

# **Von der Resonanz zum Verstehen und vom Verstehen zur Veränderung – Beiträge zur personenzentrierten Psychotherapieforschung**



Dissertation

zur Erlangung des Grades

**Dr. (Psychology)**

**Andrea Scheuringer, MEd**

Februar 2018

# **Von der Resonanz zum Verstehen und vom Verstehen zur Veränderung – Beiträge zur personenzentrierten Psychotherapieforschung**



Dissertation  
zur Erlangung des Grades  
**Dr. (Psychology)**  
an der  
Universidad Central de Nicaragua ([www.ucn-eu.net](http://www.ucn-eu.net))  
vorgelegt von  
**Andrea Scheuringer, MEd**  
am UCN Branch Campus  
am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau ([www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net)), Österreich

Februar 2018

**Andrea Scheuringer, MEd**

**andreascheuringer@gmail.com**

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, Februar 2018

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

Supervisor: Dr. Günter Dietrich

Chair of Examination Committee: Prof. Dr. Dr. P. C. Endler

## INHALT

### **1. Einleitung - Von der Resonanz zum Verstehen und vom Verstehen zur Veränderung – Beiträge zur personenzentrierten Psychotherapieforschung**

Seite ..... 5

### **2. „Begegnung mit einem Kunstwerk. Eine psychotherapeutische Bildbetrachtung“**

Scheuringer, A. (2017). Begegnung mit einem Kunstwerk. Eine psychotherapeutische Bildbetrachtung. In LENTOS Kunstmuseum (Hrsg.), *Art brut aus Gugging. Die Sammlung Leo Navratil und spätere Erwerbungen*. (S 35 – 38). Wien: Verlag für moderne Kunst.

Seite .....12

### **3. Modulsript: Personenzentrierter Ansatz als Ressource in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Interuniversitäres Kolleg Graz Seggau**

[https://www.inter-uni.net/LdV/html/PostSkriptum\\_DE/PS-LF12\\_PersZentrAnsatz\\_Rogers.pdf](https://www.inter-uni.net/LdV/html/PostSkriptum_DE/PS-LF12_PersZentrAnsatz_Rogers.pdf)

Seite .....19

### **4. Vom Scheitern lernen – Integration von Gruppenpsychotherapie in der stationären Altenpflege aus personenzentrierter Perspektive**

Eingereicht bei: Psychotherapie Forum (ÖBVP)

Seite .....51

## **Von der Resonanz zum Verstehen und vom Verstehen zur Veränderung – Beiträge zur personenzentrierten Psychotherapieforschung**

Die vorliegende kumulative Dissertation umfasst eine psychotherapeutische Bildbetrachtung (Scheuringer, 2017a), ein Modulsript für das Interuniversitäre Kolleg im Lernfeld: „Ressourcen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage des personenzentrierten Ansatzes (PZA) nach Carl Rogers (Scheuringer, 2017b)“, und einen Artikel, der das Scheitern methodischer Integration von Gruppenpsychotherapie untersucht, woraus sich aber Ideen und Visionen entwickeln lassen, die sich auf künftige Konzepte in Alten-Pflegeheim-Situationen konstruktiv anwenden lassen (Scheuringer, 2017c).

Mein Forschungsverständnis gründet sich auf qualitativ gewählte Zugänge, die auf Basis von Forschungsfragen und Einzelfalldarstellungen umgesetzt werden. Die Frage des Was entspricht der Kategorie der Qualität und für die Psychotherapieforschung bezeichnet Fischer die qualitative Untersuchung als das A und O der Forschung (Fischer, 2011, 115). Auckenthaller und Helle stellen neben der Gleichwertigkeit von Hypothesengenerierung und Hypothesenüberprüfung ein verstärktes Interesse an der Perspektive des Klienten fest und somit auch eine Betonung qualitativer Forschungsmethodik (2001, 394).

Was mich bei allen drei Forschungsarbeiten antrieb und herausforderte, ist die Frage, wie (auf Basis der personenzentrierten Bedingungen) die Resonanzfähigkeit in der personenzentrierten Psychotherapeutin<sup>1</sup> soweit verfügbar werden kann, um umfassende Verstehensprozesse einzuleiten, unterschiedliche Hypothesen über unterschiedliche Fragestellungen zu erarbeiten und Entwicklungen in Gang zu setzen. Das Modulsript ist hierbei ein theoretisches Fundament und folgt einer gewissen biografischen Logik von Carl Ransom Rogers über die Entstehungsgeschichte des personenzentrierten Ansatzes (PZA).

In der noch neuen wissenschaftlichen Disziplin der Psychotherapiewissenschaft, gestützt auf Freuds Idee der „Laienanalyse“ (Fischer, 2011), werden

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit verwende ich abwechselnd die weibliche und die männliche Form und spreche damit die Geschlechter gleichermaßen an.

identitätsstiftende Elemente der Psychotherapeutin, nämlich die therapeutische Beziehungsgestaltung und die Fähigkeit zu dialektischem Denken, betont (Fischer, 2011, 227). Auf der von Rogers formulierten Grundlage sind das folgende Fähigkeiten: Der Therapeut nimmt eine empathische Haltung ein, er bringt sich aufrichtig, gewissermaßen kongruent, ein und ist dem Klienten gegenüber positiv beachtend. Dann entsteht ein Klima, eine konstruktive Beziehung, in der sich der Klient sicher und angenommen fühlt, er beginnt sich selbst zu explorieren und hat so die Möglichkeit sich zu entwickeln (Rogers, 2009, 46 – 49). Die Therapeuten werden durch Selbsterfahrung, durch die theoretische Auseinandersetzung, die praktische Umsetzung und ihre Reflexion darüber, besonders gut geschult und gefördert. Diese Fähigkeiten für die Forschung zu nutzen, ist mein vorrangiges Interesse.

