße Wand sozusagen zur Verfügung stellt, möglichst unpersönlich, möglichst neutral, möglichst von außen. Damit sich die Neurose des Klienten besonders stark, besonders deutlich auf dieser weißen Wand abbildet. Und da sozusagen braucht man nur das Arbeitsbündnis, aber therapeutische Beziehung ist eigentlich viel mehr als Arbeitsbündnis. Ist eigentlich viel intensiver und vor allem wechselseitig, die diese Abstinenz die der Freud vorgeschlagen hat, aber das war vor hundert Jahren, glaube ich kann man so nicht aufrecht halten. Aber man muss sie heute glaub ich durch Zurückhaltung ersetzen und Zurückhaltung heißt (5sek) natürlich geht es primär um den Klienten und nicht um meine Geschichte und nicht um meine Mitteilungen, aber es geht sehr stark darum, dass das ich mich soweit in der Beziehung zum Klienten zeige, dass er, dass das Vertrauen wachsen kann und dass er sich weiter öffnen kann. (...) Der zweite Begriff war?

I: Das Beziehungsangebot.

B2: (...) Das würde eigentlich ganz gut zum Rogers passen. Wie gesagt, er hat das, er hat Beziehung vielleicht noch etwas bescheiden als das Beziehungsangebot des Therapeuten verstanden. (5sek) Und der Rogers hat sich ja sehr stark auf die Haltungen des Therapeut bezogen, darüber hat er viel geschrieben. Während Freud, also während die klassische Psychoanalyse am meisten über den Klienten oder den Patienten nachdenkt, ja. Was in der Seele, im psychischen Apparat des Patienten vor sich geht. Nun sind wir (4sek) das war glaub ich nach 1900, der Rogers war nach 1940, jetzt sind wir noch einmal siebzig Jahre später. Also müssen wir, glaube ich, von einer größeren Wechselseitigkeit, von einem Wechselspiel der beiden Subjektivitäten ausgehen. Und da, das ist also mehr als Arbeitsbündnis und ist schon mehr therapeutische Beziehung, die aber von beiden bestimmt wird. Insofern schaut jede Therapie bei einem anderen Therapeuten auch wieder eine Nuance anders aus, ja. Man könnte nicht sagen, weil das jetzt Personenzentrierte Psychotherapie ist, schaut sie bei jedem Personenzentrierten Psychotherapeuten gleich aus und im Grunde gilt das natürlich auch für die Psychoanalyse.

I: Und vom Klienten hängt es natürlich auch ab.

B2: Aber es hängt eben auch von der Persönlichkeit des Therapeuten ab.

I: Und haben Sie vielleicht das Gefühl, dass sich die Tiefenpsychologie und die Personenzentrierte Psychotherapie ergänzt?

B2: Naja, in der Selbstpsychologie und in der Weiterentwicklung der Intersubjektivität kommen sie einander näher. Ich könnte kein klassischer Analytiker sein, also ich könnte mich nicht gleichzeitig Personenzentriert einbringen und als klassischer Analytiker

vollkommen abstinent sein, das widerspricht sich, nicht. Also ich bin trotzdem nur ein und dieselbe Person jedes Mal.

I: Vielen Dank für das Gespräch.

Interview 3

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B3: Also eingetragen in die Liste bin ich seit dreiundneunzig, seither hab ich Berufserfahrung. Also vorher auch schon ein bisschen, aber. (5sek) Zwanzig Jahre, geht sich das aus? Ja. (5sek) Ja, also ungefähr mehr als zwanzig Jahre kann man sagen.

I: Und Sie sind Individualpsychologin?

B3: Ja

I: Und welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B3: Also zurzeit sind das Essstörungen, Depressionen (5sek) Borderline (5sek) und somatoforme Schmerzstörungen. Früher auch Alkoholranke.

I: Und sind es Erwachsene oder eher Kinder und Jugendliche?

B3: Immer Erwachsene, seit ich in dem Bereich tätig bin, immer nur mit Erwachsenen. Also von volljährig bis (...) ja, ich glaube die Älteste war vierundneunzig.

I: Ich nenne Ihnen jetzt ein paar Schlagworte in Bezug zur therapeutischen Beziehung und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Und zwar Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B3: (5sek) Echtheit eins, Empathie zwei (5sek)

I: Objektivität, Neutralität und Transparenz.

B3: Ja drei die Objektivität, vier die Neutralität und die Durchsichtigkeit dann fünf.

I: Was verstehen Sie unter dem Begriff therapeutische Beziehung?

B3: (12sek) Also, sobald ich mit einem oder mehreren Patienten in einem Raum bin, wo klar ist, dass Therapie stattfindet (5sek) passiert Beziehung. (4sek) Das beginnt mit. (4sek) Naja, nein, das ist einmal das eine. Beziehungsweise es beginnt damit, Telefonkontakt. Also, sobald ich mit jemandem zu tun habe beginnt (...) die therapeutische Beziehung. Das ist auch, wenn ich den da herein begleite ins Zimmer, also es ist nicht nur das Sitzen und Reden, sondern sobald ich Kontakt habe.

I: Also bei Ihnen beginnt das wirklich beim ersten Telefongespräch, also vom ersten Mal, wenn sie sich da vorstellen, beginnt die Beziehung?

B3: Ja, ja, ja schon. Auch in der Gruppentherapie. Also sobald ich im Raum bin und ein Patient kommt herein oder der zweite, fängt das an.

I: Haben Sie viele Gruppentherapien?

B3: Ja, also dreimal in der Woche eine Stunde im Rahmen meiner Tätigkeit auf der Station X.

I: Und da sind Sie der einzige Therapeut?

B3: Ja, das machen, das ist zu zweit.

I: Dann wieder zurück zur therapeutischen Beziehung. Was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung zwischen einem Klient und Ihnen wichtig?

B3: Humor (7sek) Und die Bereitschaft, dort hin zu schauen, wo es weh tut. Also, wo das, wo mögliche Ursachen für (4sek) bestimmte Zustandsbilder sein können.

I: Die Bereitschaft vom Klienten, aber auch von Ihnen?

B3: Beide, ja, ja. Auch meine, ja.

I: Was brauchen Sie oder was müssen Sie geben, dass Sie vom Klienten diese Bereitschaft bekommen?

B3: Was muss ich geben? Ja, ich gebe, was muss ich geben? Also ich gebe mich, also mein Angebot ist es (4sek) für dieses da zu sein.

I: Authentisch als Therapeut da zu sein, oder?

B3: Ja, wenn man will. Also (4sek) Also im Idealfall ist es so, dass das ja. Na gut da bei uns. Egal, also es ist ja abgeklärt, ob man irgendwie zueinander passt oder nicht. (5sek) Und wenn man dann sagt, wir versuchen es miteinander, dann bin ich da. Und muss halt (4sek) hinhören, hinschauen (...) Fragen stellen (5sek) also.

I: Was gibt es für Grenzen in der therapeutischen Beziehung oder Schwierigkeiten?

B3: Also deklarierte und zur Schau gestellte Rechtslastigkeit. (7sek) Kindes, also (...) ja schon, also Kindesmissbrauch, da kann ich nicht so mit. Also, wenn da jemand davon schwärmt und sagt, das ist mein Ein und Alles, nur so kann ich glücklich werden, dann (5sek) schau ich, dass der wo unterkommt oder die, wo das passt. Andererseits ist sehr wohl Thema Missbrauch immer ein Thema bei den Leuten, die da kommen, also das. (4sek) Naja, was, also (7sek) ständiges Drohen mit Suizid (7sek) weil das jede Form der Beziehung, also ein ständiges Sagen "Ich bringe mich um" ist gleichbedeutend mit Verneinen der Beziehung und Verneinen des Hilfsangebotes, also so stabil. Es kann zu suizidalen Krisen sehr wohl kommen, die sind auch bearbeitbar, aber ständig auf dem Herumzureiten oder gar Handlungen in der Richtung zu setzten, auch selbstverletzendes Verhalten, extremes, oder Alkoholmissbrauch während der Therapie. Genauso Drogenmissbrauch überhaupt, dann wird das halt beendet für dieses Mal. Ja, sonst noch was?

I: Kommt das oft vor, dass sie dann die Therapie beenden?

B3: Naja, der Vorteil ist, dass ich eingebunden bin in ein Team und das muss eh der Arzt entscheiden. Aber das, bei den Spielregeln die die Patienten unterschreiben, ist das drin und es gibt die Regel einmal ist keinmal und das zweite Mal ist einmal zu viel. Also wenn es nicht extrem ist und wir wissen ja, dass das keine leichten Menschen oder Patienten oder wie auch immer sind (5sek) und das zum Teil ja auch dazu gehört, dass man mit seinem Verhalten noch einmal als Apell sagt, schaut her, wie schlimm geht es mir. Also bei einem Mal geht es, aber beim zweiten Mal nicht, das ist dann zu viel. Da gibt es eine Verwarnung und beim zweiten Mal ist halt dann Schluss für dieses Mal.

I: Und gibt es auch Widerstände?

B3: Von wem?

I: Von den Patientinnen oder Patienten. Wenn ja, wie gehen Sie damit um?

I: Also ich meine eine Suizidandrohung ist ja schon einmal ein Widerstand zum Beispiel.

B3: Das ist kein Widerstand, das ist sogar ein (8sek) Beziehungsabbruch. Also Widerstand ist, wenn man (6sek) Widerstand (5sek) Also (4sek) Das ist so ein großes Wort, also ich sage eher Sicherungstendenz. Das macht vor dem Hintergrund jeder Erkrankung auch Sinn (6sek) Also, in den aller, aller meisten Fällen macht die Krankheit ja Sinn, weil die das Überleben gesichert hat. Und da macht es auch Sinn einmal hinzuschauen, was ist das für einer, der mir da gegenüber sitzt und mir Heilung verspricht. Und bin ich bereit, auf einen Teil diese Sicherungstendenzen zu verzichten, das ist part of the game. Und das ist ein ständiges (4sek) Einander - abarbeiten.

I: Ein Wechselspiel sozusagen?

B3: Auch, ja, ja, ja. Also Widerstand ist mir in der Zwischenzeit zu negativ.

I: Daher ist die Sicherungstendenz passend?

B3: Ja.

I: Und was ist ihre Rolle oder ihr Part, den sie da übernehmen?

B3: Zu verstehen, was läuft. Auch zu akzeptieren und das dem Gegenüber auch ehrlich zu vermitteln, dass das einen Sinn auch gemacht hat bisher, dieses Verhalten. Und das ich das auch bis zu einem gewissen Grad einsehe, dass diese Sicherungstendenzen notwendig sind. Aber worum es hier geht ist, dass der/die lernt, dass es auch notwendig ist das einmal wieder aufzugeben im Hinblick auf, ja besser mit seinem Leben zurechtzukommen. Heilung ist wirklich so ein riesen Wort. Das ist meine Aufgabe und überhaupt Hoffnung zu wecken, dass es Sinn macht, auch was anderes einmal auszuprobieren. (5sek) Das ist das Um und Auf.

I: und inwiefern hängt noch einmal die therapeutische Beziehung vom Klienten oder vom Patienten ab?

B3: Sie hängt von beiden ab. Also (7sek) darum habe ich vorher gesagt, so wie ich bin, bin ich und das wirkt natürlich, löst bei jedem was anderes aus. Und der Patient löst bei mir etwas aus. Was war jetzt die Frage?

I: Inwiefern die therapeutische Beziehung vom Klienten abhängt.

B3: Naja, also sie hängt insofern ab, als (5sek) Also sein Part ist, wie gestaltet er die Beziehung. Davon hängt es dann ab.

I: Also es muss wirklich individuell auf jeden eingegangen werden.

B3: Ja, ja. Es geht nicht anders. Deswegen kostet es auch Zeit und ist aufwendig, aber, ja. Es ist jeder Mensch einzigartig und so muss man bei jedem das immer ein wenig anders gestalten. Ja und jeder geht auf das dann halt auch anders ein, das ist dann sein Beitrag.

I: Und macht das Unterschiede, ob Sie jemanden in der Einzeltherapie haben oder in der Gruppentherapie, einfach mit der Dynamik oder so?

B3: Von der Dynamik her macht es einen riesen Unterschied, ja. Weil man tut nicht mit einem Unbewussten, sondern mit, also so viele Leute halt drinnen sitzen, Unbewussten zu tun hat. Und eine Gruppe hat einfach eine andere Dynamik.

I: Es ist sicher auch zwischen den Therapeuten?

