

3. Humanistische Psychologie

Rogerianische Psychotherapie schwerer Störungen

Robert Hutterer

Zusammenfassung. Der vorliegende Beitrag untersucht Faktoren, die zu einer Behinderung und Verzögerung der Auseinandersetzung der Rogerianischen Psychotherapie mit schweren Störungen vermutlich geführt haben. Weiters werden praxeologische Beiträge zur klientenzentrierten Behandlung von schweren Störungen vorgestellt. Die in diesem Beitrag ausgeführten Beispiele klientenzentrierter Therapie Schizophrener (Eugene Gendlin), psychotischer Prozesse (Garry Prouty) und dissoziativer und fragiler Prozesse (Margret Warner) stammen ausschließlich aus dem amerikanischen Sprachraum.

Einleitung: Vorurteile und Fragen

Meyer et al. (1991) treffen die Feststellung, daß die Gesprächspsychotherapie für die „Behandlung schwerer gestörter psychiatrischer Patienten weniger gut geeignet ist als für die Behandlung neurotischer Patienten mit einem relativ geringen Störungsgrad“ (S. 82). Diese Aussage aus einem Forschungsgutachten, so kritisierenswert und undifferenziert es als Urteil über die Möglichkeiten der Rogerianischen Psychotherapie auch ist (vgl. Sauer 1993), wirft es doch ein charakteristisches Schlaglicht auf den mühsamen Weg dieser Therapieform zu den sog. schweren Störungen. Die Feststellung von Meyer et al. stützt darüber hinaus ein in der Profession schwer ausrottbares, auch gegenüber gegenteiligen Erfahrungen und Daten resistentes gleichlautendes Vorurteil.

In Zeiten zunehmend organisierter Professionalisierung, ökonomischer Anreize und Konkurrenz (Psychotherapie auf Krankenschein) kann jede psychotherapeutische Schule mit dem Hinweis auf ihre Effektivität in der Behandlung von schweren Störungen natürlich auch ein schweres Gewicht in die Waagschale der oft recht labilen gesellschaftlichen Anerkennung werfen. Denn kurzschlüssig wird angenommen, daß Effektivität in der Behandlung von schweren Störungen automatisch auch stärkere Wirksamkeit bei sog. leichten Störungen bedeutet. Wie gefährlich dieser Kurzschluß ist, können alle bestätigen, denen die Bedeutung der Dosierung in der Psychotherapie (und speziell in der Organmedizin) bewußt ist. Nicht selten kommt es auch vor, daß Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich in der Arbeit mit schweren Störungen (z. B. Schizophrenen) „leichter tun“ als Kollegen ein und derselben Richtung mit Neurotikern. Es ist auch kritisch festzuhalten, daß die sog. leichten Störungen ebenfalls die Lebensqualität in einer Weise beeinträchtigen und epidemiologisch sicher den Hauptteil der psychischen Leiden ausmachen, daß sie die entsprechende Aufmerksamkeit und Bewertung der Wissenschaftler, Ökonomen und Politiker verdienen. Von Weiterentwicklung einer psychotherapeutischen Behandlungsform kann man nicht nur sprechen, wenn sie erfolgreicher bei schweren Störungen ist, sondern auch, wenn sie um eine wirksamere Behandlung bei leichten Störungen bemüht ist. Schließlich berühren diese Fragen auch das Problem der Grenze jeder Psychotherapieform, die geradeaus in ein Dilemma führt: Wird die Grenze zu eng gezogen, wird die Weiterentwicklung einer Psychotherapieform behindert, wird sie zu weit gesteckt, präsentiert die betreffende psychotherapeutische Schule ein unrealistisches Bild von ihrer Behandlungsmöglichkeiten, das zu Selbstüberschätzung und von ihren Behandlungen

ihren Behandlungsmöglichkeiten, das zu Selbstüberschätzung und nicht zuletzt zum Betrug und Schaden des Patienten führen kann.

Im Bewußtsein dieser Problemdifferenzierung treffe ich hier einige Überlegungen zur Annäherung der klientenzentrierten Psychotherapie an die Behandlung sog. schwerer Störungen. Diese Überlegungen sind historischer, theoretischer und praxeologischer Natur. Sie beanspruchen weder Vollständigkeit, noch ist es mir zum gegenwärtigen Zeitpunkt meines Denkens möglich, sie einer Systematik zu unterwerfen.

Behinderungen und Verzögerungen

Binder (in diesem Band, S. 185-210) hat darauf hingewiesen, daß keine therapeutische Richtung von vornherein einen adäquaten Zugang zur Behandlung von Psychosen vorweisen konnte, sondern Anpassungen und Parameterveränderungen in ihrer Theorie und Technik vornehmen mußte. Ich erläutere hier eine Reihe von Faktoren, die mit spezifischen Zugangsproblemen und Verzögerungen der klientenzentrierten Psychotherapie bei der Behandlung von schweren Störungen und speziell von psychotischen Erkrankungen vermutlich in Zusammenhang stehen.