Im ersten Artikel einer psychotherapeutischen Bildbetrachtung des Bildes „Sinkendes Schiff“ des Gugginger Künstlers Anton Scharf (1971) aus dem Bestand des Lentos Kunstmuseums, kristallisiert sich für mich die Frage heraus: Was ist es, was der Künstler mit seinem Kunstwerk als Symbol und somit einer Hauptleistung der Sprache (Bühler zit. nach Navratil, 1976, 13) sagen will? Kunst als Sprache zu definieren (vgl. Rogers N., 2002, 411 – 426), wird für mich wegweisend und ich folge meiner ersten Resonanz, im Kontakt mit einem „felt sense“<sup>2</sup> (Gendlin, 1987, 56), der körperlich intuitiv entsteht. In einem Focusingprozess verorte ich Gefühlsregungen und symbolisiere daraus Verstehenshypothesen, die sich über mein Erleben zeigen und am Ende des Erlebensprozesses durch eine Art Veränderung, auch als Erleichterung spürbar, ein sogenannter „felt shift“<sup>3</sup> (Gendlin, 1987, 130) entsteht. Focusing (Gendlin, 1987) ist die am weitesten von der klassischen klientenzentrierten entfernte Strömung innerhalb des Spektrums personzentrierter Psychotherapie (Scheuringer, 2017b). Ihr experienzieller<sup>4</sup> Charakter ermöglicht mir, Resonanzen nachzugehen, die das Bild „Sinkendes Schiff“ von Scharf bei mir auslösen und dadurch Symbolisierung und Deutung erfahren.

„Man müsse sich am eigenen Leib von der Wirksamkeit dynamisch unbewusster Vorgänge überzeugt haben, um deren Relevanz auch bei anderen Personen und in Kunstgegenständen erfahren zu können“ (Schönau, 1991, 108 ff).

Ein Primat des Verstehens der inneren Welt ergibt sich, wenn wir von unserer eigenen Innenperspektive ausgehen. Im Verhältnis zur Umwelt und zu unserer

---

<sup>2</sup> Felt sense – gefühlter Sinn

<sup>3</sup> Felt shift – gefühlte Veränderung

<sup>4</sup> Experienziell ist im Sinne von „Erfahrungsorientiertheit“ zu verstehen

sozialen Mitwelt ist die Innenperspektive bereits gegeben (Fischer, 2011, 149). Das Kunstwerk, eigentlich die Introspektion und Ergründung der eigenen Resonanzen auf das Bild und die Geschichte des Menschen dahinter, ergibt für mich eine Art Beziehungsangebot, eine Botschaft des Künstlers an die Welt.

„Mit Hilfe der Spiegelneuronen und der Empathieforschung und der (wenn auch oft nur metaphorisch) an sie anschließenden Theorien lässt sich weitgehend plausibel begründen, dass Menschen Wesen sind, die als Resonanzkörper zu fungieren vermögen, ja mehr noch, dass sie ihre sensomotorischen und sprachlichen, ihre kognitiven und moralischen Qualitäten dadurch entwickeln, dass sie auf Anstöße und Anrufungen aus der Welt antwortend reagieren“ (Rosa, 2017, 269).

Von der Bildbetrachtung und der Resonanz, die das Kunstwerk unter der Miteinbeziehung biografischer Hintergründe des Künstlers ausdrücken, komme ich zur zweiten Arbeit der kumulativen Dissertation.

Sie beinhaltet ein Modulsript für die tiefenpsychologisch orientierten Studiengänge des Interuniversitären Kollegs Graz Seggau. Anhand einer biografischen Abfolge des Lebens von Carl Ransom Rogers (1902 – 1987) wird die Entstehungsgeschichte der klientenzentrierten Psychotherapie dargestellt. Da Rogers mit seinen Ansätzen andere Psychotherapieschulen, aber vor allem die humanistische Pädagogik und psychosoziale Konzepte beeinflusste, bekommt diese Arbeit einen inhaltlichen Schwerpunkt im Zusammenhang mit Ressourcen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Dabei wird Rogers' eigene Kindheit und sein Heranwachsen bedeutsam. Ein Vergleich tiefenpsychologischer Herangehensweisen in der Therapie des kleinen Hans (Freud, 1909b) mit dem personzentrierten Ansatz veranschaulicht die Unterschiede beider Schulen.

Die letzte Arbeit wird ausgehend von meinem personzentrierten Verständnis (Rogers, 2009; Keil, 2012) mit tiefenpsychologischen Aspekten der Organisationsbeobachtung (Hinshelwood und Skogstad, 2006) ergänzt. Es ist die Aufarbeitung eines Forschungsprojektes, das die methodische Integration von Gruppenpsychotherapie in einem österreichischen Alten-Pflegeheim zum Ziel hatte und folglich scheiterte. Als Autorin arbeite ich mich im Stil reflektierter Subjektivität durch die Einzelfalldarstellung, die in Auszügen mit Vignetten veranschaulicht wird. Ich folge Resonanzen in mir, die in verschiedenen Situationen entstehen, die beispielsweise von Mitarbeiterinnen und Angehörigen dort ausgelöst wurden. Ich

übertrage die von Keil (2012) entwickelte Formel, ursprünglich für die Klienten- und Therapeutinnenbeziehung entwickelt, auf die Kommunikationspartnerinnen vor Ort.

„Möglichkeit, die eigene Resonanz auf KlientInnen zu erfassen, besteht darin, die Aufmerksamkeit auf das Ausmaß und die Art der therapeutischen Grundhaltungen zu richten, wie man sie zu einem gegebenen Zeitpunkt erleben und verwirklichen kann. Bin ich offen für alles, was ich im Augenblick in mir habe und was gerade von der Klientin in mir berührt und ausgelöst wird?“ (Keil, 2012, 2)

Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, kann ich mein Gegenüber nicht mehr positiv beachten. Ich folge meiner gefühlsmäßigen Resonanz aus dieser Inkongruenz soweit, bis ich in mir eine Situation herstellen kann, in der die Person so handelt, dass ich sie positiv beachten kann (unter Berücksichtigung biografischer Aspekte oder anderer besonderer Umstände wie z.B. Not).

Meine Gefühle als Psychotherapeutin waren im Prozess der Umsetzung des Projektes oftmals sehr stark und unklar. Ich wollte diese besser verstehen und nutzte dabei Keils Formel hermeneutischer Empathie, um ein umfassenderes Verständnis herzustellen (Keil, 2012, 11).

„Die Resonanz des Kommunikationspartners wird in der Folge mehr oder weniger von dieser Widersprüchlichkeit und Frustration geprägt sein und daher zu weiterer Verwirrung, Abwehr und Inkongruenz tendieren“ (Keil, 2012, 4).