B3: Naja, es ist einmal das eine (5sek) Also es ist von Vorteil, wenn man sich mit seinem Co oder seiner Co gut versteht. Und auch weiß, wo Grenzen sind. (...) Ja, der Rest ist ein freies Spiel der Kräfte, also jedes Mal von neuem. Das ist, ja. (5sek) Also es kann einen einer hinters Licht führen, aber wenn acht dort sitzen, sind das halt acht. Das schwierige in der Gruppe, ja, ja schon das schwierige. Man muss immer achten, also es gibt Deutungen, die dann die Gruppe als Gruppe betreffen. (4sek) Und trotzdem muss man aber auch schauen, wie geht es den Einzelnen mit dem jeweiligen Thema, da gibt es unterschiedliche Geschwindigkeiten. Das macht es ja auch noch einmal anders und fordernder. (10 sek) Der Vorteil in der Gruppe ist, dass da jeder Einzelne da Sachen über sich lernen kann, die er in der Einzel- oder sonst nie lernen wird. Weil, wo ist es möglich, dass ich mit dem, was ich mitbringe im Rahmen von, da sitzen wildfremde Leute und das dauert zwei, drei Stunden und ich habe die gleichen Probleme, wie ich sie oft daheim oder mit meinen Geschwistern oder am Arbeitsplatz habe. Und wenn ich spätestens dann nicht verstehe, dass das auch etwas mit meinem Verhalten zu tun hat. Aber, also das ist. (4sek) Ja, das ist, das ist einfach der riesen Vorteil der Gruppe.

I: Gut, dann habe ich noch eine letzte Frage. Und zwar, was fällt Ihnen zu den Begriffen Arbeitsbündnis und Beziehungsangebot ein?

B3: Ohne Arbeitsbündnis geht es nicht, was soll mir dazu einfallen? Also das ist das Um und Auf, also wenn das nicht gelingt, kann Therapie auch nicht gelingen.

I: Das ist die Basis quasi, oder? Von Psychotherapie?

B3: Naja, ja ja. Basis, Grundlage (5sek) Das ist ja das, worauf, also jetzt, wenn man in freier Wildbahn arbeitet und die Leute über einen längeren Zeitraum kommen, auch immer wieder zurückkommen kann, wenn es eng wird. Er ist ja gekommen weil er etwas wollte, so oder sie, ja. Also ohne dem geht es nicht und wenn man sich aber auf das nicht, es muss ja klar sein (6 sek) Also Arbeitsbündnis heißt, ich sage, ich kann mit dir und er sagt, er kann sich vorstellen mit mir und ungefähr, worum soll es gehen. Und natürlich draußen, nicht zu vergessen, das Geld. Naja, naja, es ist Teil des Arbeitsbündnisses, also das man sich ausmacht, wird pro Stunde bezahlt oder am Ende des Monats. Was passiert mit Stunden, die ausfallen und so. Und wenn das klar ist, kann man dann anfangen.

I: Und Beziehungsangebot?

B3: Therapie ist gleich Beziehungsangebot. Also (5sek) also jede Form der Therapie, auch Verhaltenstherapie ist ein Beziehungsangebot. Auch wenn die das nicht hören wollen oder sich schwer tun, das zu akzeptieren. Es weicht, es weicht Gott sei Dank eh auf, aber die Therapie ist deswegen erfolgreich, weil es gelingt, ein Beziehungsangebot zu etablieren. Und es gibt wunderbare Untersuchungen aus neuerer Zeit, dass das was in der Therapie wirkt nämlich die Beziehung ist und nicht die Schule, der Hintergrund. Es gibt nämlich jetzt sogar schon Untersuchungen, die belegen, dass die Beziehung besser wirkt als Medikamente, das hören die oft nicht gerne. Also, damit ist das ja beantwortet.

I: Ja, vielen Dank für das Gespräch.

Interview 4

I: Wie lange habe Sie schon Berufserfahrung

B4: Die individualpsychologische Ausbildung habe ich begonnen, weiß ich jetzt nicht (...) 1986.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B4: Also jetzt vom Alter her ist es? Natürlich Kinder, Eltern (5sek) Also Volksschulkinder, Kinder von sechs bis elf.

I: Und deren Eltern auch?

B4: Und die Eltern natürlich, nachdem die Schule ja sehr stark auch die Eltern miteinbeziehen muss. Und das natürlich auch in dieser Gegend, wie sie sich vorstellen können. Das ist eine sehr arme Gegend. Also wenn Kinder hier in die Schule kommen aus dem Umfeld, also ich weiß nicht, man muss ja nur schauen, wenn man die Gasse X. Ich weiß nicht, ob sie das gesehen haben. Da sind die letzten Wohnungen, bevor man ums Eck biegt. Also das schaut aus wie Hasenställe, das ist schrecklich, ja. Also es sind zum Teil wirklich wahnsinnig Arme, Arbeitslose, Migranten. Ja auch beeinträchtigte Leute zum Teil, die halt schon durch Generationen Armut oder auch durch die Migration, auch schwerst gesundheitlich und psychisch beeinträchtigt sind. Dann haben wir da AB und ein Heim von den XY, die dauernd Passager-Flüchtlinge und die, die dann eh wieder abgeschoben werden. Wir nehmen die auf im September und abgeschoben werden sie dann, ich weiß nicht, im März. Solche Dinge haben wir dann halt auch. Und das, das prägt auch den Arbeitsalltag. Das heißt, dass wir auch gelernt haben damit umzugehen, dass einfach Kinder wieder verschwinden und dass wir nichts dagegen tun können. Wir haben einige Male etwas dagegen tun können, aber natürlich können wir das nicht immer. Also das ist auch wichtig, vielleicht auch zu sehen in welchem Kontext diese Art der Pädagogik stattfindet. Natürlich sind jetzt nicht alle arm, ja, aber ich würde sagen zwei Drittel. Na schon. (4sek) Viele Roma-Familien auch, wo auch das oft so (...) auch davon geprägt ist, dass es nicht jetzt sein muss, dass die vier Jahre jetzt da bleiben. Wenig (...) Das, das Thema Bindung ist sehr fragil, sehr oft, einfach durch die äußeren Umstände. Ja, und das macht ja dann auch etwas mit den Lehrerinnen und mit der Gruppe mit dem Herangehen, genau. Ja.

I: Die Themen, die Sie vorwiegend haben sind wirklich Armut und?

B4: Migration. Bildungs-, bildungsferner Zugang würde ich sagen, ja. Also einfach aus. (6sek) Wie soll ich sagen? Sehr oft nicht, also ist Bildung noch kein Thema geworden. Also, dass sind oft, die so viel erlebt haben. Die so lange schon auf der Flucht sind, dass in der Zeit natürlich Bildung, natürlich, die sind irgendwie anders gebildet, die haben sich etwas erarbeitet zum Überleben. Aber Bildung im Sinne von literarisch oder sonst was, oder ja.

I: Ich würde Ihnen jetzt gerne einige Schlagworte in Bezug zur therapeutischen Beziehung sagen und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Das wären die Objektivität, die Empathie, die Neutralität, die Echtheit und die Transparenz.

B4: Das ist natürlich immer für mich. Ich hasse dieses gewichten, weil vieles für mich dann auf, auf, untrennbar ist, ja. Also für mich ist die Empathie natürlich die Nummer eins würde ich sagen (4sek) ach ja, die Echtheit (4sek) für mich dann Transparenz und Objektivität spielen ja auch, auch stark ineinander und die Neutralität ergibt sich für mich dann eigentlich. Wenn man das einhält, dann kann man nicht anders als neutral sich verhalten. Gut.

I: Was verstehen Sie unter dem Begriff therapeutische Beziehung?

B4: Unter dem Begriff therapeutische Beziehung? (8sek) Die therapeutische Beziehung (5sek) findet in einem bestimmten Rahmen und Raum statt, in einem gewissen Setting. Ist untrennbar für mich damit verbunden. (10 sek) Ja, sie soll für den Patienten, Klienten den Raum eröffnen (...) sich (...) zeigen zu können, in seiner Sprache, in seinen inneren Fantasien (10sek) Das sind für mich einmal so die Grundparameter.

I: Was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung wichtig?

B4: Bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung, was ist mir da wichtig? (10sek)
Naja, dass das vor allem der Raum gegeben wird, dass der Patient seine Version und sein (...) seine innere Vorstellung von Beziehung einmal entfaltet und zu den Aufgaben der Therapeutin gehört eben dann, zu einzuschätzen, wo dabei Unterstützung notwendig ist, dass eben dieses Sich-zeigen und dieses Einlassen und eine Beziehung, eine therapeutische Beziehung eingehen, stattfinden kann. Also ich sehe das als (4sek) ganzheitliche Aufgabe das Entwickeln zu helfen. Und ganz individuell wird dann eben diese Entwicklung je nach den Ressourcen des Menschen einzigartig, unverwechselbar in diesem Rahmen stattfinden und sich eben entfalten und zeigen können. (4sek) Das ist so in aller Kürze einmal, was mir halt in den Sinn kommt dazu.

I: Also wirklich individuell auf den Klienten abgestimmt?

B4: Ganz individuell, ja. (...) Ja, ja auch die Sprache und Ausdrucksmöglichkeit und nicht nur die gesprochene Sprache, sondern eben alles. Die ganze Erscheinung, Körper. (...) Was sich eben sonst noch mitteilt, würde ich das halt so sagen, nicht. Als unter Anführungszeichen auch als fast als Terminus, was sich halt zeigt auch, ist Thema.

I: Arbeiten Sie dann als Therapeutin auch mit Erwachsenen?

B4: Ich arbeite mit allen. Mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in, in einer privaten Praxis. (4sek) Aber es gilt natürlich im übertragenen Sinn dann auch für da. Also wenn ich mit Kindern, da zum Beispiel mit fünf Buben, mit denen ich voriges Jahr wöchentlich da so Sitzungen gemacht habe, so Gruppensitzungen. Weil es eben aus Konfliktslagen heraus war und es gilt da genauso. Also, es ist zwar dann kein therapeutisches Setting im Sinne einer, eines fokussierten auf die Therapie hin. Sondern es ist ein pädagogisch-therapeutisch begleitendes Setting. Aber die Grundhaltung ist für mich immer da. Also ich kann sie auch als Leiterin nicht ablegen. Es ist mir immer präsent, selbst wenn es um Verwaltung geht, ist das, was dann sonst noch in die Kommunikation kommt. Dieses freischwebende, mit darauf Aufmerksamkeit legen, was eigentlich jetzt alles da jetzt zur Sprache kommt oder was da noch mitschwingt, man nimmt es ja wahr, nicht. Also man ist dann so geschärft.

I: Ich glaube auch, wenn man schon so viel Erfahrung hat, dass das wächst innerlich.

B4: Es ist einem nicht immer bewusst, aber natürlich ist es auch schon sehr verinnerlicht, ja.

I: Wo sind die Grenzen bei der therapeutischen Beziehung?

B4: Wo sind die Grenzen in der therapeutischen Beziehung? Die Grenzen bezogen auf was? Was meinen Sie mit den Grenzen? In Bezug, was wird begrenzt oder was, in Bezug auf was ist die Grenze?

I: Ganz allgemein, also welche allgemeinen Grenzen es gibt oder eben ob sie persönlich schon bei Klienten irgendwelche Grenzen gespürt haben?