Entstehung der Rogerianischen Psychotherapie

Ursprünglich wurde die Rogerianische Psychotherapie aus der Einzeltherapie mit sog. psychoneurotischen Personen entwickelt, und erst später und allmählich kam es zu einer Anwendung auf Klientengruppen mit Diagnosen, die im allgemeinen als schwere Störungen bezeichnet werden, wie etwa hospitalisierte Schizophrene, Borderline-Störungen etc. Auch die Forschung konzentrierte sich vorerst auf die Klienten mit psychoneurotischen Beeinträchtigungen. Rogers (1983, S. 473) merkte dazu an: „Anfänglich handelte es sich bei diesen Klienten hauptsächlich um fehlangepaßte und neurotische Studenten, Kinder und Eltern, von denen alle, zumindestens in einem minimalen Ausmaß, fähig waren, in der Gesellschaft zurechtzukommen.“

Rekrutierung von Psychotherapeuten, Zugang zu Klienten

Vom Psychotherapiekonzept Rogers' wurden in erster Linie Personen aus dem psychosozialen Berufsfeld angezogen, die das Konzept in privater Praxis oder Beratungsstellen (z. B. Studentenberatung) zur Anwendung brachten. Dementsprechend eingeschränkt war der Zugang etwa zu hospitalisierten schwer gestörten Patienten, was die Möglichkeit einschlägiger Erfahrungsbildung verringerte.

Unklarheiten bezüglich Indikation

Die Indikationsfrage wurde unzureichend, vereinfachend und undifferenziert geführt. Der theoretische Anspruch der Rogerianischen Psychotherapie geht von einer Anwendbarkeit bei diagnostisch unterschiedlichen Klientengruppen aus, von der „Hypothese, daß auf alle Personen, seien sie nun als ‚psychotisch‘, ‚neurotisch‘ oder ‚normal‘ eingestuft, die gleichen psychotherapeutischen Prinzipien anwendbar sind“ (Rogers 1977, S. 19). Demgegenüber stehen Aussagen über eingeschränkte Indikation. Für Tausch und Tausch (1990) ist das Indikationsproblem nur randständig, wobei die Anwendbarkeit der Rogerianischen Psychotherapie vornehmlich bei psychoneurotischen Klienten hervorgehoben wird. Martin (1975) etwa behauptete, daß Schizophrenen und andere Psychosen nicht mit der Psychotherapiemethode nach Rogers behandelt werden könnten. Die Indikationsfrage ist bis heute von Mißverständnissen

getragen, die sich auf das besondere Verhältnis von Theorie und Praxis in der Rogerianischen Therapie beziehen. Der Umstand, daß die von Rogers postulierten therapeutischen Bedingungen (Kontakt, Inkongruenz des Klienten, Kongruenz, Empathie und unbedingte Wertschätzung des Therapeuten und Wahrnehmung konstruktiven Therapeutenverhaltens durch den Klienten) allgemeine Prinzipien der Gestaltung einer therapeutischen Situation und Beziehung sind, die individualisierter und idiosynkratischer Formen der Anwendung auf einen immer besonderen Klienten in einer einmaligen Situation bedürfen, jedoch ohne diese Prinzipien im Kern zu verletzen, überfordert auch jetzt. noch die Diskussion um eine differentielle Vorgangsweise in der Rogerianischen Psychotherapie.

Selektive Praxis

Forschung und klinische Erfahrungen zeigten ein prognostisch günstiges Kriterium für die Rogerianische Psychotherapie auf, das „Ansprechbarkeit auf das psychotherapeutische Beziehungsangebot“ genannt wurde (vergleiche das Kriterium der „Analysierbarkeit“ als Indikationskriterium für die Psychoanalyse). Die Definition dieses Kriteriums verweist auf den Umstand, daß die klientenzentrierte Vorgangsweise des Therapeuten in den ersten Therapiesitzungen vom Klienten als hilfreich wahrgenommen wird (im Sinne einer zunehmenden Selbstexploration, körperlicher Entspannung etc.). Später „gebesserte“ Klienten zeigten sich in den ersten Therapiesitzungen „ansprechbarer“ als später „nicht gebesserte“ Klienten (vgl. Eckert J., Schwartz H.-J. und Tausch R. 1977). So wichtig, vernünftig und auch verantwortungsvoll die Berücksichtigung dieses prognostischen Kriteriums im klinischen Alltag auch ist, so führte es vermutlich zu einer selektiven Praxis: Nicht oder schwer „ansprechbare“ Klienten wurden möglicherweise von vornherein oder nach kurzer Zeit an Kollegen bzw. Institutionen mit anderen Behandlungsmöglichkeiten weiterverwiesen. Da gerade das Merkmal der „Ansprechbarkeit“ auf Kontakt- und Beziehungsproblematik verweist, sind hier möglicherweise Erfahrungen mit Klienten speziell mit schweren Störungen und Defiziten im Kontaktbereich nur eingeschränkt zustande gekommen.