Da immer wieder Widersprüchlichkeiten und Frustrationen auftauchten, begann ich in meiner Prozessreflexion auch die Organisation und ihre Kultur miteinzubeziehen. Ich untersuchte diese im Hinblick auf die unbewussten Aspekte in der Kulturentwicklung von Organisationen (Hinshelwood und Skogstad, 2006). Diese ermöglichten Einblicke in das Abwehrverhalten und die damit verbundenen Ängste.

„Es sei hier erklärend darauf hingewiesen, dass die emotionale Resonanz auf einen Kommunikationspartner in den meisten Fällen weniger davon bestimmt wird, was der Andere inhaltlich fühlt und mitteilt, sondern vielmehr davon, wie er sein Erleben und Verhalten gestaltet und im Rahmen der Kommunikation vermittelt. Wichtig sind hier weniger die Inhalte oder gar Probleme, die erlebt und mitgeteilt werden, sondern v. a. die Art des Erlebens (offen, rigide, widersprüchlich), die Art, wie die Person mit ihrem eigenen Erleben umgeht (keine Gefühle haben, eigenes Erleben ablehnen, mehr oder weniger Bereitschaft zur Selbstexploration, Verantwortung für eigene Gefühle usw.),



sowie die Art ihres Beziehungsangebots (dominierend/gewährend bzw. abwertend/wertschätzend; verdeckte Beeinflussung; in der Kommunikation implizierte Rollenzuweisungen und „Appelle“, usw.)“ (Keil, 2012, 3).

Mit den Ergebnissen dieses Artikels möchte ich einen Beitrag für zukünftige Konzepte in Alten-Pflegeheimen leisten, um auf Basis empathischer Grundhaltung und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten, gelingende Kommunikation mit dem Ziel „mehr Lebendigkeit“ im Alten-Pflegeheim zu fördern. Gestützt auf die methodische Integration von Gruppenpsychotherapie, hin zu der Idee, eine Art therapeutische Gemeinschaft (Jones, 1976) mit verschiedensten, unterschiedlichen Gruppen in eine, sich gegenseitig unterstützende, sich austauschende, lernende Gemeinschaft zu entwickeln, macht diese Vision erstrebenswert. Eine Studie von Christiane Bahr (2015), in einem anderen österreichischen Alten-Pflegeheim, in der sie unter anderem eine Mitarbeiterinnenbefragung durchführte, um deren Bedürfnisse herauszufinden, lässt Hoffnung keimen, dass solche Wege, wie hier ebenso von mir vorgeschlagen, auch gegangen werden (Bahr, 2015). Methoden der gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg, 2003) als Grundlage für Selbsterfahrung, Konfliktlösung und Selbstermächtigung, vor allem zur Verbesserung empathischer Kommunikationsfähigkeit, sind in meiner Konzeption angedacht. Auch Laloux' (2015) Ideen sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit fließen ein, um moderne, bedürfnisgerechte und ganzheitliche Organisationen mitzugestalten.

In der therapeutischen Praxis, vor allem in Therapiegruppen, wo Tod, Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit, in der sich die Teilnehmerinnen direkt damit auseinandersetzen, indem sie die tiefsten Sorgen offen erörtern und sich gegenseitig mitteilen, kann therapeutische Wirksamkeit erzielt werden (Yalom, 1983/2005, 67).

„Resonanz bleibt das Versprechen der Moderne, Entfremdung aber ist ihre Realität“ (Rosa, 2017).

Entfremdung und Isolation kann durch einen vertrauensvollen Umgang in der Gruppe gemildert werden, auch wenn die Einsamkeit nicht aus der Welt geschaffen wird. Dabei wird die persönliche Auseinandersetzung mit der Begrenzung von Beziehung bedeutungsvoll und es kann dadurch möglich werden, sich der Isolation, die der Existenz innewohnt, zu stellen (Yalom, 1983/2005, 67).

Ich hoffe inständig mit meiner Forschungsarbeit einen Beitrag zur Auseinandersetzung mit diesen grundlegenden existenziellen Themen zu leisten.

## Literatur

- Auckenthaler, A. & Helle, M. (2001). Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse. In P. Frenzel, P., W. Keil, P. F. Schmid, P. F., N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. (S. 393 – 411). Wien: Facultas-Verlag.
- Bahr, C. (2015). Nachhaltig führen. *Person*, 19, 2, 160 – 168.
- Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Freud, S. (1909b). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. In *Gesammelte Werke*, Bd. 7, (S. 235 – 240). Frankfurt: S. Fischer.
- Gendlin, E. (1987). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Hinshelwood, R. D. & Skogstad, W. (2006). Zur psychosozialen Dynamik in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Freie Assoziation, Zeitschrift das Unbewusste in Organisation und Kultur*. 9, 2. 29 – 42.
- Jones, M. (1976). *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern: Verlag Hans Huber.
- Keil, W. (2012). *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*. [http://www.pca-acp.ch/resources/W\\_Keil\\_Zuerich\\_20121.pdf](http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf) [zuletzt abgerufen am 26.11.2017 ].
- Laloux, F. (2015). *Reinventing Organisations*. München: Verlag Franz Vahlen.
- Rogers, N.(1993). *The creative Connection*. Palo Alto, California: Science & Behavior Books.
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Orig. erschienen 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework*).
- Rogers, N. (2010). Personzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. (S. 411 – 426). Wien: Springer Verlag.
- Rosa, H. (2017). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Rosenberg, M. B. (2004). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. (4. Auflage). Paderborn: Junfermann. (Orig. erschienen 2003: *Nonviolent Communication. A Language of Life 2nd*. Encinitas/Kalifornien: Puddle Dancer Press).
- Scharf, A. (1971). *Sinkendes Schiff*.

Scheuringer, A. (2017a). Begegnung mit einem Kunstwerk. Eine psychotherapeutische Bildbetrachtung. In LENTOS Kunstmuseum (Hrsg.), *Art brut aus Gugging. Die Sammlung Leo Navratil und spätere Erwerbungen*. (S. 35 – 38). Wien: Verlag für moderne Kunst.