B4: Man lässt sich ja auf alles ein. Es ist ja, es ist für mich keine Grenze, wenn jemand anderer eine andere Grenze hat als ich. Weil dann arbeite ich mit dem, was da ist. Grenzen sind dann, wenn jemand sich zum Beispiel mit dem Setting nicht anfreunden kann. Wenn also das Setting und die Grundregeln nicht eingehalten werden können, jetzt aus mentalen oder sonstigen Gründen oder Persönlichkeitsstörung. Also wenn jemand nicht mehr kommt ist zum Beispiel eine Grenze. Wenn jemand nicht mehr kommt, kann man auch nicht mehr arbeiten. Wenn jemand betrunken kommt, kann ich auch nicht arbeiten. Wenn jemand so schwerst andere Behinderungen hat, dass es nicht möglich ist, jetzt zum Beispiel mit der Sprache vordergründig zu arbeiten, ist für mich, aber nicht, das heißt nicht für andere, ja. Also wenn ich musiktherapeutisch arbeite oder kunsttherapeutisch oder ich weiß nicht, was

es noch alles gibt, ergotherapeutisch. Dann sind da ganz andere Grenzen, aber bei der Therapieform, die ich halt anwende, jetzt individualpsychologisch-analytisch, ist natürlich schon auch die Sprache sehr wichtig, ja. Und das würde ich schon als Hindernis sehen, wobei ich sagen muss, dass ich schon sprachlos gearbeitet habe mit Kindern, die aus Tschetschenien kamen und keine Sprache hatten. Dass ist für mich, das alleine kein Grund, es gar nicht zu machen, ja. Also man kann mit, besonders mit Kindern, wo man ja spieltherapeutisch auch arbeitet, sehr gut symbolisierend auch arbeiten, wenn die Sprache noch nicht da ist und die entwickeln das ja dann. Aber ich könnte, würde zum Beispiel keine Erwachsenen ohne Sprache in Therapie nehmen. Also da ist für mich wieder der Unterschied, Kindertherapie/Erwachsenentherapie. Eben wie gesagt, für mich, mit anderen Techniken glaube ich, gibt es wieder andere Grenzsetzungen, ja. Aber für mich ist jetzt, sagen wir vom Störungsbild keine Grenze. Ich kann auch mit psychotischen Menschen arbeiten, also es ist also kein. Das ist es nicht. Also es muss nur die Möglichkeit sein, in irgendeiner Form die therapeutische Beziehung in irgendeiner Form, so wie vorher gesagt, mit welchen Parametern die da halt nötig sind, dass man die eben errichten kann. Ja und wenn das nicht möglich ist, weiß man das sofort eigentlich, also wenn, wenn. Entweder kommt der Mensch dann eh kein zweites Mal oder es entwickelt sich dorthin, dass es halt dann auch nicht, nicht, dass es halt dann völlig klar ist, dass das nicht wird, was. Aber eigentlich in der ersten Stunde erarbeitet man das ja, ob man überhaupt in ein Bündnis kommt, nicht. Ja.

I: Und gibt es Widerstände oder welche Widerstände gibt es?

B4: (...) Ja, der Widerstand ist grundsätzlich immer da. Man hat mit dem Widerstand immer wieder zu arbeiten und das sind ja wichtige Indikatoren für die Therapeutin, auch auf die innere Landschaft des Patienten. Also Widerstände sind nichts, für mich, was widerständig negativ wäre. Sondern etwas, was in der Ausbildung zur Therapeutin eben, aus meiner Sichtweise, eine wichtige Sache ist, die Widerstände bei sich selbst einmal auch erfahren zu haben durch die eigene Therapie und so weiter, nicht. (5sek) Ist Ihnen das genug so?

I: Also, wenn Ihnen noch etwas dazu einfällt?

B4: Nein, passt. Man kann also, könnte zu allem ja wahrscheinlich ganze Kapitel schreiben, aber bei so einem ad hoc Interview würde ich sagen, passt das einmal so für mich.

I: So, dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar das Arbeitsbündnis und das Beziehungsangebot. Was fällt Ihnen dazu ein?

B4: Naja, Arbeitsbündnis ist eh klar, dass man halt miteinander skizziert, warum bin ich in Therapie, was möchte ich haben, wohin soll es gehen und auch die eventuelle quasi Abgleichung dann zur Realität hin, wenn da widersprüchliches am Anfang auftaucht. (...) Und ich glaube es ist auch etwas, was permanent reflektierend mitläuft dann in der Beziehung. Ich glaube auch, dass es dann immer wieder neue Herausforderungen geben kann. Das immer wieder neu aufzustellen, das ist vielleicht nicht genug, dass das in der ersten Stunde bekräftigt wird. Ich glaube immer wieder ist der Weg so, dass man auch erinnert an das oder dass man.

I: Nichts statisches, sondern einfach?

B4: Das ist ja etwas sehr oszillierendes und sehr bewegliches und auch etwas, was sich entwickelt und (10sek) lebendig. Und ich glaube auch, dass das etwas ist, was beide, Klient als auch Therapeut dauernd spüren, ob es da ist, ob es, ob es klar ist, ob es bewusst angesiedelt ist innerhalb der Therapie (...) oder ob da etwas brüchig ist oder fehlt, nicht. Das spürt man ganz einfach.

I: Und das Beziehungsangebot?

B4: Was das Beziehungsangebot betrifft? (6sek) Das sind jetzt natürlich, das ist so weit gespannt, also wenn ein Begriff so so kommt. Ein Beziehungsangebot wird sich auch danach richten, ob ich ein Kind oder einen Erwachsenen habe. Jedenfalls ist ja das, was ich mitteile, was bei mir quasi das Setting und das Angebot ist, ist schon ein Teil des Beziehungsangebotes. Ja, also da beginnt es. Und indem ich mich so ausdrücke und nicht anders und indem ich so schaue und nicht anders und indem ich ermutigend oder appellativ mich verhalte, ist das Teil des Beziehungsangebotes, jetzt meiner Interpretation nach. Und im weitesten Sinn ist eben ab dem Moment, wo man mit jemandem eine Stunde ausmacht und sei es die erste, das auch das erste Element jetzt formal jetzt zum Beziehungsangebot. Also es gibt finde ich zum Beziehungsangebot verschiedene Niveaus jetzt oder verschiedene (4sek) Aspekte eines Beziehungsangebotes, aber das erste Telefonat, das erste Vergeben des Termins, das erste Wie-komme-ich-dort-hin oder des Besprechens ist ja schon ein Teil dieses Beziehungsangebotes und dann in der ersten Stunde, im Erstgespräch ist ja dann quasi das Zeigen des Angebotes und dieses wechselseitig eben dann, dann auch (...) also wenn das dann angenommen wird und sich der Mensch dann auch auf das einlässt, dann ist die Beziehung gestartet.

I: Gut, dann sage ich vielen Dank.

Interview 5

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B5: Ewig. Ich habe meine Ordination eröffnet 1980 und davor habe ich meine Ausbildung gemacht auf der Institution X. Und habe meine Individualpsychologische, meine Ausbildung zur Individualpsychologischen Psychotherapeutin begonnen 1971 glaube ich und 1976 habe ich sie abgeschlossen. Also 1976 habe ich sie abgeschlossen und bin dann vollwertiges Mitglied des Vereins für Individualpsychologie geworden.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B5: Ja, das hat sich im Laufe der Jahrzehnte natürlich gewandelt. Also ursprünglich habe ich auf der Station X gearbeitet bei Professor A und habe mich ursprünglich sehr für psychosomatische Medizin interessiert. Dass, ja dieses Interesse ist auch geblieben. Ursprünglich habe ich mich auch sehr für Anorexie interessiert. (...) Das habe ich dann aufgegeben, weil mir das zu anstrengend wurde, weil man dann doch auch immer eine Klinik im Hintergrund haben muss, das war mir dann auf die Dauer zu anstrengend. Das habe ich dann jüngeren Kolleginnen überantwortet. Ja, dann habe ich mich im Laufe der Jahre dann mehr auf frühe Störungen konzentriert. Weiters sind dann immer auch Depressionen (4sek) sowohl neurotische Depressionen, als auch manisch depressive Patienten. Ich habe auch im Laufe meiner Ausbildung viel mit Schizophrenen gearbeitet, unter anderem auch ein Jahr in einem Rehabilitationsheim für Schizophrene. Diese Klientel eignet sich natürlich nicht so sehr für eine Privatpraxis, weil natürlich diese Patienten sich nicht so sehr an die Bedingungen einer Privatordination mit den Zeiten und so. Aber ab und zu kommen natürlich auch diese Patienten schon auch natürlich auch die, die nicht so gestört sind. Involutionsdepressionen, also Depressionen der Wechseljahre betreue ich auch, dann betreue ich sehr gerne jüngere Leute mit identifikatorischen Problemen.

I: Jugendliche oder schon junge Erwachsene?

B5: Junge Erwachsene, also ich betreue keine Jugendlichen, habe auch nicht die Ausbildung für Kinder und Jugendliche. Sondern betreue halt junge Erwachsene, die halt nach der Matura mit Ablösung vom Elternhaus, mit Berufsfindung und so, Eingliederung ins Erwachsenenleben Schwierigkeiten haben, sich da einzufinden. Manchmal auch ein

bisschen soziophobisch sind und überhaupt halt gewisse Schwierigkeiten haben, sich zurechtzufinden in ihrer neuen Rolle. Das ist auch eine häufige Klientel.

I: Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Schlagworte in Bezug zur therapeutischen Beziehung sagen und würde Sie bitten, dass Sie das gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Das wären Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und die Transparenz.

B5: (5sek) Zu jedem Schlagwort soll ich etwas sagen?

I: Nein, einfach nur gewichten, eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige.

B5: Noch einmal.

I: Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz

B5: (10sek) Also ich würde sagen, das Wichtigste ist die Empathie (5sek) dann kommt die Echtheit (7sek) dann kommt die Neutralität (10sek) nein, vor der Neutralität die Echtheit. Haben Sie?

I: Empathie, Echtheit.

B5: Ja, Echtheit, dann kommt die Neutralität, die Transparenz und die Objektivität halte ich nicht für wichtig. Weil es gibt, also es gibt nur eine Subjektivität, nicht. Es gibt keine Objektivität, ja.

I: Dann würde ich Sie bitten, dass Sie kurz den Begriff therapeutische Beziehung beschreiben. Was Sie darunter verstehen.

B5: (10sek) Naja (6sek) also die therapeutische Beziehung ist eigentlich das Um und Auf. Ist das tragende Element für das Gelingen einer Therapie. Also wenn die therapeutische Beziehung nicht passt, ich glaube, dann funktioniert es nicht. (5sek) Also, (5sek) es muss so etwas wie eine Übertragung stattfinden. Und wenn es keine Übertragung gibt, dann wird es nicht funktionieren. Also in meinen Therapien mache ich es so, dass ich nach dem Erstinterview, also meistens spüre ich es schon. Aber ich weiß nicht, wie es dem Patienten geht, also ich mache es dann immer so, dass ich dem Patienten sage, vorschlage, dass wir einmal fünf Stunden auf Probe sozusagen. Aber das ist nur ein Richtwert, also ich möchte auch den Patienten nicht verunsichern und sagen, also schau, wir fangen einmal an und die können nach fünf Stunden sagen, geht es oder geht es nicht oder ich darf das natürlich dann auch sagen. Also das heißt, ich gebe dem Patienten die Möglichkeit, >>Ja<< oder >>Nein<< zu sagen. Also sozusagen, er muss nicht die Katze im Sack kaufen, also das heißt, ich mache, ich gebe dem Patienten auch die Möglichkeit, sich da nicht frühzeitig festzulegen. Aber also das heißt, der Patient hat eine Entscheidungsfreiheit und ich habe auch eine Entscheidungsfreiheit, bevor wir uns dann auf doch einen langen Weg begeben. Weil Therapie geht ja doch meist über einen langen Zeitraum, auf den wir uns dann einlassen und (5sek) also ich denke, da muss man auch die Möglichkeit einer Entscheidung haben, auf beiden Seiten. Sowohl Patient als auch Therapeut sollte einen gewissen Spielraum haben, deshalb finde ich es immer ein bisschen schwierig so verordnete Therapien, wo es keine, wo es diese Freiheit nicht gibt. Also ich denke schon dass das ganz wichtig ist, Sympathie und Empathie, also das es da.

I: Wahrscheinlich auch eine gewisse Ehrlichkeit vom Therapeuten, dass er auch sagen kann, nein, ich glaube nicht, dass das funktionieren wird.

B5: Ja, aber auch vom Patienten, nicht. Also wenn der Patient sagt, also das kann ich mir gar nicht vorstellen, dass man das halt auch respektieren muss. Also so, also so zwangsverordnete Sachen sind ganz schwierig. Also ich denke, dass das ganz wichtig ist,

dass man da, ja die Gefühle und Bauchgefühle oder wie immer man das dann nennt. Dass das beachtet wird.

I: Und was ist Ihnen bei der Entwicklung der Beziehung wichtig?

B5: (7sek) Naja, da ist es wichtig, dass der Patient Vertrauen gewinnt, dass er die Barrieren abbaut, dass er sich öffnet. Dass das Schamgefühl, das natürlich am Anfang ganz stark da ist, dass das gelockert wird und dass er halt Schritt für Schritt (6sek) mir Dinge erzählt, die er sonst nicht so leicht erzählen würde und die er wahrscheinlich noch niemandem erzählt hat und vielleicht sich auch selber nicht so leicht eingesteht.

I: Da sind sicher sehr schwierige Themen auch dabei?