Unzulänglichkeiten in der Theorieentwicklung

Ein weiterer Grund für die verzögerte Beschäftigung mit schweren Störungen liegt vermutlich in der Art und Weise, wie die von Rogers präsentierte Theorie in Praxis und Forschung umgesetzt wurde. Seit den letzten wissenschaftlich relevanten theoretischen Formulierungen zur Therapietheorie (Rogers 1957) und Persönlichkeits- und Motivationstheorie (Rogers 1959) wurde - abgesehen von wenigen Ausnahmen (vgl. Levant und Shlien 1984) - keine wesentliche theoretische Weiterentwicklung vorgelegt. Rogers selbst richtete sein Interesse in seinen späteren Jahren auf die Anwendung seiner Prinzipien auf außertherapeutische Erfahrungsfelder wie etwa interkulturelle Konfliktlösung und Friedensarbeit. Die Forschung in der BRD konzentrierte sich hauptsächlich auf die empirische Überprüfung der Theorie von Rogers. Zwei konkrete Beispiele für eingeschränkte Theorieentwicklung mögen hier stellvertretend für viele stehen:

1. Unvollständige Berücksichtigung theoretischer Parameter

Rogers hat in seinem 1957 erschienenen Aufsatz über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen psychotherapeutischer Persönlichkeitsveränderungen von sechs Bedingungen gesprochen: Kontakt, Inkongruenz des Klienten, Kongruenz, Empathie und unbedingte Wertschätzung des Therapeuten und Wahrnehmung konstruktiven- Therapeutenverhaltens durch

den Klienten. Rogers selbst hat später - in Reduzierung seiner eigenen Einsichten - hauptsächlich jene drei Bedingungen hervorgehoben, für die er eindeutig den Psychotherapeuten zuständig sah (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz). Rogers Nachfolger reduzierten diese Bedingungen darüber hinaus noch auf Verhaltensaspekte oder idealisierten manche in einseitiger Weise (z. B. Kongruenz). Jene Bedingung, die Rogers sogar ursprünglich als unabdingbare Wirk-Voraussetzung aller anderen Parameter betrachtet und die besonders bei manchen Formen schwerer Störung äußerst relevant ist - nämlich der psychologische Kontakt zwischen Therapeut und Klient - wurde konsequent aus allen theoretischen Überlegungen „ausgeschlossen. Eine Phänomenologie des Kontakterlebens oder von Kontaktstörungen in der therapeutischen Beziehung (z. B. Phänomene des Rückzugs oder der „optimalen Nähe/ Distanz“), die für Theoriebildung und Praxis gleichermaßen relevant wäre, fehlt völlig.

2. Ungenügende Differenzierung der Theorie

Rogers hat mit den meisten seiner theoretischen Formulierungen ein höchst abstraktes Kondensat eines komplexen therapeutischen Prozesses vorgelegt. Das für eine phänomenologische Differenzierung der Theorie nötige Wechselspiel zwischen abstrakter Theorie und Anwendung in konkreten Situationen wurde jedoch weitgehend vernachlässigt (vgl. Lietaer 1990). Das Defizit an differenzierten klinischen Phänomenbeschreibungen wurde durch Ideologisierung (Festhalten an abstrakten „core conditions“) oder durch unreflektierte Übernahme von paradigm fremden Überlegungen (Eklektizismus) besonders bezüglich des Verständnisses von schweren Störungen weiter verschärft.

Die Wisconsin-Studie

Für Rogers war die Durchführung eines Psychotherapieprojekts mit hospitalisierten Schizophrenen ein Vorhaben, das eine besondere Herausforderung und Hoffnung für die Überprüfung seiner Theorie darstellte (Rogers et al. 1967). Der Input dieses Projekts für die Weiterentwicklung der Theorie und Praxis von schweren Störungen war jedoch aufgrund verschiedener Umstände geringer, als die Erfahrungen und Ergebnisse erwarten ließen. Da die Ergebnisse nicht in derselben Weise eindrucksvoll waren wie die Forschung bei psychoneurotischen Klienten und auch manche verwirrende Ergebnisse brachten, haben sie Kritiker pauschal als Enttäuschung präsentiert. Patterson (1985) wies etwa daraufhin, daß die Studie mißverstanden, unrichtig dargestellt wurde, in ihrer Bedeutung zurückgewiesen wurde und auch unrealistischerweise darüber geklagt wurde, daß nicht jeder Patient sich verbessert hatte. Rogers präsentierte die ersten Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts bereits 1958 der interessierten Fachwelt, die auf weitere Ergebnisse wartete. Es dauerte jedoch aufgrund eines unerklärlichen Verlusts von Forschungsdaten und schwerer und langer Konflikte unter den Herausgebern der Studie weitere neun Jahre, bis sie veröffentlicht wurde. Die professionelle Öffentlichkeit hatte längst das Interesse daran verloren. Rogers selbst hatte wegen eines Karrierewechsels wenig Gelegenheit, differenzierte theoretische Konsequenzen aus den reichhaltigen Erfahrungen in diesem Projekt zu ziehen. Er beendete seine akademische Karriere und ging nach Kalifornien, wo er seine Interessen auf innovative Projekte z. B. im Schulbereich und auf die für ihn faszinierende Erfahrung der Arbeit mit Kleingruppen (Encounter-Gruppen) und später auch Großgruppen richtete.