Scheuringer, A. (2017b). Modulkript Personenzentrierter Ansatz als Ressource in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Veröffentlicht unter:

[https://www.inter-uni.net/LdV/html/PostSkriptum\\_DE/PS-LF12\\_PersZentrAnsatz\\_Rogers.pdf](https://www.inter-uni.net/LdV/html/PostSkriptum_DE/PS-LF12_PersZentrAnsatz_Rogers.pdf)

Scheuringer, A. (2017c). Vom Scheitern lernen – Integration von Gruppenpsychotherapie in der stationären Altenpflege aus personenzentrierter Perspektive. Eingereicht beim Psychotherapie-Forum des ÖBVP: <http://www.springer.com/psychology/psychotherapy+%26+counseling/journal/729>

Schönau, W. (1991). *Einführung in die psychoanalytische Literaturwissenschaft*. Stuttgart: Metzler/Pöschel.

Yalom, I. D. (1983/2005). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. (4. Auflage). München: Random House. (Orig. erschienen 1983: Inpatient Group Psychotherapy. New York: Basic Books).

## Begegnung mit einem Kunstwerk. Eine psychotherapeutische Bildbetrachtung

### Abstract

Am ausgewählten Bild des Gugginger Künstlers Anton Scharf wird das vermeintliche Beziehungsangebot des Künstlers für die personenzentrierte Psychotherapeutin erlebbar. Als ersten Tummelplatz erschließt sich für sie die Übertragung im Sinne Sigmund Freuds. In einem Focusingprozess nach Gendlin bewegt sie sich im Wesen eines gefühlten Sinnes – „felt sense“ – weiter und greift über die kreativen Ausdrucksformen des Künstlers die Mitteilungsstränge auf, die für sie zu einer vollständigen Symbolisierung, als Botschaft an die Welt des verstorbenen Künstlers, werden.

### Hauptteil

Der vorliegende Ausstellungskatalog der Werke der Gugginger Künstler im Bestand des LENTOS Kunstmuseum Linz und deren Botschaft an die Welt, zusammen mit dem Einblick in meine ganz persönliche Betrachtung des Bildes *Sinkendes Schiff* von Anton Scharf (1971), lädt dazu ein, auch einen Blick auf die Geschichte der Psychopathologie zu werfen. Ausgehend von meiner psychotherapeutischen Arbeit, kristallisiert sich für mich Kunst als Sprache<sup>5</sup> und als eine Art Beziehungsangebot<sup>6</sup> als Ausgangspunkt des nachfolgenden Aufsatzes heraus. Es stellt sich mir die Frage: Was ist es, das die Künstler uns mit ihren Kunstwerken als Symbol und somit als eine Hauptleistung der Sprache<sup>7</sup> mitteilen wollten?

Ich beginne mit Freud, der das kreative Produkt, vergleichbar einem neurotischen Syndrom, als Symbolisierung eines psychischen Konfliktes und dessen

---

<sup>5</sup> Vgl. Nathalie Rogers, „Personenzentrierte Expressive Kunsttherapie. Ein Weg zur Ganzheit“, in: Wolfgang W. Keil, Gerhard Stumm (Hg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*, Wien 2002, S. 411–426, hier S. 412.

<sup>6</sup> Vgl. Jobst Finke, „Störungs- und Therapietheorie“, in: ders., *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, Stuttgart 2010, S. 12–18.

<sup>7</sup> Karl Bühler, zit. nach Leo Navratil, *Schizophrenie und Sprache. Schizophrenie und Kunst. Zur Psychologie der Dichtung und des Gestaltens*, München 1976, S. 13.

Lösungsversuches darstellt.<sup>8</sup> Diesen Konflikt finde ich auch dort, wenn ich auf einer allgemeineren Ebene betrachte, wie wir als Gesellschaft seit jeher den Umgang mit psychisch kranken Menschen bewältigt haben. Menschen wie die Künstler aus Gugging wurden weggesperrt, ausgegrenzt, verwahrt, an den Rand gestellt und sogar euthanasiert.

Das künstlerische Schaffen verhalf ihnen dazu, einen Weg zu individuellem und emotionalem Ausdruck zu finden. Dadurch entstand auch eine Öffnung. Die vorliegenden Kunstwerke offenbaren Schätze. Was vor Jahrhunderten begann, ist jetzt und nachhaltig – mithilfe der Kunst – integrativer Bestandteil des öffentlichen Lebens geworden. Die Sammlung, diesen Katalog und die Ausstellung dazu sehe ich als weiteren Beitrag zur Wiederherstellung, gar Herstellung von Kontakt, als ein In-Beziehung-Treten mit Unbeachtetem und vielleicht auch mit verloren Geglaubtem.

Der Reiz am Devianten in der Kunst zeigt sich im Laufe der Geschichte zunächst einmal in einer gesellschaftlichen Faszination, die in der Folge identitätsstiftende Funktion für die Individuen ausübt. „Ich bin anders“,<sup>9</sup> wird hier postuliert – oftmals sehr direkt, aggressiv und verstörend, manchmal auch verschlüsselt und geheimnisvoll. Diesem Postulat will ich hier nachgehen, vor allem auf dem Weg einer Detailerschließung des Werkes von Anton Scharf.

Ich werde mich mit den Möglichkeiten der personenzentrierten Psychotherapeutin<sup>10</sup> die Sprache und Kommunikation als Wesen ihrer Arbeit nutzt, voranbewegen und erfahrungsorientiert und intuitiv die Mitteilungsstränge aufgreifen, die sich mir als emotional verfügbarem Gegenüber in der Übertragung des Kunstwerkes anbieten.<sup>11</sup> Übertragung ist in der therapeutischen Arbeit als Tummelplatz zu verstehen, auf dem sich verdrängte Lebensimpulse des Klienten abspielen, entfalten und ans Tageslicht kommen.<sup>12</sup> Am Ende des Betrachtungsprozesses steht das kreative Produkt – das

---

<sup>8</sup> Sigmund Freud, Josef Breuer, „Studien über Hysterie“, in: Sigmund Freud, *Gesammelte Werke*, Bd. 1, 1895d, S. 75–312.