B5: Ja, also sehr schambesetzte Themen und Dinge, wo man sich halt, sich halt oft ein X für ein U vormacht. Also oft halt vormacht, dass man eine besonders schöne Kindheit gehabt hat und in Wahrheit war sie nicht so schön oder eine besonders gute Mutter gehabt hat und dann war sie halt nicht so gut. Oder einen besonders guten Vater gehabt hat und dann war er halt vielleicht besonders streng oder hat sich doch zu wenig Zeit genommen und also all die Dinge, wo man halt ein wenig beschönigt und (5sek)

I: Und Sie als Therapeutin stehen da einfach unterstützend zur Seite und sind da, oder?

B5: Ja, ich bin, ich bin halt da und ich höre zu und ich werte nicht. Also es wird nicht gewertet und es wird nicht kritisiert. (5sek)

I: Ein Annehmen oder?

B5. Ja.

I: Und das ist wahrscheinlich auch sehr stark abhängig vom Klienten, inwiefern die therapeutische Beziehung intensiv wird oder überhaupt funktioniert?

B5: Naja, also meine Erfahrung ist es halt abhängig vom Leidensdruck, nicht. Also, wenn der Patient entsprechend leidet, dann will er sich auch vom Leiden befreien und dann ist er auch motiviert, an sich zu arbeiten.

I: Und welche Grenzen gibt es in der therapeutischen Beziehung oder in der Therapie allgemein?

B5: Naja, es gibt die Abstinenz, die Grenzen der Abstinenz, nicht. Also, es gibt keine Berührungen, es ist. (5sek) Also, die Grenzen enden bei der Türe, nicht. Also, ich verbringe keine Freizeit mit meinem Patienten. Der Patient. (10sek) Also, wir machen uns die Termine aus, der Patient hat natürlich die Möglichkeit einen Termin abzusagen. Er kann, er kann (...) er kann mir ein SMS schicken oder er kann mich anrufen, aber er kann nicht mich anrufen und mit mir plaudern. Also.

I: Einfach die klaren Rahmenbedingungen.

B5: Also, es gibt klare Rahmenbedingungen. Also zwischen den Therapiestunden finden keine Gespräche statt. Also wir reden nur in der Therapie und zwischendurch gibt es nur Terminvereinbarungen und wenn es eine Krise gibt, dann besteht die Möglichkeit eine Therapiestunde einzuschieben. Aber Gespräche gibt es nur hier. Es gibt kein Gespräch am Telefon oder wir treffen uns nicht im Kaffeehaus oder sonst wo. Also es gibt, also es gibt klare Rahmenbedingungen und die, die. Also es gibt ein Gespräch nur in der Ordination, also außerhalb der Ordination gibt es nichts.

I: Gibt es Widerstände innerhalb der Therapie?

B5: Ja, also die Widerstände äußern sich in Schweigen. Also das ist meistens für den therapeutischen Anfänger schwierig. (5sek)

I: Das auszuhalten?

B5: Das auszuhalten, wenn halt lange geschwiegen wird. Dann muss man halt mitschweigen oder da kriegt man halt im Laufe der Jahre Erfahrung, ob das jetzt. (...) Ob man da jetzt halt mitschweigen soll oder halt mal liebevoll fragen soll, (5sek) habe ich sie jetzt verletzt oder hat das was mit der letzten Stunde zu tun. Also, ob man das jetzt unterbrechen soll oder ob man diesen Trotz jetzt belassen soll. Also Widerstände gibt es, gibt es halt immer. Da muss man halt durch.

I: Und Sie hören da auf ihr Bauchgefühl?

B5: Ja, das ist halt von Patient zu Patient verschieden. Der ein will halt austesten, wie lange reicht, ist meine Geduld. Und der andere verfällt ins weinerliche, der will halt eher getröstet werden. Also beim einen ist es so mehr Sturheit und beim anderen ist es mehr die Weinerlichkeit. Da muss man halt ein bisschen.

I: Und gibt es das auch, dass jemand redet und redet, ohne zum Kern zu kommen?

B5: Ja, das gibt es auch. Nicht, dass sie um den heißen Brei herumreden und da muss man manchmal sagen, jetzt Stop.

I: Und das trotzdem akzeptieren als Teil der Therapie, als Teil vom Reifungsprozess oder wie auch immer?

B5: Ja.

I: Sehr unterschiedlich sicher.

B5: Ja, natürlich. Da ganz, ganz verschiedene.

I: Dann habe ich noch zwei Begriffe und würde Sie gerne bitten, dass sie etwas dazu sagen. Das eine ist das Arbeitsbündnis das andere ist das Beziehungsangebot.

B5: (10sek) Naja, das unterscheidet sich eigentlich nicht so sehr von einander, nicht. (8sek) Das Arbeitsbündnis ist vielleicht mehr durch das Setting definiert, nicht. Also das ist das, das Arbeitsbündnis ist also das Setting. Das ist also zweimal wöchentlich, vielleicht ist das Arbeitsbündnis mehr durch die äußeren Rahmenbedingungen definiert, nicht. Also, wir machen uns aus, wir sehen uns zweimal wöchentlich Dienstag und Donnerstag von vier bis fünf und die Stunde dauert fünfzig Minuten und sie kommen pünktlich und sie gehen pünktlich und die Therapie findet im Liegen statt und es gibt keine telefonischen Unterbrechungen und und vielleicht kann man das Arbeitsbündnis durch das Setting definieren.

I: Und das beginnt dann quasi mit dem ersten eigentlichen Telefonat schon, wenn die erste Terminvereinbarung stattfindet, oder?

B5: Naja, vielleicht, nein, nicht. Also ich würde sagen, mit dem Erstinterview, wo wir uns dann kennenlernen und uns die Therapie ausmachen. Und zum Arbeitsbündnis gehört vielleicht auch dazu, wie bezahlt wird und wann ist ja auch wichtig. Wie bezahlt wird und wann bezahlt wird, also das ist ja auch Teil des Settings, nicht. Also das würde ich als Arbeitsbündnis subsummieren. (4sek) Und diese ganzen Rahmenbedingungen und das, was war das andere?

I: Das Beziehungsangebot.

B5: Das Beziehungsangebot, da würde ich mehr die emotionale Ebene (5sek) darunter verstehen, also da, das würde ich mehr so verstehen, also, du kommst mit deinen Problemen und du breitest sie aus und ich bin offen, also. Du bist ehrlich zu mir und ich bin ehrlich zu dir. Also du zeigst mir deine Probleme und lügst mich nicht an oder nur manchmal. Und ich, und ich gebe mein Bestes, dich zu verstehen und dir zu helfen.

I: Fällt Ihnen noch etwas dazu ein oder ist es das?

B5: Ich glaube, das passt so.

I: Gut, dann sage ich vielen Dank.

Interview 6

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B6: Da muss ich nachdenken. Ungefähr zehn Jahre.

I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?

B6: Personenzentrierte Psychotherapie im Rahmen des VRP, Verein Rogerianische Psychotherapie. Das ist sozusagen mein Heimathafen, von dort komme ich und habe dann eine zusätzliche Focussing-Ausbildung gemacht.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B6: Sind Erwachsene, arbeite aber auch mit Jugendlichen. Das sind weniger, da ich einen Kassenvertrag habe, sind es auch teilweise psychiatrische, eigentlich relativ viele psychiatrische Fälle. Ja und sonst, also wenn ich so auf mein Klientel schaue, hauptsächlich Frauen. Immer noch, obwohl sozusagen die Männerquote zu, zusehends zunimmt. Aber auch sehr viele Jugendliche, ja.

I: Und in welchem Alter sind die Jugendlichen? Von fünfzehn bis achtzehn, oder?

B6: Also von elf würde ich sagen. Gibt aber einen großen Bedarf an Kindertherapie, aber da habe ich momentan nicht das richtige Setting dafür.

I: Und welche Themen werden hauptsächlich besprochen?

B6: Inhaltlich meinen Sie?

I: Genau.

B6: Das ist von-bis. Also das betrifft vor allem auch, wenn es psychiatrische Patienten sind, die kommen dann meistens schon mit irgendwelchen Erkrankungen. Sei es jetzt mit einer Diagnose wie Depression oder Panikattacken oder Angststörungen oder. Die kommen dann oft schon mit so einer Diagnose. Also helfen Sie mir. Aber es kann auch sein, aufgrund eines traumatischen Ereignisses oder aufgrund von Lebenskrisen, aber auch ganz häufig ist jetzt das Thema Burn-out. Ist einfach ein, ein Thema unserer Zeit und ganz ganz viel auch bei Kindern auch, bei Schülern kreuz und quer durch alle Bereiche. Sei es jetzt Alters- aber auch Berufsbereiche.

I: Auch sehr breitgefächert, die Themen. Und macht es einen Unterschied, ob die Leute von der Psychiatrie herkommen oder privat?

B6: Ja. Die, die selber motiviert sind und von sich selber aus kommen, das ist ein anderer Zugang und auch eine andere Motivation von Haus aus, als wenn jemand geschickt wird, dem gesagt wird, er bekommt, also er wird nur entlassen aus dem Krankenhaus, wenn er gleichzeitig eine Psychotherapie in freier Praxis beginnt. Da ist natürlich zuerst einmal eine ganz eine andere Voraussetzung. Ja, sicherlich, das schon.

I: Ich habe jetzt ein paar Schlagworte in Bezug zur therapeutischen Beziehung und würde Sie bitten, dass Sie das gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Das wären Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B6: (8sek) Das ist jetzt gar nicht so leicht. Warum, das kann ich auch gleich dazu sagen, weil es im Prozess der Therapie ganz, ganz unterschiedlich auf einmal Erfordernisse sein können, ja. Wo es anfangs im Beziehungsaufbau möglicherweise die Empathie ist, kann aber der Prozess in die Richtung laufen, dass es auf einmal ganz etwas anderes im Vordergrund notwendig ist. Das hängt immer davon ab, erstens einmal, wo im Prozess die Beziehung steht und was gerade, was gerade im Moment in der therapeutischen Situation einfach notwendig ist. Und das jetzt zu gewichten, so salopp mit eins bis fünf, das traue ich mich nicht. Wobei die Objektivität ich sicherlich hinten anreihen würde, so fünf glaube ich war das letzte. Kann ich es vielleicht noch einmal hören?

I: Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B6: (10sek) Naja, also, also bei der Echtheit und der Empathie, die würde ich, das ist. Aber auch die Transparenz und Neutralität ist ganz schwer, weil es auch je nach Störung und eben, wo im Prozess ich bin, was gerade im Moment einfach das das Notwendige ist. Deswegen, so einfach. Wäre schön, wenn das immer so ist. Wir könnten dann sagen, okay, ich weiß es jetzt nicht, keine Ahnung, Echtheit ist das allerwichtigste und dann stürzen wir uns in unserer Ausbildung jetzt auf das Thema Echtheit mit dem sozusagen, mit dem Hauptfokus. Aber genauso einfach ist das nämlich nicht, weil im Miteinander in diesem Prozess auf einmal vielleicht grad die Echtheit sekundär ist und wirklich die Einfühlung das ist, was so notwendig oder noch so bedeutsam ist. Es hängt dann wirklich auch, wo ich in der Beziehung mit ihm stehe und was da jetzt grad Thema ist und auf einmal ist, das merkt man einfach in der Beziehung. Wenn ich da jetzt über so einen ganzen Prozess eines da drüber jetzt stülpen würde, dann werde ich weder dem Klienten gerecht, noch dem Prozess gerecht, noch einer dieser wirklich wichtigen Variablen. Ja., die alle so notwendig sind, aber eben das Spiel damit, das ist es, auf das es dann ankommt.

I: Da muss man dann ein Feingefühl haben?

B6: Ja, genau. Und wie viel hält er heute aus und wie, wie belastbar ist er. Wie sehr kann ich ihn konfrontieren oder wie sehr ist es jetzt und auf der anderen Seite, ich meine fassadig zu sein ist nie gut. Und und.

I: Ich denke, das ist auch etwas worauf sich die therapeutische Beziehung stützt. Dass der Therapeut ein Gefühl dafür hat, was gerade angebracht ist.

B6: Genau, richtig.

I: Was verstehen Sie unter dem Begriff therapeutische Beziehung?

B6: (5sek) Also ich würde sagen, für mich ist es dieser Prozess, der beginnt mit der ersten Begegnung oder mit der ersten, mit dem ersten Kontakt, der sich da in Gang setzt und der eben getragen ist von diesen oben genannten Variablen, die ein, also zu einem wichtigen Teil, in irgendeiner Weise auch auch verwirklicht werden sollen und die der Klient einfach

auch wahrnehmen soll und spüren soll. Also ja, das ist etwas, was ein Prozess einfach für mich ist.