Rogerialische Psychotherapie schwerer Störungen

Im folgenden möchte ich drei Beispiele Rogerialischer Psychotherapie schwerer Störungen aus dem amerikanischen Sprachraum darstellen. Gendlins Beitrag stellt eine weit unterschätzte Darstellung therapeutischer Praxeologie dar. Die Beiträge von Garry Prouty und Margaret Warner sind als Weiterentwicklung klientenzentrierter Prinzipien bei der Anwendung auf schwierige Klientenpopulationen des Chicago Counseling and Psychotherapy Research Centers zu verstehen.

Eugene Gendlin: Zur Praxeologie klientenzentrierter Psychotherapie Schizophrener

Gendlin, der am Wisconsin-Projekt auch als Psychotherapeut teilnahm, verfaßte einen ausgezeichneten Beitrag über therapeutische „Prozeduren“ im Umgang mit Schizophrenen (Gendlin 1967). Er versucht darin eine reflektierte, phänomenologische Auswertung der therapeutischen Praxis mit schizophrenen Patienten, eine Art „persönlicher Praxeologie“: „Wir brauchen eine Wissenschaft psychotherapeutischen Handelns, und der erste Schritt liegt in der Entwicklung eines Vokabulars, das einige der Verfahren benennt, die wir innerhalb unser selbst und äußerlich sichtbar verwenden“ (Gendlin 1967, S. 375). Rogers und die meisten seiner Kollegen in diesem Projekt hatten wenig Erfahrung mit Schizophrenen. Darüber hinaus wurden die Patienten nicht auf der Basis von Kriterien ausgewählt, die eine erfolgreiche Therapie erwarten ließen, wie etwa hohe Motivation der Patienten, günstige Prognose etc., sondern streng nach Forschungskriterien (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Länge der Hospitalisierung). Dies führte zu einer Auswahl von Patienten, die aufgrund charakteristischer Ausdrucks- und Handlungsmerkmale eine besondere Herausforderung für eine traditionell klientenzentrierte Vorgangsweise bedeuteten. Gendlin nennt folgende Charakteristika der schizophrenen Patienten in Bezug zur therapeutischen Situation:

Schweigen. Die Patienten verbrachten Stunden mit massivem Schweigen, und zwar nicht jene fruchtbaren Momente des Schweigens, die wir als therapeutisch wertvoll kennen, sondern ein Schweigen, das Leere, Widerstand, Unwilligkeit und Orientierungslosigkeit ausdrückte. Eine andere Art von Rückzug war das ununterbrochene Reden über Äußerlichkeiten und Trivialitäten.

Fehlen von Selbstexploration. Unabhängig davon, ob Patienten schwiegen oder ununterbrochen sprachen, sie hatten keinen Sinn dafür, sich selber zu erforschen oder zu verstehen. Die Patienten sahen keinerlei Bedeutung im Bemühen der Psychotherapeuten, zu reflektieren bzw. Gefühle und Bedeutungen anzusprechen.

Das Fehlen eines selbsttreibenden Prozesses. Der bei neurotischen Klienten spontan, „wie von selbst“ ablaufende und weiterführende Erlebensprozeß fand nur selten und nicht kontinuierlich bzw. in einem „gebrochenen Verlauf“ statt.

Ablehnung des Therapeuten. Sowohl die schweigenden als auch die verbalen Patienten wiesen die Therapeuten regelmäßig zurück. Es war eine totale Ablehnung, sich mit dem Therapeuten zu treffen. Die Ablehnung war derart massiv, daß — wie Gendlin bemerkt — die Psychotherapeuten die Gespräche nicht fortgesetzt hätten und auch deshalb nicht gelernt hätten, mit diesem Patienten „weiterzumachen“, ohne ihre persönlichen Rechte zu verletzen, wäre ihre Durchhaltungsmotivation aus Forschungsgründen nicht besonders hoch gewesen. Diese Charakteristika der schizophrenen Patienten brachte die Psychotherapeuten dazu, die gewohnte Vorgangsweise zu transzendieren und mit neuen Formen der Kontaktaufnahme zu experimentieren. Wesentlich und unverzichtbar war dabei, daß diese an eine spezielle Patientengruppe angepaßte Vorgangsweise andere und *unterschiedliche Ausdrucksformen derselben therapeutischen Grundprinzipien und Einstellungen* waren. Im folgenden Zitat erläutert Gendlin eine

derartige „differentielle“ Vorgangsweise beispielhaft:

Die klientenzentrierte Psychotherapie klassischen Stils betonte, „daß es nicht gut ist, Fragen zu beantworten. Stellte ein Klient eine Frage, so war es typisch für den klientenzentrierten Therapeuten, sie nicht zu beantworten, sondern statt dessen seine Aufmerksamkeit darauf zu richten, warum er sie fragt oder zu versuchen, die Gefühle, die dem Fragen unterliegen, zu reflektieren. Warum? Weil eine Frage sehr oft indirekt darauf bezogen sein würde, womit sich das Individuum beschäftigt. Die Beantwortung der Frage würde den Prozeß abstellen, bevor der wirkliche Sinn der Frage auftauchen könnte. Zum Beispiel könnte ein Klient, der sich vom Therapeuten in einigen Belangen nicht verstanden fühlte, fragen: ‚Wie alt sind Sie?‘ Das wäre nur in dem Sinne relevant, als es bedeutete: ‚Wie kann eine junge Person wie Sie mich verstehen, um so mehr als Sie es gerade nicht konnten?‘ Würde der Therapeut die Frage beantworten, würde er oft den wichtigen Prozeß abstellen, der sich von dieser zugrundeliegenden Sorge aus entwickelt. Aus demselben Grund äußerten wir keine Meinungen. Die Meinung des Therapeuten würde dem weiteren Prozeß in die Quere kommen, was oft zu ganz unterschiedlichen Interessen führt, als sie vorerst erschienen. Jedoch mit diesen Patienten finde ich, daß ich mich mehr selbst einbringen will und muß. Ich muß dem Patienten zeigen, wer ich bin. Ich möchte nicht, daß subverbale Fingerzeige allein seine Vorstellung darüber bestimmen, was ich denken könnte. Meine Tendenz besteht nun darin, oberflächlich *alle* Fragen zu beantworten, und zeige damit, was in mir vorgeht, und dann füge ich rasch hinzu: ‚Aber warum fragen Sie?‘ oder ‚Fragen Sie wegen diesem oder jenem?‘ Das mag wie das gegenteilige Verhalten [zum klassischen Stil] erscheinen, aber das Grundprinzip in beiden ist, *seine* Spur zutage treten zu lassen, ihm zu ermöglichen, auszudrücken, wo er steht . . . das Prinzip, zu diesem Prozeß zu kommen, oder ihm zu ermöglichen, *seine* Wahrnehmungen auszudrücken und mit *seinen* Gefühlen zu arbeiten, bleibt dasselbe“ (Gendlin, 1964, 172 f.; Italics im Original).

In Gendlins Erläuterung einer differentiellen Vorgangsweise wird deutlich, daß er seine vom klassischen Stil abweichende Vorgangsweise und seine idiosynkratischen Formen des Zugangs auf Klienten an die grundlegenden Rogerianischen Prinzipien rückbindet.

Gendlins „persönliche Praxeologie“ sind im Grunde situationsbezogene und kontextsensitive Handlungsprinzipien oder Orientierungsprinzipien zur Aufbereitung des inneren Erlebens des Therapeuten in Beziehung zu einem bestimmten Ausdrucksverhalten des Patienten. Gendlin unterscheidet drei Kategorien von typischem Ausdrucksverhalten Schizophrener in der Therapiesituation (deskriptives „in-therapy behavior“) und verbindet damit spezifische „therapeutische Prozeduren“:

Typ I

Beschreibung: Still und unempfindlich: Der Patient schweigt und bleibt durchgehend in derselben (Sitz-) Position; unbeweglich, keinerlei Reaktionen in Form von Gesten, Blicken etc.

Therapeutische Prozeduren: Keine Feedback-Forderungen, die „Sensible-Person“-Annahme, Periodisches Kenntlichmachen der eigenen Anwesenheit, vorsichtige Vorstellungen über den Patienten, Aufrechterhaltung der Interaktion, Kontakt aufnehmen.

Typ II

Beschreibung als still, aber empfindlich: Der Patient schweigt, zeigt jedoch durch Gesten, Blicke, Veränderung des Gesichtsausdrucks und seltene verbale Äußerungen eine gewisse Empfänglichkeit für Interaktion.

Therapeutische Prozeduren: Akzeptieren der Zurückweisung, Aktivsein, Brücken zur Außenwelt herstellen, Offenheit für den jeweils nächsten Schritt, Gelegenheiten für weitere Interaktion nutzen, Stück-für-Stück-Antworten.

Typ III

Beschreibung: Verbal, aber externalisierend: Der Patient spricht viel, aber niemals über Gefühle, persönliche Bedeutungen, jedoch über andere, äußere Situationen und Ereignisse.

Therapeutische Prozeduren: Annahmen über die innere Welt des Klienten äußern; Vorstellung einer gefühlten Bedeutung; vielseitige Anhaltspunkte für Selbstöffnung des Patienten verwenden (alles ist ein „Offner“), Zulieferung affektiver Bedeutungen durch den Therapeuten, klientenzentrierte Antwort.

Auch wenn die Darstellung dieser Handlungsprinzipien und „Prozeduren“ überwiegend in Form von „Wenn dieses eintritt, tue jenes“ erfolgt, so macht Gendlin deutlich, daß es sich um verschiedene Formen von Kontaktversuchen handelt und verschiedene Formen der Aufbereitung des eigenen inneren Erlebens zur Rekonstruktion der inneren Welt des Patienten und nicht um Techniken zur Kontrolle des Prozesses im Patienten.