<sup>9</sup> Katharina Sobota, zit. nach Angela Fink, *Kunst in der Psychiatrie. Verklärt –verfolgt – vermarktet* (= Grazer Edition, hg. v. Johann Konrad Eberlein, Bd. 12), Wien 2012, S. 99.

<sup>10</sup> Nach Carl Rogers.

<sup>11</sup> Vgl. Sieglinde Eva Tömmel, *Wer hat Angst vor Sigmund Freud?*, Frankfurt am Main 2015, S. 161–162.

<sup>12</sup> Sigmund Freud, „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“, in: ders., *Gesammelte Werke*, Bd. 10, 1914g, S. 126–136.

Beziehungsangebot (und gleichsam das Geschenk des Künstlers an die Welt), das durch das Kunstwerk spricht. Damit hoffe ich, auch auf Basis hermeneutischer Empathie<sup>13</sup>, mehr über vielleicht noch unbekannte Gefühlsinhalte der bereits verstorbenen Gugginger Künstler, im Folgenden speziell über Anton Scharf, zu erfahren.

In einem ersten Schritt wende ich mich dem Entwurf des Ausstellungskataloges zu. Ich beginne, mich auf intuitive Weise anzunähern, und blättere durch den Katalog. Ein geheimnisvoller, fast magischer Prozess beginnt. Ich suche einige Werke heraus und lasse mich dabei von meiner unbewussten Weisheit leiten – so, als ob die Bilder mich aussuchten. In einem nächsten Schritt sondiere ich, dabei fallen mir bereits Bildtitel und Formate auf und meine Neugierde gegenüber den Künstlern beginnt zu erwachen. Ich lege mich vorerst auf zwei Bilder fest und sehe sie mir im Grafikdepot des LENTOS an. Ich weiß nicht mehr genau, wann ich mich für das Bild von Anton Scharf entschieden habe; ich denke, es war am Weg aus dem Museum. Die Freude darüber, einen Künstler gewählt zu haben, der nicht so beachtet ist wie beispielsweise Hauser, Tschirtner oder Gableck, war groß, mein Forschergeist angeregt.

---

<sup>13</sup> Vgl. Wolfgang Keil, *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*, [http://www.pca-acp.ch/resources/W\\_Keil\\_Zuerich\\_20121.pdf](http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf) (abgerufen am 22.11.2016).



Anton Scharf, *Sinkendes Schiff*, 1971<sup>14</sup>

Damit stoße ich auch auf die erste Resonanz zum Bild und auf den Kontext, der sich in der Frage formuliert, ob es für Anton Scharf wohl von Bedeutung war, nicht in so starkem Ausmaß beachtet zu werden wie andere Gugginger Künstler.

Ich lese in Scharfs Biografie nach und merke, wie das, was ich bereits über ihn weiß, in mir nachhallt: Scharf war kein Langzeitpatient in Gugging. Er war vorübergehend dort und es ist bekannt, dass er viel auf Reisen war und auf Schiffen gearbeitet hat. Der Künstler verarbeitete in seinen Bildern fantasievoll den Tod und das Leben danach.<sup>15</sup>

Ich nehme wieder Kontakt mit dem Bild auf und suche über das, was ich sehe, ganz aktiv mit meinem inneren Erleben in Verbindung zu kommen. Diesen Prozess nenne ich empathisches Schauen.<sup>16</sup> Ich fokussiere dabei das Aufgenommene und mein gefühlter Sinn<sup>17</sup> versetzt mich in den Modus eines Tagtraum-Zustandes. Ich lasse mich von Scharfs Bild ansprechen. Es regt sich ein erster Widerstand in mir – eine

---

<sup>14</sup> Für eine größere Abbildung siehe S. 140 in diesem Katalog.

<sup>15</sup> Siehe nähere Informationen über Anton Scharf in diesem Katalog auf Seite 201.

<sup>16</sup> Vgl. Garry Prouty, *Prä-Therapie*, Stuttgart 1998. S. 54.

<sup>17</sup> „felt sense“, Eugene T. Gendlin, *Dein Körper – Dein Traumdeuter*, Salzburg 1987, S. 56.

Unsicherheit, gar ängstliche Gefühle. Ich versuche wegzusehen, komme immer wieder zurück, werde neugierig und bleibe nach dem ersten Zögern bei dem, was mich verunsichert. Die Augen: Sie nehmen mich ein, es wird unheimlich, ich sehe diese blauen Augen mit den weißen Pupillen. Ich fühle neben einer Irritation auch eine Art Leere. "Color, line and form speak to us. Art is direct visceral experience."<sup>18</sup> Die tief sitzende Erfahrung, die aus den blauen Augen der jungen Frau spricht, aktiviert in mir ohne Einbeziehung des Verstandes Gefühle von Einsamkeit und Traurigkeit. Diese Sprache der Wahrnehmung, die auch in Kontexten von Meditation und Therapie zu finden ist, benennt die in Natalie Rogers Buch *The Creative Connection* zitierte Künstlerin Conny Smith Siegel als „Sprache der Gefühle“<sup>19</sup>. Die Gefühle der Einsamkeit und Traurigkeit greife ich wieder auf und gehe weiter. Ich nehme jetzt vor allem die Farben auf, die einerseits großflächig sanft schattiert, an den Linien von Händen, Armen und Brüsten aber auch stark konturiert sind. Scharf zeichnete mit Farbstiften. Es kommt die Frage auf: Versteckt sich der Künstler hinter der Fantasie dieser Frau?

Die Dargestellte ist unverhältnismäßig stark geschminkt. Muss sie für ihn eine Maske tragen? Was dürfen wir an ihr oder an ihm nicht sehen? Sie hält sich fest am Gitter. Sie versinkt in zartem Schwarz. Ein Unbehagen überströmt mich, ich fühle mich entgrenzt und kann die Identitäten nicht mehr klar erkennen. Zum Unbehagen kommt Irritation hinzu. Anton Scharf hat mich mitgenommen in seine Diffusität, in etwas Rätselhaftes. Ich nehme mich als unsicher und wütend wahr. Mir fällt der Titel des Bildes wieder ein. Ist der Künstler auf dem sinkenden Schiff, will er von der jungen Frau verabschiedet werden oder ist das Bild gar ein Selbstporträt?