I: Der sich wirklich eben auf die Punkte oben stützt?

B6: Genau.

I: Was ist Ihnen bei der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung wichtig?

B6: (8sek) Also eines der wichtigsten Dinge ist der erste Moment. (7sek) Ich verlasse mich da sehr auf mein Bauchgefühl, wenn im ersten Moment, beim Erstkontakt wirklich so ein (6sek) einen guten Draht finde und einfach so etwas wie Sympathie, so etwas wie, schwer in Worte zu fassen. Eine Verbindung.

I: Resonanz?

B6: Genau, so etwas. (5sek) Dann ist das sehr hilfreich. Leider können wir es uns nicht immer leisten, sobald wir einen Kassenvertrag haben, ist es nicht immer so einfach. Wobei, wir arbeiten in Intervisionsgruppen, das heißt, wir haben einen Kassenvertrag. Das ist so strukturiert, das wir alle vier Wochen uns zu sechst, sechs Therapeuten, uns regelmäßig treffen und in, in Interaktion stehen und auch uns austauschen über unsere Klienten und wir es genießen können, dass wir sozusagen, wenn man merkt, aha mit dem kann ich nicht oder da, da ist es ganz schwierig und ich passe oder wir passen vielleicht nicht so wirklich ideal zusammen, dass ich dann auch sagen kann: Ja ich glaube, ich bin vielleicht doch nicht die richtige Ansprechperson für diesen, für dieses Thema und ich hätte da eine, zum Beispiel eine Kollegin, die da wirklich ganz toll ist und da einen Austausch so auch. Das heißt, ich stehe nicht so an der Wand, dass ich das jetzt auf Punkt und Beistrich, sondern ich habe einen Spielraum. Was ich sehr genieße, ja.

I: Und inwiefern ist die therapeutische Beziehung vom Klienten abhängig?

B6: (10sek) Naja, eine Beziehung ist immer von beiden, von beiden, die diese Beziehung eingehen, abhängig. (...) Die Möglichkeit, Kontakt herzustellen zum Beispiel ist ja eines der Basisvariablen, um überhaupt in eine therapeutische Beziehung hineingehen zu können. Also, wenn ich keinen Kontakt haben kann, wie, wie. Auch die, ich mein ganz hilfreich ist natürlich ein Reflexionsvermögen, ist ganz klar, aber. (...) Was nicht immer gegeben ist, aber dort möchte man ja irgendwann einmal hin. Oder das sollte sich ja entwickeln.

I: Wie lange dauern bei Ihnen Therapien meistens.

B6: Sehr unterschiedlich. (5sek) Von-Bis. Also ich habe kurze Kriseninterventionen genauso, wo Mutter, Jugendliche, Vater da irgendwie kurz einmal, zwei-, dreimal herkommen. Weil offensichtlich das gefunden wurde, was im Moment halt gerade erforderlich war. Und ich habe dreijährige, vierjährige. Dann habe ich aber auch wieder so welche, die jetzt sagen wir einmal, eineinhalb, zwei Jahre hier in Therapie waren, die dann mit dem Status quo zufrieden sind und erst wieder bei belastenden Situationen, die das Leben ihnen bringt, wieder zu mir zurückkommen, oft dann. Manches Mal auch kurzzeitig wieder was brauchen und sich wieder verabschieden, deswegen, das ist.

I: Aber so etwas beweist ja dann, dass die Beziehung gut war, wenn sie dann wiederkommen.

B6: Genau.

I: Gibt es in Bezug zur therapeutischen Beziehung einen Unterschied, ob die Leute nur zwei, dreimal kommen oder eben langjährig?

B6: Ja schon, schon. Sicher.

I: In der Intensität oder einfach?

B6: (5sek) Was ist der Unterschied? (4sek) Ich glaube, ja, das sind die, diese heilenden Momente sage ich immer, die in so Therapien stattfinden können. Und wenn die so, so Teil des Prozesses auch waren, das kann manches Mal so eine einmalige Sache sein, aber sehr etwas Intensives und das was einfach so spürbar für sie war. Das bindet dann auch in irgendeiner Weise, das macht dann einfach dieses, ja, wenn ich etwas brauche, dann kann ich da wieder hin.

I: Und gibt es Grenzen in der therapeutischen Beziehung oder welche Grenzen gibt es?

B6: Natürlich, das gibt es, das gibt es auch. Überall dort, wo es übergreifend wird, überall dort, wo Missbrauch und Grenzverletzungen da im Raum stehen, wo für mich. Wo Manipulation ein Thema wird, weil auch Klienten versuchen ganz schön zu manipulieren. Es ist nicht nur der Therapeut, der sehr aufpassen muss, nicht etwas mehr zu wollen als der Klient oder dem etwas überzustülpen. Es sind auch die Klienten, die ihre Spiele, die sie ja oder ihre Beziehungsmodalitäten, die sie halt im wirklichen Leben haben auch. Und das ist ja der Sinn der Sache, in der Therapie wiederholen. Ja.

I: Und gibt es Widerstände vonseiten des Klienten?

B6: Ja freilich. Das ist ja auch sehr hilfreich manches Mal. Diese Widerstände sind ja auch sehr nützlich, um in einem Prozess einen Klienten nicht zu überfordern. Diese Widerstände zu übergehen würde ich persönlich als einen großen Fehler ansehen. Also sie auch stehen zu lassen und sie aushalten jetzt einmal als die beste, für ihn die beste Möglichkeit mit einer Sache fertig zu werden. Und heute ist eben noch nicht der Tag, wo er das alles so anschauen kann. Sondern das braucht einfach noch.

I: Wo einfach wieder das Bauchgefühl des Therapeuten gefragt ist, ob man das jetzt.

B6: Genau, ob man diese Grenze jetzt ein bisschen hinterfragt und schaut, hält er es schon aus. Oder ob man einfach mit sehr viel Achtsamkeit dann davor bleibt und sagt, okay, ich habe das Gefühl, dass ist jetzt noch nicht der Zeitpunkt.

I: Ja, dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar das Arbeitsbündnis und das Beziehungsangebot. Was fällt Ihnen dazu ein?

B6: Arbeitsbündnis ist gleich einmal zu Beginn meines, meiner therapeutischen Arbeit mit jemandem. (4sek) Sozusagen auch ein Stück weit abzufragen, was er sich wünscht, was sein Projekt hier sein könnte. Wobei ich es irgendwie schön finde, wenn man nicht zu sehr vom Ziel spricht, sondern ich lasse es eher als Projekt so offen. Ziel ist fast ein bisschen zu einengend, aber Projekt finde ich irgendwie weiter, ja. Freut mich dieses Wort eher oder gebrauche ich es häufiger und dieses Bündnis im Setting und im Ausmachen, wie tun wir beide. Da sind auch Absageregeln und Modalitäten, was ist wenn ich auf Urlaub bin und es passiert irgendetwas Unerwartetes, wo er sich hinwenden kann. Das gehört für mich alles da dazu und ist ein Teil, der schon ganz am Beginn Bedeutung hat.

I: Also ist quasi die Rahmenbedingung?

B6: Ja genau. Und das andere habe ich schon wieder vergessen?

I: Das Beziehungsangebot.

B6: (8sek) Das Beziehungsangebot ist auch eine Sache, die sich meiner Meinung nach im Prozess entwickelt, ja. So etwas, wie, wo, was ist es genau, was er gut nehmen kann, was er

braucht. Und ihn auch einzuladen, das brauchen schon sehr viele, vor allem die, die sich nicht so viel trauen. Vielleicht dieser Konjunktiv, >>würden Sie gern einmal<< oder >>wollen Sie gerne einmal das probieren<< oder >>wie schaut es denn aus, könnten Sie sich vorstellen<<. Also dieses, ist schon etwas, was auch ein Angebot ist, auch in der Beziehung ein Angebot, aber ihm dann die Zügel in der Hand zu lassen und er entscheidet, wie auch immer ist jetzt gut und was er jetzt möchte. Aber das bewusste Anbieten, bin ich draufgekommen, ist, ist sehr erleichternd für den Klienten. Weil sie oft nicht wissen, was sie da jetzt tun und sitzen dann ganz verkrampft, weil sie meinen, sie müssen jetzt fünfzig Minuten da ganz brav und artig in diesem roten Sessel da sitzen und wir dann einmal Versuche tun oder, oder vielleicht. >>Wollen wir einmal schauen, wie wär denn das, wenn wir einmal aufstehen und uns nachher dem Thema wieder zu wenden.<< Einfach ganz einfache Dinge, wenn es verkrampft wird, dieses Angebot anzubieten ist dann schon oft hilfreich.

I: Also wirklich einladen.

B6: Ja, da hatte ich ja anfangs, kann ich mich erinnern, ganz am Beginn, ein bisschen Angst vor zu viel Direktivität. Weil es mir halt so wichtig war non-direktiv zu sein, das sich, mittlerweile hat sich das aber relativiert. Die richtige Art der Formulierung und die Einladung ist, ist eher etwas Hilfreiches.

I: Was einfach mit der Erfahrung kommt?

B6: Ja, ja. Aber wenn man eben diese Basisvariablen am Anfang vom Rogers ganz ernst nimmt, dann war es für mich am Anfang halt oft so, dass ich dann fast ein bisschen zu zurückhaltend war und mittlerweile, ja. Man muss wirklich seine Sprache finden, seinen Weg finden, seine Landschaft finden. Manche sind vielleicht von Haus aus sehr, wie soll ich sagen.

I: Abstinenz?

B6: Genau, so. Aber es kann auch wirklich gut sein immer wieder anzubieten, ich bin da. Sozusagen. Das ist ein wichtiger Teil.

I: Vielen Dank für das Gespräch.

Interview 7

I: Welche Ausbildung haben Sie?

B7: Ich habe eine, in Österreich habe ich eine abgeschlossene Ausbildung zum Personenzentrierten Psychotherapeuten. Ich habe aber, aber meine Ausbildung sowohl in Österreich, als auch in Amerika gemacht und habe hier auch immer sehr viel Psychoanalytisches, Tiefenpsychologisches gemacht, im Rahmen meiner Ausbildung. Nicht absolviert, aber sicher etwas, was mich noch immer interessiert und ausmacht und auch in Amerika war das ein Programm, wo einerseits sehr namhafte humanistische Psychologen, wie der XY zum Beispiel involviert waren. Aber auch Analytiker.

I: Wo genau waren Sie da?

B7: Auf der Institution Z. Und dort habe ich zum Beispiel arbeiten können mit dem AB und das ist ein Psychoanalytiker, der mit dem CD lange Zeit, die haben gemeinsam den erfolgreichsten Kurs auf der Institution Z unterrichtet, also wo die meisten Studenten immer hingehen wollten. Und habe dort sehr viel über Objektbeziehungsanalyse gelernt. Also ich

glaube, es sind mehrere Einflüsse, die mich da ausmachen, aber das, was ich in Österreich absolviert habe ist eine Personenzentrierte Psychotherapie.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B7: Ich sehe erwachsene Klienten, ich sehe, ich habe gleich nach meiner, sozusagen nach meinem Studium, nach Abschluss meiner Psychotherapieausbildung, habe ich eine Zeit lang in einem psychiatrischen Krankenhaus gearbeitet auch. Das Klientel, das ich jetzt sehe ist sicher ein anderes, weil das Menschen sind, die sozusagen auch mit beiden Beinen im Berufs- und im sozialen Leben stehen. Ich habe keine Spezialisierung auf bestimmte Diagnosen-Gruppen, das heißt, ich glaube, ich sehe da ein breites Spektrum eigentlich an so verschiedenen Arten von Leid. Wenn man das so nennen kann. Ich sehe manchmal auch Jugendliche, manchmal auch Kinder so mit, aber ich glaube das ist wirklich der Ausnahmefall. Also in der Regel sind es erwachsene Klienten. Ich sehe auch, ich mache auch Coachings. Das heißt, da sehe ich dann wieder andere Leute. Meistens auch eher Unternehmen und wo es mehr beginnt mit eher berufsbezogenen Fragestellungen.

I: Und welche Themen werden vorwiegend angesprochen? Also beim Coaching eher die Berufsbezogenen und?

B7: Ich glaube, es ist so eine Entwicklung, wo es beginnt mit berufsbezogenen und wo es dann letztlich auch schon parallel zur Psychotherapie persönlich ist. Und wo mehr und mehr, schon weiter auch um berufsrelevantes geht, aber wo mehr und mehr das sozusagen als Teil von, von Einem diskutiert werden kann und nicht, was da außerhalb, sozusagen, von der persönlichen Erfahrung steht.