Garry Prouty: Psychotische Prozesse

Prouty beschäftigt sich eingehend mit psychotischer Erlebnisverarbeitung, bei der der Patient nicht fähig ist, Realitätskontakt mit einigen Aspekten der Welt, seiner selbst und anderen aufrechtzuerhalten. Psychotische Erlebnisse fungieren als „Präsymbole“, die in einen realitätsgerechten Erlebensprozeß transformiert werden können. Prouty (1990) geht aufgrund von Schlußfolgerungen aus dem Wisconsin-Projekt davon aus, daß bei Psychotikern speziell die Beziehung problematisch und der konkrete Erlebensprozeß im Patienten defizitär ist. Seine Weiterentwicklung des klientenzentrierten Ansatzes, die auf die Wiederherstellung von Beziehungs- und Erlebensfähigkeit abzielt, nennt er Prä-Therapie, weil sie im Grunde auf die schwierige Aufgabe der „Therapiefähigkeit“ gerichtet ist und als deren Voraussetzung gesehen werden kann. Sie ermöglicht einen therapeutischen Zugang zu Menschen, die als „nicht therapierbar“ oder „nicht kontaktfähig“ betrachtet werden. Rogers hat den Faktor des „psychologischen Kontaktes“ als eine Grundvoraussetzung therapeutischer Arbeit bezeichnet, jedoch Implikationen dieser Annahme nicht weiter ausgeführt (siehe oben). Es scheint auch nicht notwendig gewesen zu sein, da er hauptsächlich mit Personen der gebildeten, weißen Mittelschicht gearbeitet hat, und das Vorhandensein eines minimalen Kontaktes selbstverständlich angenommen werden konnte. Die Theorie von Rogers gibt auch keinerlei Hinweise für die Wiederherstellung von Kontakt für den Fall seiner Abwesenheit. Prouty unterscheidet nun drei Kontaktformen: Realitätskontakt, affektiven Kontakt und kommunikativen Kontakt. Diese Kontaktformen betrachtet er als notwendige Voraussetzungen für die Psychotherapie von Psychotikern und geistig Behinderten. Ohne Realitätskontakt kann der Patient kein wechselseitiges „Hier und Jetzt“ mit dem Therapeuten teilen. Ohne affektiven Kontakt gibt es für den Patienten keinen Zugang zu Gefühlen, und ohne kommunikativen Kontakt ist der verbale Ausdruck behindert. Prä-Therapie richtet sich in erster Linie auf das Konzept des „psychologischen Kontaktes“, und Prouty entwickelte sogenannte Kontaktreflexionen als therapeutische Methode. Kontaktreflexionen zielen auf präverbale und primitive Ausdrucksformen von Klientenverhalten:

Die Situationsreflexion zielt auf die Entwicklung oder Wiederherstellung des Realitätskontaktes. Der Therapeut nimmt dabei Bezug auf den unmittelbaren realen Situationskontext des Klienten. Beispiele: „Du zeigst jetzt dorthin“, „wir waren lange in diesem kleinen Raum.“ Es handelt sich um das Aufgreifen einfacher Realitätswahrnehmungen.

Reflexionen des Gesichtsausdrucks zielen auf einen affektiven Kontakt mit sich selbst. Der Klient kann dadurch in Kontakt mit prä-expressiven Gefühlen kommen. Beispiele: „Deine Augen werden größer“, „Du schaust jetzt auf.“

Wort-für-Wort-Reflexionen zielen auf die Wiederherstellung oder Entwicklung eines kommunikativen Kontaktes, dort, wo er fehlt. Dabei wird das funktionale Sprechen unterstützt und die Möglichkeit, sich selbst als „Ausdrucksprozeß befindlich“ und als Kommunizierenden zu erfahren.

Beispiel: Kl.: „Sie sind groß, rosa und häßlich.“ Th.: „Sie sind groß, rosa und häßlich.“ Durch diese Wort-für-Wort-Wiederholungen werden auch Lage eines Kontaktes (nicht nur je-

ne, wo der Sinn schnell klar ist).

Körperreflexionen dienen der Wiederherstellung eines Körpergefühls und eines Realitätskontaktes. Sie bestehen im verbalen Ausdruck von bizarren Bewegungen und Körperzuständen. Beispiel: „Der ganze Körper ist steif.“ – „Sie drehen den Kopf weg.“

Reiterative Reflexionen greifen früher erfolgreiche Kontakreflexionen wieder auf, um den interaktiven Effekt von Kontakt und Erleben zu stützen. Wenn der Kontakt- und Erlebensfluß abgerissen ist, können diese wiederaufgreifenden Reflexionen Erfahrungen wieder aktivieren.

Obwohl die Beispiele in schriftlicher Form wiedergegeben hölzern und mechanisch wirken, muß hier betont werden, daß die Basis einer klientenzentrierten Grundhaltung hier besonders wichtig ist.