Ich fasse zusammen und merke, dass meine Irritation und die Diffusität implizit auf einen Konflikt hinweisen könnten – auf die Frage nach der geschlechtlichen Identität.

Ich sehe mir drei weitere Bilder von Scharf an – *Mann vor Galgen*, *Besuch* und *1. Schöpfungsakt*<sup>20</sup> – und suche nach Zusammenhängen, nach mehr Klarheit, ich will verstehen.

---

<sup>18</sup> Natalie Rogers, *The Creative Connection. Expressive Arts as Healing*, Palo Alto 1993, S. 69–70.

<sup>19</sup> language of feelings“, ebd.

<sup>20</sup> Siehe den Bildteil zu Werken Anton Scharfs im vorliegenden Katalog, S. 141 - 143.



Ich komme zum Bild zurück, zur dargestellten Person und frage mich, ob sie ihn in der anderen Welt abholt oder ob sie ihn dorthin verabschiedet. Mit dieser Frage bleibe ich allein, durchaus auch mit Gefühlen von Wut und Irritation. Ich versuche nun noch, Scharfs Beziehungsangebot zu symbolisieren,<sup>21</sup> das sich vom gefühlten Sinn zu einer Art gefühlten Erleichterung<sup>22</sup> entwickelt, dem Erkennen, dem Verstehen von Zusammenhängen: Er lässt uns zurück. Es bleibt offen, wer diese Frau oder dieser Mann ist und auch, was Anton Scharf ersehnt. Meine Wut fühlt sich überfordernd an, eine Errettungsfantasie wirkt auf mich. Ich finde mich an der Schwelle von Leben und Tod wieder, eine sehr existenzielle Erfahrung wird mir dadurch gewahr. Scharfs Schmerz gleicht dem eines trotziges Kindes, das seine Mutter daran teilhaben lassen will, um das alles nicht allein aushalten zu müssen. Seine Einsamkeit und Traurigkeit offenbaren sich noch einmal. Der Tod des Künstlers und sein Sterben bleiben uns, auch im echten Leben, unbekannt.

Wie viel Einsamkeit können wir aushalten, ohne verrückt zu werden?

Als Psychotherapeutin finde ich jetzt meinen Platz als Übersetzerin, Überbrückerin und Symbolisiererin. Ich nehme mich in einer Reihe von Menschen wahr, die dazu beitragen können, diese Einsamkeit und den daraus resultierenden Schmerz zu überwinden. Der Begriff der kreativen Verbindung<sup>23</sup> kommt mir in den Sinn. Ich meine, entdeckt zu haben, dass durch die Kunst, die Forschung und Entwicklung in Medizin und Psychotherapie (und vielen anderen Disziplinen) ein Dialog entstanden ist, der durch Begegnung zur Öffnung und zu mehr Verständnis gegenüber Menschen mit psychischer Not und Erkrankung führt. Es ist, als ob eine „andere Welt“ erschlossen worden wäre. Und das darf ruhig noch weitergehen. Ob wir uns wie hier über Bilder begegnen oder anderswo, vielleicht persönlich, es entstehen Dialoge und ein Mehr an Verständnis – gar über den Tod hinaus!

---

<sup>21</sup> Vgl. Carl Rogers, *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, München 2009, S. 29.

<sup>22</sup> „felt shift“, Gendlin 1987, S. 130.

<sup>23</sup> Vgl. Rogers 1993, S. 4.

## Literatur

Fink, A. (2012). *Kunst in der Psychiatrie. Verklärt – verfolgt – vermarktet*. Wien: LIT Verlag.

Finke, J. Störungen und Therapietheorie. In: *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Hamburg: Georg Thieme Verlag, S. 12 – 18.

Freud, S. & Breuer, J. (1895 d). *Studien zur Hysterie*. G.W., Bd. 1, 1895 d.

Freud, S. (1914 g). Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. In: *Gesammelte Werke*. Bd. 10, S. 161 – 162.

Gendlin, E. (1987). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller Verlag.

Keil, W. (2009). *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*. Vortrag in Zürich.

Navratil, L. (1976). *Schizophrenie und Sprache. Schizophrenie und Kunst*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Prouty, G. et al. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Rogers, N.(1993). *The creative Connection*. Palo Alto, California: Science & Behavior Books, 1993.

Rogers, C. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhard Verlag.

Rogers, N. (2010). Personzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In: *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Hg. Wolfgang Keil und & Gerhard Stumm. Wien: Springer Verlag, S. 411 – 426.

Tömmel, S. E. (2015). *Wer hat Angst vor Sigmund Freud?* Frankfurt: Brandes & Apsel Verlag.

# **Modulskript: Personenzentrierter Ansatz als Ressource in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Interuniversitäres Kolleg Graz Seggau**

## **Inhalt**

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract .....                                                                                                         | 20 |
| Einleitung.....                                                                                                        | 20 |
| Carl Rogers Kindheit und sein Heranwachsen .....                                                                       | 22 |
| Biografische Logik in Rogers' Leben zur Entstehung des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) .....                        | 23 |
| Menschenbild und Persönlichkeitstheorie im Personenzentrierten Ansatz .....                                            | 26 |
| Aktualisierungstendenz .....                                                                                           | 26 |
| Die Entwicklung des Selbst.....                                                                                        | 27 |
| Inkongruenz .....                                                                                                      | 28 |
| Ätiologisch orientierte Störungstheorie.....                                                                           | 29 |
| Der Therapeutische Prozess .....                                                                                       | 30 |
| Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie .....                                                                          | 33 |
| „Der Kleine Hans“ – ein Vergleich theoretischer Ansätze von Psychoanalyse und klientenzentrierter Psychotherapie ..... | 34 |
| Einführung in die Fallgeschichte auf der Grundlage der Psychoanalyse .....                                             | 35 |
| Personenzentrierte Annahmen zum Fall des „kleinen Hans“ und therapeutisches Verstehen.....                             | 37 |
| Humanistische Psychologie, Psychotherapie und Pädagogik .....                                                          | 39 |
| Beziehung statt Erziehung .....                                                                                        | 41 |
| Im Prozess bleiben .....                                                                                               | 43 |
| Wissenschaft und PZA .....                                                                                             | 43 |
| Weiterentwicklung des PZA .....                                                                                        | 44 |
| Traditionelle klienten-, personenzentrierte Orientierungen.....                                                        | 45 |
| Diskussion und Abschluss .....                                                                                         | 47 |
| Literatur .....                                                                                                        | 48 |