I: Und bei der Therapie? Haben Sie da irgendwelche hauptsächlichen Themen oder einfach alles quer durch die Bank?

B7: Also, wenn Sie von Themen als Diagnosen sprechen, dann wären so typische Beispiele wären dann Depressionen, nicht. Oder Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen oder Anpassungsstörungen, aber das ist nur ein, einer der Wege, wie man das fassen versucht. Es ist dann doch jeder Klient sehr verschieden zu handhaben und dann wieder von den Themen, ich glaube, die großen Themen, die die Leute beschäftigen sind dann oft ähnlich doch und gleichzeitig sehr persönlich.

I: Gut, dann habe ich ein paar Schlagworte für Sie und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Das wären die Objektivität, die Empathie, die Neutralität, die Echtheit und die Transparenz.

B7: Okay und dann noch einmal, dass ich es mir merke.

I: Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B7: Und ich soll sie von eins bis fünf in die richtige Reihenfolge bringen?

I: Genau.

B7: Naja ich habe (5sek) ich habe am vergangenen Tag X an der Institution Y einen Vortrag über die Empathie gehalten und da bin ich jetzt gebiased und würde einmal nennen, sozusagen die Empathie als erste. Gleichzeitig weiß ich aber, dass die Empathie sich mit der, ich glaube sie haben es genannt Kongruenz.

I: Echtheit.

B7: Echtheit. Ich glaube, dass Empathie letztens eine Echtheit voraussetzt und glaube sozusagen, dass eine Empathie ohne Echtheit nicht geht. Und so sehe ich es als, ich denke,

da fällt es mir dann schwer sozusagen, eins vom anderen zu trennen. Objektivität war so einer der Begriffe, die sie genannt haben. Den würde ich, da bin ich mir nicht sicher, wie sie es verstehen, die Objektivität. Im Sinn einer analytischen Distanziert-sein in der Beziehung, ich glaube nicht, dass das die sozusagen letztlich eine, die hilfreiche therapeutische Beziehung ausmacht. Das würde ich weiter hinten anreihen. Und dann gibt es noch zwei Begriffe?

I: Neutralität und die Transparenz.

B7: Die Transparenz, wenn es darum geht selber transparent zu sein, (4sek) da sehe ich viele Verbindungen zur, ja. Ich würde die einmal wo in der Mitte dann rangieren und dann zuletzt vielleicht die Objektivität. Aber da müsste man über die Begriffe sprechen, die sie da anwenden.

I: Also Empathie und Echtheit geht in einem zusammen und daraus folgert die Transparenz eigentlich und zum Schluss Neutralität und Objektivität. Habe ich das richtig verstanden?

B7: Ja, ja. So kann man das sagen. (5sek) Und jetzt möchte ich aber doch etwas Spezifisches sagen dazu. Ich glaube, dass letztlich diese Begriffe und ich weiß, dass das besonders personenzentriert ist. Da geht es dann immer um Empathie und Kongruenz und Echt-Sein und bedingungsloses Akzeptieren. Ich glaube, die sind nur Metaphern. Und dass man immer wieder den Fehler, das ist ja etwas verlockendes, die, diese Landkarte an Metaphern dann mit der Realität zu verwechseln. Die stehen ja immer nur für etwas und ich glaube, dass es da leicht ist, so Schlagworte dann zu verwechseln mit dem wirklichen, also was wirklich passiert. Dass die therapeutische Beziehung so das ausschlaggebende ist, dass in der Therapie stattfindet und wie, wie eben die Heilung oder Besserung oder Änderung stattfinden kann. Ich glaube, das steht außer Frage. Und dann gibt es eben halt verschiedene Begrifflichkeiten, die man verwenden kann dafür, die aber letztlich auch irgendwie abhängen voneinander und die, wenn man so isoliert dann betrachtet, wahrscheinlich auch etwas von ihrer eigentlichen Bedeutung auch immer verlieren. Und insofern, ich glaube, das ist ein bisschen was von dem Lernen über Therapie, dass ich bei mir selber gesehen habe. Dass man sozusagen, ein bisschen eine (4sek) man lernt, diese Leichtgläubigkeit, die diese Begrifflichkeiten, zu hinterfragen.

I: Das ist sicher ein Entwicklungsprozess. Ich glaube, wenn man anfängt eine Psychotherapieausbildung zu machen, hängt man sich einmal an dem auf und sagt okay, das sind die Eckpfeiler und dann, durch Erfahrung kommt man einfach?

B7: Genau, ja, das stimmt, ja, ja.

I: Beschreiben Sie bitte kurz den Begriff therapeutische Beziehung.

B7: Therapeutische Beziehung. (4sek) Das ist alles für mich. Das ist ein Prozess, der sich über die Zeit verändert und das ist alles, was zwischen Therapeut und Klient stattfindet. Und zwar nicht nur an Handlung und an Ausgedrücktem, sondern auch an (...) Emotionen und Gedanken und Vorstellungen und Wünschen und vielleicht auch sozusagen an Phantasmen, nicht. Weil ein Klient stellt man sich schon vor, bevor man ihn überhaupt sieht, nicht. Und auch das kann man schon therapeutische Beziehung nennen und auch der Klient, nicht. Also es ist nicht nur das, was in der Therapie dann stattfindet, sondern auch, was mit dem Therapeuten sozusagen als vorgestellten Therapeuten dann vielleicht zwischen den Sitzungen dann passiert. (5sek) Ist aber das, was, ich glaube jenseits von (...) wahrscheinlich Therapietheorie stattfindet zwischen den Personen, die da involviert sind. In der Therapie als Beziehung.

I: Und was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung wichtig?

B7: Dass, das ich die als solche zulasse, nicht. Dass ich einmal offen bin, dass das auch von der Person des anderen abhängt, wie diese Beziehung sich entwickelt. Und dass ich weiß, dass die Dinge sich verändern in dieser Beziehung und dass ich das beim anderen auch zulasse. (...) Und dass ich so eine Art, vielleicht schon so ein bisschen ein Vorwissen habe um diesen Prozess, nicht, der Entwicklung. Den vielleicht ein Klient selber noch nicht hat, also ich glaube, da haben wirklich Therapeuten ein Stück Expertise, nicht, durch. Man kommt ja nicht naiv in die Therapie, nicht was die Inhalte betrifft um die Person, aber um diesen Prozess, der da stattfindet. Weil da gibt es schon sozusagen Gesetzmäßigkeiten und Regeln, nicht. Oder Erfahrungen, die dann gleich sind oder ähnlich sind in verschiedenen therapeutischen Beziehungen. (4sek)

I: Wovon hängt, also inwiefern hängt das Ganze vom Klienten ab oder hängt es überhaupt vom Klienten ab?

B7: Sehr, sehr, natürlich. Ich glaube, dass es die große Freiheit von so einem Humanistischen oder Personzentrierten Verständnis der Therapie, dass es so von der Person des anderen abhängt. Und dass es keine Schablone ist, die schon besteht, bevor der Andere eigentlich einmal er oder sie selber sein kann. Und ich glaube, dass das gute Therapie überhaupt auszeichnet, nicht. So wie gute Therapeuten, die das irgendwie so machen, wie sie das halt am besten können letztlich, dass es etwas sehr Persönliches auch jeweils für den Klienten ist und unterschiedlich von Klient zu Klient. Und, aber ich glaube, das zeichnet nicht die Personzentrierte Psychotherapie nur aus, sondern ich glaube, das findet sich auch in der Psychoanalyse. Also, der X, den ich erwähnt habe, der hat mir gesagt, das wichtigste, das ist zunächst einmal eine gemeinsame Sprache zu finden, nicht, mit dem anderen. Und die ist von Person zu Person verschieden, ja.

I: Ich denke, es geht auch ganz viel um Resonanz.

B7: Genau, eigentlich, nicht, Dinge die so dazwischen und im Miteinander entstehen und wachsen und verschieden sind von den Leuten, die beteiligt sind.

I: Was sind die Grenzen der therapeutischen Beziehung?

B7: (5sek) Also ich weiß nicht, was sozusagen die Grenzen. Ich glaube, da gibt es sehr viele. Und ich erwähne jetzt nur einmal ein paar Dimensionen, wo ich Grenzen sehe. Und ich glaube, das ist vielleicht so ein gemeinsamer Nenner einer therapeutischen Beziehung. Und in dem Moment, wo ich mir das überlege finde ich schon wieder ein Gegenbeispiel. Ich wollte sagen, dass das im, eben nicht im Eigennutz des Therapeuten passiert, nicht. Anders als in einer Freundschaft oder in einer Privatbeziehung, da möchte ich auch etwas zurück kriegen. Und natürlich, der Therapeut kriegt ein Geld, nicht. Also insofern ist es nicht uneigennützig, auch Therapie zu machen. Aber das, was sozusagen den, den Inhalt und den Prozess, den sozusagen den persönlichen Prozess betrifft, da glaube ich, da stellt sich der Therapeut in den Dienst des Klienten. (5sek) Und versucht dabei nicht eigennützig zu sein und nicht eigene Bedürfnisse zu befriedigen und sei das jetzt ein Bedürfnis nach Bestätigung vom anderen, nicht, um da zu glänzen und darauf zu vergessen, dass ja eigentlich der andere ein Anliegen hat. Oder das kann sein, Aufmerksamkeit oder Zuwendung oder auch, nicht, sexuelle Bedürfnisse, auch da gibt es strikte Grenzen, die anders sind als im persönlichen Bereich. Ich glaube, es geht um ein sehr korrektes eigentlich, Verhältnis, nicht. Also als Therapeut ist man, also soll man sein, sehr verlässlich im Sinne von Regelungen, die man schließt, sehr verlässlich einzuhalten. Und da zu sein und sich daran zu halten selber. Also ich glaube, dass da die therapeutische Beziehung von vielen dieser Grenzen da profitiert, weil es gerade diese Grenzen sind, die dann eine neue Freiheit möglich machen. Nämlich so eine Einigung, dass das ist ein Platz, in dem es um die Erfahrung des Klienten gehen kann. In dem sich beide damit beschäftigen und versuchen, das besser zu verstehen und versuchen im, im Denken und im Erleben und im Fühlen darüber, sozusagen das, das wachsen und öffnen zu lassen oder zu verändern und Platz zu machen dafür.

I: Gibt es Widerstände in der therapeutischen Beziehung?

B7: (10sek) Ich glaube, die gibt es sicher. Und zwar auf Seiten des Therapeuten und des Klienten. Und ich weiß, dass der Begriff, das ist ein analytischer. Dort ist es alles, was sich bewusst oder unbewusst gegen das freie Assoziieren. Also eigentlich die einzige Regel, die es gibt für den Klienten. Ich glaube, man kann Widerstand auch. Ich glaube, um Widerstände zu verstehen ist es wichtig, dass man sozusagen die Angst versteht, in der Therapie und das war ja auch das große, (...) das war ja der große Schritt in der Analyse, dass man Widerstände dann begriffen hat als etwas, was man nicht durchbrechen muss. Indem man dann zum Beispiel plötzlich anfängt zu hypnotisieren und irgendeine Erinnerung greifbar macht, die sonst eben verdrängt wäre. Sondern, indem man begreift, dass Widerstände eigentlich wie alles andere, das eben auch passiert in der Therapie, eben eines guten Grundes da ist und dass es wieder darum geht, das zu verstehen, warum da ein Widerstand da ist. Und dass in der Regel eine Angst damit verknüpft ist und ich glaube, so hilft sozusagen das Verstehen und Akzeptieren und auch das Auseinandersetzen mit dieser Angst, sowohl dem Klienten was, aber auch dem Therapeuten, nicht. Beim Therapeuten gibt es auch Widerstand, wenn er sich plötzlich irgendwie nicht mehr freut auf die Begegnung mit einer bestimmten Person oder manche Themen ihm dann nicht mehr so angenehm sind oder indem er sich versucht, persönlich von einer Klärung, die wichtig wäre, gerade in der Beziehung, hinaus zu argumentieren.

I: Dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar die working alliance und das Beziehungsangebot, was fällt ihnen dazu ein?