Prouty hat seine Methode der Prä-Therapie mit zahlreichen Fallbeispielen belegt. Besonders eindrucksvoll ist seine Arbeit mit Halluzinationen (Prouty 1991). Seine Methode wird inzwischen auch in Kliniken europäischer Länder angewandt (vgl. Pörtner 1993).

Margret Warner: Dissoziative und fragile Prozesse

Neben der Auseinandersetzung mit psychotischen Prozessen der Erfahrungsverarbeitung, wurde am Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center sogenannten dissoziativen und fragilen Prozessen der Erfahrungsverarbeitung besondere Aufmerksamkeit geschenkt und auf der Basis von psychotherapeutischen Prinzipien nach Rogers und Gendlin behandelt. Neben der theoretischen Auseinandersetzung wird dabei Wert auf die phänomenologische Beschreibung und Auswertung des Klientenerlebens in der Therapiesituation gelegt bzw. ihre Resonanz auf die therapeutischen Bedingungen.

Dissoziative Formen der Erlebensverarbeitung beinhalten das Erleben von Auflösung, Spaltung oder Zerfall des Selbst und der Persönlichkeit. Diese Form der Erlebensverarbeitung fungiert als Schutz vor überwältigenden Erinnerungen an Inzest oder Mißbrauchserfahrungen und wird als Kontrollverlust gegenüber „abgespaltenen“, nicht-kontrollierbaren Teilen der Persönlichkeit erlebt. Warner (o. D.) weist darauf hin, daß erfahrungsgemäß diese Symptome beinahe immer mit intensivem sexuellen oder körperlichen Mißbrauch verbunden sind und diese Klientinnen besonders sensibel auf Probleme von Macht und Kontrolle in der Therapiesituation reagieren. Der Prozeß der Integration von traumatischen Erfahrungen ist häufig chaotisch und schmerzlich für die Klientinnen. Sie wünschten, sie könnten alles vergessen und zu ihrem früheren Leben zurückkehren, auch wenn es noch so einengend und symptombeladen war. Die ersten Sitzungen mit dissoziativen Klientinnen können sehr unterschiedlich verlaufen. Manche zeigen drastische Verwirrung und Stimmungsveränderungen, die meisten beginnen mit Jedermanns-Problemen wie Beziehungsproblemen, Arbeitsproblemen, Depressionen etc. Nur selten wird ein inzestuöser Familienhintergrund angedeutet, oder es tauchen sogar Erinnerungen an idyllische Familienerfahrungen auf. Einige Personen verbringen viele Therapiestunden, ohne Zerfalls- und Spaltungserlebnisse anzusprechen. Warner weist darauf hin, daß Klientinnen oft erst in späteren Phasen der Therapie dissoziative Erfahrungen ansprechen und betrachtet es als Fortschritt, wenn diese mehr im Sinne einer „multiplen Persönlichkeit“ werden, da die Vertrauensgrundlage der therapeutischen Beziehung es erlaubt, daß die Fragmentierung auch in der therapeutischen Situation zum Ausdruck kommt. Trotzdem treten dabei massive Ängste auf, vor allem vor Zurückweisung durch die Therapeutin und davor, als verrückt angesehen zu werden. Dabei wird jede therapeutische Intervention, die es erleichtert, über dissoziative Erfahrungen oder Verwirrungen zu sprechen, von Warner als sinnvoll angesehen (z. B. Erklären des Mechanismus und psychologischen Hintergrundes von Dissoziationen, falls Klientinnen es wünschen). Besonders wichtig ist eine kontinuierliche Offenheit für dissoziative Teile und auch explizite „welcoming statements“ der dissoziativen Teile anstelle eines simplen „reflective response“: Denn der Prozeß ist sehr sensibel, speziell wenn wider-

sprüchliche Wünsche auftauchen und wenn Klientinnen sich wünschen, der Therapeut möge helfen, die schrecklichen Erfahrungen loszuwerden:

„Ich habe entdeckt, daß, wenn ich einfach mein Verstehen ausdrückte, daß der Klient Hilfe möchte, um Erfahrungen verschwinden zu lassen, dann die quälenden Teile oft empfinden, daß ich sie zerstören möchte. Sie eskalieren dann wahrscheinlich die bedrohenden Aktionen, während sie außerhalb des Bewußtseins bleiben. . . . ich versuche nun irgend etwas zu sagen, um anzuzeigen, daß der Teil bei mir willkommen ist" (Warner o. D., S. 17).

In ähnlicher Weise stellt Roy (1991, S. 27) fest:

„Dissoziatives Material, egal ob es so unterscheidbar ist wie eine separate Persönlichkeit oder weniger in diesem Sinne, muß erfahren werden und es muß ihm erlaubt werden, in der Welt oder im Bewußtsein zu leben, bevor es verarbeitet und integriert werden kann."