## Abstract

Dieser Artikel wurde als Modulsript für die tiefenpsychologisch orientierten Studiengänge des Interuniversitären Kollegs Graz Seggau verfasst. Er überblickt anhand einer biografischen Logik von Carl Ransom Rogers (1902 - 1987) die Entstehungsgeschichte der klientenzentrierten Psychotherapie, folglich personzentrierte Psychotherapie genannt. Rogers beeinflusste auf der Grundlage seiner Forschungen und Erfahrungen und der beständigen Weiterentwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie auch andere Therapierichtungen und pädagogische und psychosoziale Konzepte. Der daraus entwickelte Personzentrierte Ansatz ist eine wichtige Ressource in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und in der fachspezifischen Therapie, Beratungsarbeit, aber auch als reformistisches Konstrukt auf der Grundlage humanistischer Psychologie, Psychotherapie und Pädagogik nicht mehr wegzudenken.

„Es ist in der Tat fast ein Wunder , dass die modernen Methoden der Ausbildung die heilige Neugier des Forschens noch nicht völlig erstickt haben; denn diese zarte, kleine Pflanze bedarf – neben dem Ansporn – hauptsächlich der Freiheit; ohne diese geht sie ohne jeden Zweifel zugrunde.“

Albert Einstein

## Einleitung

Die person(en)zentrierte Psychotherapie, die ursprünglich und noch immer klientenzentrierte Psychotherapie genannt wird (Clientcentered Therapy im englischsprachigen Raum) und der Begriff der „Gesprächspsychotherapie“ (wurde vor allem im deutschsprachigen Raum so bezeichnet) entwickelten sich in weiterer Folge zum „personzentrierten Ansatz“ (PZA). Dieser verdankt seine Entstehung dem amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten Carl Ransom Rogers (1902-1987). Die Besonderheit dieses Ansatzes, vielfach auch das Kernstück in pädagogischen Konzepten und psychosozialer Arbeit, ist das im nachfolgenden Menschenbild exakter ausgeführte Bedürfnis nach Selbstbestimmung und -entwicklung des Menschen – als ein Axiom mit der Tendenz zur Aktualisierung, als (Selbst)Aktualisierungstendenz ausformuliert - und die Bedeutung der (therapeutischen/professionellen) Beziehung, dem Bindungs- bzw. Beziehungsbedürfnis des Menschen. Seit der Entstehung und in der Folge durch

Rogers' aktive Forschungsarbeit und Weiterentwicklung und seiner Aufforderungen an seine Nachfolger und Nachfolgerinnen, Schüler und Schülerinnen, ihm nachzugehen und weiter zu forschen, um den Ansatz weiter zu entwickeln, flossen zuallererst seine persönlichen Erfahrungen, verknüpft mit bestehenden theoretischen Konstrukten eklektisch in die Theoriebildung ein. Das daraus resultierende Paradigma – Theorie und Empirie - mit seinen Überlegungen und Erkenntnissen, erreichte und beeinflusste Bereiche der psychosozialen Arbeit, Bildungseinrichtungen und Institutionen. Gerade die fachspezifische person- bzw. klientenzentrierte Psychotherapie besitzt durch Rogers modellhaftes Vorgehen eine traditionelle Forschungstradition, die sich und die allgemeine Psychotherapie beständig weiterentwickelt.

Bei der Vertiefung in seine Schriften erkennt man, wie sehr Rogers mit zunehmendem Alter selbstbewusster und persönlicher wird, auch produktiver. Im Alter von fünfundsechzig bis fünfundsiebzig war er laut seiner Publikationsliste am produktivsten und hat mehr Schriften und Bücher hervorgebracht als in den Jahrzehnten zuvor (Rogers, 1980/2012, 44). Ich führe an dieser Stelle die für dieses Lernfeld relevanten Veröffentlichungen von Rogers chronologisch an. Sie bilden die Grundlage für die Persönlichkeitstheorie, das Menschenbild und die Therapietheorie im PZA:

„Client-Centered-Therapy“, 1951. (Deutsche Übersetzung: „Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“, 1972).

„On Becoming a Person“, 1961. (Deutsche Übersetzung: „Entwicklung der Persönlichkeit“, 1973).

„Freedom to Learn“, 1969. (Deutsche Übersetzung: „Lernen in Freiheit“, 1969).

„A Way of Being“, 1980 (Deutsche Übersetzung: „Der neue Mensch“, 1981).

Im folgenden Abschnitt gehe ich, dem Lernfeld entsprechend, ganz besonders auf Rogers Kindheit und sein Heranwachsen ein, in dem vor allem sichtbar wird, was er ganz persönlich an Ressourcen für sein weiteres Leben entwickeln konnte. Danach folgen, einer gewissen biografischen Logik entsprechend, Stationen, eingebettet in relevante gesellschaftliche und geschichtliche Abschnitte, die für die gesamte Theorieentwicklung und Rogers Forschungs- und Publikationstätigkeit von Bedeutung sind. Ich lasse ihn über sein Leben selbst sprechen und ergänze dazu aus der Rogers Biographie von Groddeck (2017):

## Carl Rogers Kindheit und sein Heranwachsen

Carl Ransom Rogers wurde am 8. Jänner 1902 in Oak Park, Illinois, in eine streng protestantische Familie, als viertes Kind von sechs, hineingeboren.

Rogers schreibt selbst über seine **Kindheit**, dass sie geprägt war durch enge Familienbindungen, dass eine strenge und kompromisslose religiöse, ethische Atmosphäre herrschte, in der ein großer Wert in der Verehrung schwerer Arbeit lag (Rogers, 1961/2009, 21 - 22).