B7: (4sek) Mir fällt dazu ein (...) und ich tu mir da leicht, aber ich tu mir leicht, weil ich das unterrichte auch nicht, in der Analyse. Die working alliance ist all das, was sozusagen den Rahmen absteckt, innerhalb derer dann die eigentliche Therapie möglich wird. Und die working alliance das auch sozusagen die Ebene, wo Analysand und Therapeut ein gemeinsames Verständnis entwickeln können über, sozusagen den Widerstand zum Beispiel oder irgendeinen Inhalt besser zu verstehen oder erleben. Und die, (4sek) sonst so die therapeutische Beziehung das, wo sozusagen der Therapeut auch als Übertragungsobjekt sozusagen erlebt wird, nicht. Und also, so ist es in der Theorie und in der Praxis. Ich glaube, working alliance wäre, (4sek) ja, so ein Einig-sein, wie man da eigentlich tun möchte und dann die Beziehung das geschehen lassen und das erlauben, dass da ein Prozess stattfindet zwischen den Personen, die da sind. Ja.

I: Und das Beziehungsangebot?

B7: Das Beziehungsangebot, das ist für mich sozusagen die Offenheit des Therapeuten und auch die kommunizierte Offenheit und die aktiv angebotene Offenheit an den Klienten. Dass so etwas, zu einer Beziehung werden zu lassen auch, wo Personen involviert sind und nicht nur ein Patient sozusagen und ein Experte. Okay.

I: Gut, dann sage ich vielen Dank, dann sind wir schon fertig.

Interview 8

I: Wie lange haben Sie Berufserfahrung?

B8: Fünfzehn Jahre circa.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B8: Vorwiegend Erwachsene, ältere Menschen. (6sek) Ja, ich meine, ich habe auch ein paar Jugendliche, aber ich arbeite nicht mit Kindern. Dann habe ich so Angehörigengruppen, also Angehörige von älteren, kranken, dementen Menschen.

I: Und welche Themen werden vorwiegend angesprochen?

B8: Also gut, in den Gruppen ist es natürlich klar. Da ist es immer dieser Schwerpunkt. Aber sonst, naja, es geht schon eher schon um Sinn im Leben, bei den meisten Menschen, die eben depressiv sind, eher. Man muss ja immer eine Diagnose stellen. Dann Panik, also Angst, Angstprobleme. Auch sozusagen Prüfungsangst, das ist halt bei den Jüngeren vorwiegend. Ja, Angst würde ich sagen ist oft ein Thema.

I: Also eher Angst und Depressionen zum Großteil.

B8: Ja oder Beziehungen natürlich auch, Beziehungsprobleme. Auch Sexualität gehört da dann dazu.

I: Was ja dann alles zusammenhängt wahrscheinlich?

B8:

I: Ich würde Ihnen jetzt gerne ein paar Begriffe in Bezug zur therapeutischen Beziehung nennen und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige.

B8: Für die therapeutische Beziehung am wichtigsten?

I: Genau. Das sind die Objektivität, die Empathie, die Neutralität, die Echtheit und die Transparenz.

B8: Die Objektivität,(...) Objektivität. (4sek) Es ist schwierig, in so einer Beziehung immer objektiv zu sein. Na gut, es sind alle wichtig, das macht ja das Personenzentrierte aus. Sollen das verschiedene Benotungen sein? Also Objektivität, eins bis zehn haben Sie gesagt?

I: Eins bis fünf.

B8: Also Objektivität würde ich sagen, vier. Die Empathie auf alle Fälle fünf.

I: Eins ist das Wichtigste.

B8: Ach so, es ist eine Reihung. Was Empathie, Objektivität?

I: Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B8: (5sek) Also Empathie, Neutralität, Echtheit. Also Empathie ist eins. (4sek) Was ist der Unterschied zwischen Neutralität und Objektivität? Das ist für mich ziemlich ähnlich. Das zweite wäre, was war, die Kongruenz und Transparenz?

I: Echtheit und Transparenz.

B8: Naja, Transparenz, Echtheit. (18sek) Das ist schwierig jetzt zu sagen, was an zweiter Stelle ist.

I: Sie können natürlich auch, wenn es für Sie so ineinanderfließend ist, dann können Sie ruhig mehrere.

B8: Ja, ich würde sagen dann Echtheit und Transparenz, weil das ist für mich auch sehr, etwas Zusammengehöriges und dann Objektivität und Neutralität. Wobei ich bei keinem sagen würde, das ist unwichtig.

I: Ja, ja, natürlich. Beschreiben Sie bitte kurz den Begriff therapeutische Beziehung.

B8: Therapeutische Beziehung soll ich beschreiben. Also das ist etwas, das sich entwickelt zwischen Therapeut und Klientin. (4sek) Auch wenn es am Anfang vielleicht schon einmal gleich irgend so eine Art von Sympathie oder vielleicht das Gegenteil davon, also Antipathie, geben kann. Für mich ist wichtig, dass ich, also für mich herausgefunden habe, also, dass. Ich weiß nicht, ob das jetzt eine Begriffsdefinition ist. Dass einfach immer eine Beziehung entsteht, ja. Ob sie gut ist oder schlecht ist. Die therapeutische Beziehung sollte natürlich irgendwie eine gute sein. Und für mich ergibt sich aber durch das Sich-näher-kennenlernen, also geht also eigentlich fast jede Beziehung in Richtung gute Beziehung, ja. Also, es geht schon um sich-kennenlernen, um Vertrauen aufbauen, dann dem Klienten oder der Klientin zu ermöglichen, auch Dinge auszuprobieren, auch mal, sagen wir, einmal ekelhaft zu sein und trotzdem akzeptiert zu werden. (5sek) Und dann aber doch eine gewisse Abgrenzung sozusagen, dass das eben auf die Therapie eben beschränkt bleibt, die Beziehung. Obwohl es halt manchmal natürlich, ja trifft man sich irgendwo auf der Straße oder so vielleicht.

I: Was ist Ihnen bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung wichtig?

B8: Naja, eigentlich eben dieser Aufbau von Vertrauen. (7sek) Und dass auch, das Sich-näher-kennenlernen, wobei das ja eher einseitig ist. Eher, dass ich die Klientin näher kennenlerne, aber die muss mich natürlich auch in irgendeiner Art und Weise kennen lernen. (5sek) Wobei ich eben so, das ist so eine persönliche Erfahrung, dass in jedem Menschen dann irgendetwas steckt, das man gern haben kann. Auch wenn man sich zuerst denkt, der oder die ist unsympathisch oder weiß nicht Alkoholiker, mag ich nicht oder. Durch die Beziehung oder durch das Kennenlernen dann schon eben zu einem auch. Also, das wäre ja jetzt etwas Bewertendes, aber eigentlich eher etwas Wertschätzendes auch immer entsteht.

I: Das heißt, für Sie ist es auch ganz wichtig, dass Sie einfach wertfrei in die Beziehung gehen?

B8: Ja oder wenn ich nicht hinein gehe, dann wenigstens, dass diese Wertfreiheit dann möglichst schnell entsteht. Ja, weil, bei mir werden halt doch viele Klienten sozusagen von einem Arzt oder einer Klinik geschickt und die kommen dann schon mit irgendwelchen Diagnosen und dann versuche ich mal davon weg zu kommen. Obwohl denen das wichtig ist, dass man sich das anhört, ihre Diagnosen und so, aber dass man sie dann selber aus dem Kopf einfach wieder weg bekommt.

I: Inwiefern hängt die therapeutische Beziehung vom Klienten ab?

B8: Naja, sie hängt in dem Sinn davon ab, ob er das, ob er oder sie das annehmen kann, nicht, dieses Beziehungsangebot. Wobei ich natürlich auch mit Menschen arbeite, erstens habe ich früher viel mit psychotischen auch gearbeitet oder mit demenzkranken Menschen, dass das einmal auch dieser Schritt ist, dass dieses Beziehungsangebot wahrgenommen wird, ja. Also dass das jemand ist, der auch zuhört und sich zuwendet und.

I: Also grundsätzlich geht es beim Klienten darum, dass er das Beziehungsangebot annimmt und offen ist dafür?

B8: Erstens einmal wahrnimmt und dann auch annimmt.

I: Wo sind die Grenzen der therapeutischen Beziehung?

B8: Die Grenzen der therapeutischen Beziehung. Naja, erstens einmal im Setting. Durch das Setting sind sie begrenzt. (5sek) Naja, also schon ein gewisse, wie soll ich das jetzt sagen. Es ist mir nicht wirklich passiert, eine Abstinenz, also dass man sagt, bis hierher und nicht weiter. Dass dann nicht eine Liebesbeziehung entsteht. Wobei man als Therapeutin oft von den Klienten oder Klientinnen dann so verehrt wird, ja. Und dass man sich dann selber sagt, okay, das gilt nicht mir. Und, und dass man das auch versucht zu besprechen. Also dass man sozusagen die Beziehung, diese reale Beziehung trennt von dem, was da vielleicht auch dahinter stecken kann, beim Klienten im Sinne von, ich wünsche mir eine Frau, die, ich weiß nicht. Die mir hilft oder die mich unterstützt und die mich toll findet. Und (5sek) da, ja, dass das schon auch eine Art Übertragung da oft ist und das man sich dessen auch bewusst ist und dann kann man leichter auch oder auch gut damit umgehen und sonst. Ja eben, dass man halt keine privaten Treffen hat oder gesellschaftlichen Umgang miteinander hat oder jemand aus der Familie oder aus dem Freundeskreis in die Therapie kommt.

I: Also wirklich ganz klar eine professionelle Beziehung?

B8: Genau, ja.

I: Gibt es Widerstände in der therapeutischen Beziehung?

B8: Von meiner Seite? Oder von beiden Seiten? Ja, gibt es ganz sicher. Also schon auf alle Fälle vonseiten der Klienten, auf alle Fälle. Ja, ich würde sagen, ja von therapeutischer Seite auch. Wenn man das Gefühl hat, das läuft irgendwie in eine ganz andere Richtung, dass man sich sagt, ja ich muss dem Klienten oder der Klientin folgen und nicht, also schon meine Meinung zu dem ganzen Thema irgendwie anbringen, weil die Klientin irgendwie gar nicht da ist, wo ich bin oder ich nicht dort bin vielleicht, wo die Klientin ist. Oder ich sehe eine Lösung und die Klientin geht in eine andere Richtung, so ungefähr, da regt sich ein leichter Widerstand, den man dann überwinden muss. Und sonst, Widerstand, ja, das ist vielleicht jetzt bei mir persönlich, also ich, mir fällt es dann immer schwer, wenn jemand mich dann so auf ein Podest hebt. (4sek) Das eben so zu sehen, dass das wahrscheinlich jetzt nicht mir gilt, sondern, da regt sich auch leicht der Widerstand. Weil, weil meine Intention ist, das auf einer Ebene zu halten und nicht eben Therapeut/Klient. Und sonst, Widerstand. (10sek) Fällt mir jetzt im Moment nichts ein. Also vonseiten der Klienten gibt es natürlich schon Widerstände gegen irgendwelche Erkenntnisse, die sie dann doch nicht haben wollen oder auch gegen Dinge, die ich sage. (5sek) Das kommt oft nicht gleich direkt sondern dann in der nächsten Stunde, letztes Mal haben Sie das und das gesagt, da bin ich aber gar nicht damit einverstanden oder so irgendetwas.

I: Das wird dann einfach als Teil der Beziehung gesehen, an dem man weiter arbeitet oder ein Teil des Entwicklungsprozesses?

B8: Also, ich habe eigentlich nie erlebt mit meinen Klienten oder Klientinnen, dass jemand auf einmal mich total abgelehnt hat oder mich entwertet hat. Das habe ich eigentlich nie erlebt. Kommt natürlich auch immer wieder vor. Also, nachdem man sozusagen vielleicht eine Zeit lang irgendwie verehrt oder geliebt wird, dass man dann, wenn man dann auf das Angebot irgendwie falsch eingeht, dass man dann auf einmal irgendwie entwertet wird, nicht. Also habe ich irgendwie nie gespürt. Aber wenn, würde ich das auch als Teil einer Beziehung sehen. Das kommt in einer normalen Beziehung auch meistens vor, nicht. So ein Auf und Ab, also das finde ich ganz normal.

I: Dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar das Arbeitsbündnis und das Beziehungsangebot, was fällt Ihnen dazu ein?

B8: Also das Arbeitsbündnis ist für mich eher so das Technische, wie oft treffen wir uns, wollen sie mit der Krankenkasse verrechnen. Setting, Absagen oder auch zu sagen, ja, >>Sie dürfen mir Emails schicken, aber ich antworte nicht darauf. Aber ich lese sie, aber ich

antworte nicht darauf<< oder >>wenn es ihnen sehr schlecht geht, dürfen sie mich anrufen in speziellen Fällen.<< Ja, das wäre so das Arbeitsbündnis. So die äußeren Umstände, das Setting. Der Rahmen. Und was war das letzte?