Eine weitere Form der Erlebensstörung nennt Warner (1991) „fragile process". Damit sind Formen der Erfahrungsverarbeitung gemeint, bei denen Klienten Schwierigkeit haben, die Intensität von inneren Erfahrungen und beginnende oder endende emotionale Reaktionen, wenn es die Situation erfordert, abzustimmen; oder den Blickwinkel anderer Leute aufzunehmen, ohne den Kontakt mit ihrem eigenen Erleben abubrechen. Personen mit fragiler Erlebnisverarbeitung werden oft mit den Diagnosen Borderline-Störung, narzistische oder schizoide Persönlichkeitsstörung belegt. Warner führt diese Störungen auf Empathie-Defizite in der frühen Kindheit zurück. Empathische Antworten sind oft die einzigen Interventionen, die Klienten im Verlauf fragiler Erlebnisverarbeitung aufnehmen können. Empathie hilft dabei, mit dem eigenen Erleben in Verbindung zu bleiben. Das Erleben ist oft in einer Weise „zerbrechlich", daß jede ungenaue Bezeichnung durch den Psychotherapeuten eine Zurückweisung der inneren Welt des Klienten für diesen bedeutet. Personen mit fragiler Erlebnisverarbeitung erfahren in Beziehung ein großes Ausmaß an verletzendem Mißverstehen aufgrund ihres indirekten Kommunikationsstiles. Die Verarbeitung fragilen Erlebens mit Unterstützung der Empathie des Therapeuten führt in diesen Phasen der Therapie zur Abhängigkeit vom Therapeuten. Sie verlassen ungern die Therapiestunden und sind mißmutig und ärgerlich über die Zeit, die sie auf die nächste Stunde warten müssen. Insgesamt bringt Warner therapeutische Fortschritte bei fragiler Erlebnisverarbeitung mit der zunehmenden Sicherheit von Klienten in Zusammenhang, Kontakt zum eigenen Erleben aufrechterhalten zu können und Halt im eigenen Erleben zu finden (vgl. auch Hutterer 1992).

Ausblick

Die ansatzweise dargestellten Beispiele der Auseinandersetzung Rogerianischer Psychotherapeuten mit schweren Störungen basieren auf der genauen Auswertung und Darstellung von Erfahrungen. Die philosophischen Wurzeln der amerikanischen Rogerianischen Tradition begünstigen eine erfahrungsnahe Form der Phänomenologie, die besonders geeignet ist für eine differenzierte Handlungstheorie und Praxeologie klientenzentrierter Vorgangsweise, die bis jetzt nur in Anfängen vorhanden ist.

Literatur

Eckert J., Schwanz, H. J., Tausch, R. (1977), Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 6: 177-184.

Gendlin, E. T. (1964), Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy. Review of existential Psychology and Psychiatry 4: 168-179.

Gendlin, E. T. (1967), Therapeutic Procedures in Dealing with Schizophrenics. In: Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., Truax C. B. (Eds.), The therapeutic relationship and its Impact. A study of psychotherapy with

schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press, pp. 369 – 400.

Hutterer, R. (1992), Aktualisierung und Selbstaktualisierung. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien: WUV, S. 71-82.

Levant, R. F., Shlien, J. M. (1984), Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach: New Directions in Theory and Practice. New York: Praeger Publishers.

Lietaer, G. (1990), The client-centered Approach after the Wisconsin project: A personal view and its evolution. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential therapy in the nineties. Löwen: Leuven University Press, pp. 19-46.

Martin, D. G. (1975), Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß. Salzburg: Müller.

Meyer, A. E., Wirth, R., Grawe, U., Graf v. d. Schulenberg, J. M., Schulte, B. (1991), Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus, HamburgEppendorf.

Patterson, C. H. (1985), The Therapeutic Relationship: Foundations for an Eclectic Psychotherapy. Monterey: Brooks/Cole Publ.

Pörtner, M. (1993), Klientenzentrierte Therapie mit geistig Behinderten und Schizophrenen. Garry Prouty's Konzept der Prae-Therapie. Brennpunkte 15 (54): 15-22.

Prouty, G. F. (1991), The pre-symbolic Structure and processing of schizophrenic hallucinations: the problematic of a non-process-structure. In: New Directions in client centered Therapy. Practice with difficult client populations. Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center, Chicago, pp. 1-17.

Prouty, G. F. (1990), Pre-Therapy: A theoretical evolution in the personcentered/experiential Psychotherapy of schizophrenia and retardation. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential therapy in the nineties. Löwen: Leuven University Press, pp. 645-658.

Rogers, C. R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 21 (2): 95-103.

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

Rogers, C. R. (1977), Therapeut und Klient. München: Kindler.

Rogers, C. R. (1983), Klientenzentrierte Psychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer.

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

Roy, B. C. (1991), A Client-centered Approach to Multiple Personality and Dissociative Process. In: New Directions in client centered Therapy. Practice with difficult client populations. Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center, Chicago, pp. 18-40.

Sauer, J. (1993), Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie. Psychotherapieforum 1 (2): 67-80.

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

Warner, M. S. (1991), Fragile Process. In: New Directions in client centered Therapy. Practice with difficult client populations. Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center, Chicago, pp. 41-58.

Warner, M. S., (o. D.), Dissociated Process. Draft/Chicago Counseling Center, Chicago, III. Korrespondenz: Dr. Robert Hutterer, Röggersgasse 22/32, A-1090 Wien.