I: Beziehungsangebot.

B8: Beziehungsangebot. (5sek) Das Beziehungsangebot, naja, dass ich eben bespreche mit der Klientin, was das bedeutet, eine Therapie zu machen. Dass es manchmal auch unangenehm sein kann. Dass ich sozusagen in dieser Zeit, wo sie hier ist, für sie oder ihn da bin. (4sek) Dann werden wir das vielleicht auch einmal, das gehört vielleicht auch dazu, dieses >>Sie können mich erreichen, wenn es wirklich kritisch ist.<< Weil ich halt schon manchmal auch so suizidgefährdete Klientinnen habe. (4sek) Aber nicht, >>ich bin immer für Sie da<<, also das auf gar keinen Fall. Und. (7sek) Ja, eben, vielleicht dieses wertschätzende auch, dass das >>ich schätze Sie, egal was Sie mir sagen oder egal was sie tun.<< Außer es geht, jetzt, überschreitet irgendwelche Grenzen, nicht. Was ich aber noch nie erlebt habe. Ja, das ist glaube ich das Beziehungsangebot eben, dass mit dem Vertrauen auch schaffen.

I: Und das beginnt für Sie gleich quasi von der ersten Therapie an?

B8: Ja, eigentlich schon. Vom ersten Kennenlernen an. (5sek) Also bei mir ist es oft so, dass ich die Leute schon kennenlerne, bevor sie eben zu mir kommen. Sei es jetzt in einem Spital oder im Rahmen dieser Angehörigenberatung. Also, das kommt schon öfters bei mir vor, dass ich die Leute nicht das erste Mal sehe, wenn sie zur ersten Stunde komme, sondern sie mir vorher schon einmal begegnet sind.

I: Vielen Dank für das Gespräch.

Interview 9

I: Wie lange haben Sie schon Berufserfahrung?

B9: Eingetragen bin ich jetzt seit 1998.

I: Welche Klientel haben Sie vorwiegend?

B9: Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Suchtverhalten.

I: Und eher Kinder und Jugendliche oder Erwachsene?

B9: Eigentlich quer durch, aber die meisten sind zwischen fünfundzwanzig und vierzig.

I: Ich habe jetzt einige Schlagworte in Bezug zur therapeutischen Beziehung und würde Sie bitten, diese zu gewichten. Eins ist das Wichtigste, fünf das am wenigsten Wichtige. Das sind die Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B9: In Bezug auf was?

I: In Bezug auf die therapeutische Beziehung.

B9: Objektivität?

I: Objektivität, Empathie, Neutralität, Echtheit und Transparenz.

B9: Also ich kann mit therapeutischer Beziehung und Objektivität schwer etwas anfangen.

I: Okay, warum?

B9: Weil das ein Schlagwort ist. Also ich kann mit Schlagwörtern schwer, wenn ich nichts im Hinterkopf habe. Ja. Deswegen kann ich da jetzt überhaupt nichts dazu sagen, weil für mich sind das Schlagwörter.

I: Ja, genau das sind Schlagwörter.

B9: Und ich mag keine Schlagwörter.

I: Okay, was fällt ihnen zu Empathie, Neutralität, Echtheit ein?

B9: Ja, zu Empathie halt diese typischen Bedingungen der Rogerianischen Psychotherapie. Echtheit auch. (7sek) Ja.

I: Und würden Sie sagen, dass diese Grundwerte die wichtigsten sind bei Ihnen? Also Echtheit und Empathie oder?

B9: Ich denke mir, da spielen so viele Faktoren eine Rolle. Ich tu mir schwer mit Schlagwörtern.

I: Was würden Sie als wichtig empfinden in der therapeutischen Beziehung?

B9: In erster Linie einmal (4sek) Verlässlichkeit. Verlässlichkeit vonseiten des Therapeuten. Da-sein, präsent sein. Das fängt einmal schon beim Setting an. Was gar nicht geht, ist (5sek) Stunden vergessen, überziehen oder zu kurz und all diese Dinge.

I: Also schon auch die Rahmenbedingungen verlässlich einhalten.

B9: Genau.

I: Was verstehen Sie unter dem Begriff therapeutische Beziehung?

B9: Es ist im Kontext eines Therapievertrages die Beziehung, die zwischen Klient/Patient und Therapeut besteht. Die ist völlig unterschiedlich. (6sek) Kommt auf die Personen an. Gestaltet sich völlig unterschiedlich.

I: Wann beginnt bei Ihnen die therapeutische Beziehung?

B9: Beim Erstgespräch. (5sek) Beziehungsweise bereits beim Telefonkontakt. Beim allerersten Kontakt einfach.

I: Und was ist Ihnen wichtig bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung?

B9: (7sek) Was ist mir wichtig bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung? Das sie tragfähig ist. (5sek) Dass sie ermöglicht, dass der Klient sich wirklich ohne Maske darstellen kann. Dass er mit der Zeit all das einbringen kann, was er sich selbst zugesteht und auch nicht zugesteht. Dass besonders das Moment der Scham groß ist. (7sek)

I: Und inwiefern kann der Therapeut unterstützend zur Seite stehen?

B9: Indem er nicht wertet. (6sek) Ja.

I: Einfach wertfrei und?

B9. Bis zu einem gewissen Grad, das hängt wieder von der therapeutischen Beziehung ab. Das heißt nicht, dass ich (6sek) nicht meine eigene Betroffenheit dazu sagen kann. Aber es

darf nicht so sein, dass ich den Klienten dadurch manipulierte. Und das hängt von der Therapie, von der therapeutischen Beziehung wieder ab, was möglich ist und was nicht möglich ist.

I: Gut, es ist wichtig vonseiten des Therapeuten, dass er wertfrei in das Ganze hineingeht, auch einen Teil einbringt von sich selbst aber immer.

B9: Wobei wertfrei immer eine heikle Geschichte ist. Klar hat man als Therapeut auch Werte, aber es darf nicht sein, dass ich die dem Patienten überstülpe. Da muss ich weg bleiben oder bei mir bleiben.

I: Also, da kann man eine gewisse Objektivität annehmen?

B9: Ich kann mit dem Begriff Objektivität nichts anfangen.

I: Okay.

B9: Es gibt nichts Objektives.

I: Was sind die Grenzen der therapeutischen Beziehung?

B9: Die Grenzen? Die hängen davon ab, was meine Grenzen sind und auch die Grenzen des Klienten. Das zeigt sich im Rahmen des Prozesses.

I: Haben Sie da vielleicht ein Beispiel?

B9: Also ich arbeite auch im forensischen Bereich, also was nicht geht, ist, dass ich mich beschimpfen lasse, zum Beispiel. Das ist eine absolute Grenze. Untergriffiges Verhalten und wo meine eigenen Grenzen sind. (6sek) Und das spreche ich dann auch an.

I: Und gibt es Widerstände in der therapeutischen Beziehung?

B9: So in psychoanalytischem Sinn? Ja, klar.

I: Und wie gehen Sie damit um?

B9: Ich lass es einmal, ich spreche es an, was mir auffällt. Ich schaue auch stark auf die Körpersprache. Manches zeigt sich ja nicht verbal, sondern non verbal. Zum Beispiel, zu spät zu kommen. Das ist ein ganz typisches Verhalten, also so zu spät kommen.

I: Und das wird angenommen einfach als Teil des Therapieprozesses?

B6: Ja. Oder Geschenkübergabe zum Beispiel. (5sek) Wo der Klient dann versucht mit einem Packerl zu kommen. Also das sind so auch typische Sachen, natürlich laufen auch andere Dinge, auf anderen Ebenen.

I: Gut, dann habe ich noch zwei Begriffe und zwar Arbeitsbündnis und Beziehungsangebot. Was fällt Ihnen dazu ein?

B9: Also das Arbeitsbündnis einmal, das Setting. Was halt alles dazugehört, Rahmenbedingungen, Frequenz, Geld, Urlaubsverhalten, Absageregelung. Was war das zweite?

I: Beziehungsangebot.

B9: Ja, dass ich in erster Linie einmal da bin.

I: Was ist Ihnen da wichtig? Also was ist für Sie Da-Sein?

B9: Da-sein ist Präsent-sein, die eigenen Geschichten draußen zu halten, zu reflektieren. (7sek) Wie gesagt, Verlässlichkeit, Grenzen zu zeigen, also ja nicht konfluent werden, das ist etwas ganz Heikles. (5sek) Das ist gerade bei Persönlichkeitsstörungen ganz wichtig, das gibt, das verunsichert. Wenn der Therapeut nicht mehr spürbar ist, sondern nur mehr nett und freundlich ist. Also das passt gar nicht, ich muss zeigen, wenn mich etwas ärgert. (4sek) Aber es muss besprochen werden, ich kann nicht einfach unreflektiert meinen Ärger dem Patienten überstülpen. Also, es darf nicht ein Ärger sein, den ich von zu Hause mitbringe, zum Beispiel, das geht nicht. Es geht um die therapeutische Beziehung.

I: Fällt Ihnen noch etwas dazu ein?

B9: Therapeutische Beziehung? Ja, was auch Platz haben muss, sind die schönen Dinge im Leben des Patienten, also nicht nur die grauslichen. Manche Patienten meinen, sie müssen nur die grauslichen Dinge erzählen. (5sek) Der Patient kann, ja, in seiner ganzen Persönlichkeit hier sein, da hat alles Platz. (5sek) Dass ist das, was Patienten spüren und deswegen entwickeln sich auch therapeutische Beziehungen so unterschiedlich.

I: Vielen Dank.

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Die therapeutische Beziehung – Personenzentrierte und Tiefenpsychologische Aspekte“.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird aus der Perspektive der Personenzentrierten Psychotherapie und der Individualpsychologischen Psychotherapie dargestellt und erläutert. Im Hinblick auf die therapeutische Beziehung werden einerseits Carl Rogers und die Entwicklung der Personenzentrierten Theorie, andererseits Alfred Adler und die Entwicklung der Individualpsychologischen Psychotherapie angeführt. Des Weiteren werden Grundhaltung und Menschenbild dieser Ansätze aufgezeigt und zusammengefasst.

In Bezug zur therapeutischen Beziehung werden sowohl die historische Entwicklung der Psychotherapieforschung wie auch der aktuelle Forschungsstand dargestellt.

Dies ist von Bedeutung, da der Trend in der Psychotherapie weg von diagnosespezifischen Manualen hin zur Wahrnehmung des Wertes der therapeutischen Beziehung geht und dies daher auch in der Forschung eine große Rolle übernimmt.

Die therapeutische Beziehung beschreibt ein vielschichtiges und wechselseitiges Zusammenspiel von Therapeut und Klient und wird in dieser Arbeit eingehend aufgezeigt. Des Weiteren werden das personenzentrierte Beziehungsangebot und das tiefenpsychologische Arbeitsbündnis untersucht und dargestellt.

Die Arbeit beschäftigt sich damit, dass die therapeutische Beziehung in allen therapeutischen Richtungen eine wichtige Rolle übernimmt und immer auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten abgestimmt werden muss.

Um die therapeutische Beziehung aus unterschiedlichen Perspektiven zu verstehen wurden sowohl Personenzentrierte als auch Individualpsychologische Psychotherapeuten interviewt und deren Aussagen durch eine theoriegeleitete Analyse ausgewertet. Dadurch wird versucht, Erfahrungen aus der Praxis in einen theoretischen Kontext zu setzen.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Alexis Ferstl

Geboren am 24.09.1985, in Mödling

Schulische Laufbahn

seit September 2004 Studium der Bildungswissenschaft

1995 – 2003 BG & BRG Biondegasse, Baden

1991 – 1995 Volksschule Pfaffstätten

Berufliche Laufbahn

2011 – laufend Reitverein Berndorf Veitsau

2010 – 2011 Reit- und Therapiezentrum Kottlingbrunn

2009 – 2010 Caritas Wohnhaus Wiener Neustadt

2008 Club Lerntrampolin, Wien

2007 – 2009 Wert-Impulse, Bad Vöslau

Praktika

2011 wissenschaftliches Praktikum, Institut für Bildungswissenschaft, Universität Wien

2010 – 2011 Sportlicher und therapeutischer Reit- und Voltigierverein Hammerwiese, Sigleß

2006 – 2007 Schottenhof, Zentrum für tiergestützte Pädagogik, Wien

Weiterbildung

September 2003 – Dezember 2003 Sprachaufenthalt in Frankreich

NLP-Resonanz® Practitioner

NLP-Resonanz® Coach

Übungsleiter Voltigieren

Lehrwart für Behindertenreiten