„Als ich zwölf war, kauften meine Eltern eine Farm und in der Folge entwickelte ich zwei Interessen, die für mein späteres Leben großen Einfluss hatten. Ich interessierte mich für Nachtfalter, für die Nutztiere am Hof und ihre Futtermittel. Das wurden meine ersten Forschungsinhalte. Mein Vater war entschlossen, seine Landwirtschaft auf wissenschaftlicher Basis zu betreiben und kaufte viele Fachbücher. Mein Vater ermunterte vor allem uns Jungs (meine Brüder und mich), eigene, unabhängige und gewinnbringende Versuche zu unternehmen und somit wurde ich ein Schüler der Agronomie. Mir wurde erst später bewusst, wie sehr ich dadurch in mir ein tiefes Gefühl für die Naturwissenschaft gewann“ (Rogers, 1961/2009, 21 - 22).

In Groddecks Biografie über Rogers ist nachzulesen, wie sehr er als heranwachsender Jüngling unter den täglichen Mühen litt und die Konflikte mit seinen Eltern zunehmend stärker wurden. Bereits mit 15 Jahren hatte er ein ausgewachsenes Magengeschwür. Carl ging es in der Schule immer besser als zuhause (Groddeck, 2017, 26).

„Ich begann mein **Studium** an der Universität von Wisconsin im Fachbereich Agrarwissenschaften. Der Anspruch eines leidenschaftlichen Professors, der die Sinnlosigkeit enzyklopädischen Wissens betonte, verhalfen mir dabei mein Berufsziel zu verändern. Keinen geringen Wandel machte ich durch, als ich zur Theologie wechselte. 1922 reiste ich nach China und dort konnte ich mich zum ersten Mal in meinen religiösen Ansichten meinen Eltern gegenüber emanzipieren“ (Rogers, 1961/2009, 22).

Diese Emanzipationsphase war kurzfristig unterbrochen, da Rogers Magengeschwür wieder sehr akut wurde und er darauf angewiesen war, wieder bei den Eltern einzuziehen. Er war zu dieser Zeit nicht in der Lage, sein Studium fortzusetzen bzw. es sich selbst zu finanzieren. Nach der Genesung und gescheiterten Versuchen, mit seinen Eltern eine für ihn befriedigende Gesprächsbasis zu finden, ließ er frustriert

davon ab, verliebte sich in ein nettes Mädchen, das er bereits aus Kindheitstagen kannte, und heiratete seine Helen 1924 (Groddeck, 2017, 41).

## **Biografische Logik in Rogers' Leben zur Entstehung des Personenzentrierten Ansatzes (PZA)**

Es folgten weitere Ausbildungsstationen und die Karriere von Carl Rogers begann. Er ging mit Helen nach New York und studierte weiter am Union Theological Seminary Theologie, wo er durch Harry Emerson Fosdick Zugang zu einer neuen, modernen, liberalen, diesseitsbezogenen Sicht auf Religion bekam und er auch Kontakt zur Psychologie, Philosophie und der modernen Pädagogik erhielt. Eine Art Hochburg für „progressive Education“ war damals das „Teachers Training College“, das mit Dozenten der Columbia University im Austausch stand. Das Seminar, in dem sich Rogers befand, brachte ihn in Berührung mit außergewöhnlichen Lehrern und er war voll und ganz Teil des Lebens an der Institution. Er verspürte eine große Freiheit, alle Fragen wirklich offen und ehrlich zu erörtern und zu diskutieren. Außerhalb des normativen Bezugsrahmens der Theologie entwickelte er eine Art Verpflichtung, sich für ein besseres Leben des Individuums und der Gesellschaft einzusetzen. 1925 bekam er eine Vertretungsstelle als Pastor in Vermont. Vor allem die seelsorgerische Arbeit dort ließ sein psychologisches Interesse weiterwachsen. Zur gleichen Zeit gab es die ersten Krisen in der Ehe, aber beider Offenheit und die gegenseitige Vertrautheit in den Gesprächen, die sie führten, brachte wieder Liebe und Leidenschaft zurück. Nach der Zeit als Pastor bekam Helen 1926 das erste Kind, Sohn David. Rogers war entschlossen, das Studium der Psychologie in New York wiederaufzunehmen und seine theologische Laufbahn zu beenden, was ihm wiederum starke Konflikte und auch einen endgültigen Bruch mit seiner Familie einbrachte (Groddeck, 2017, 42 – 51). Unbeirrt geht er jedoch seinen Weg weiter und bleibt, trotz bereits entstandenem Widerwillen den streng naturwissenschaftlichen Untersuchungsmethoden unter Laborbedingungen gegenüber, im Fach Psychologie. Sigmund Freud und die Psychoanalyse galten zur damaligen Zeit als unwissenschaftliche Scharlatanerie. Auch Carl Gustav Jung erschien in dieser naturwissenschaftlichen Perspektive obskur, obwohl er sich mit Testverfahren den Phänomenen des Seelenlebens genähert hat (Groddeck, 2017, 52).

„Am Ende meiner Ausbildungszeit war es für mich äußerst wichtig, eine Arbeitsstelle zu bekommen, um meine wachsende Familie zu ernähren“ (Rogers 1961/2009, 25).

Seine Dissertation war noch nicht fertig und 1928 wird seine Tochter Natalie geboren. Rogers tritt in der Abteilung für Kinderforschung der Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children (1 ½ Jahre vor dem großen Börsenkrach und der danach beginnenden Wirtschaftskrise) seine erste fixe Stelle an, wo er 12 Jahre lange blieb. Von biografischer Bedeutung ist wohl, dass gerade er zu dieser Zeit, wo er noch immer im Kampf mit seinen Eltern stand, ausgerechnet eine Anstellung findet, deren Klientel „Problemkinder“ sind. Sein erstes Buch wird Jahre später die klinische Behandlung von Problemkindern sein. Er experimentierte mit therapeutischen Behandlungskonzepten von „geringerem Tiefgang“, wie „Educational Therapy“, „Überredung und Verführung“, „Entspannungsverfahren“ oder „Ausdrucks- und Spieltherapie“. Er setzte sich auch mit Konzepten und Methoden „tiefergehender“ Therapien auseinander, so mit der Psychoanalyse, mit dem interpretativen Therapieverfahren und mit der Beziehungstherapie nach Otto Rank (Groddeck, 2017, 63). Rogers war durch Rank in der Entwicklung der klientenzentrierten Therapie in dieser Phase am stärksten beeinflusst.

„Im Jahr 1940 nahm ich eine Stelle an der Ohio State University an. Ich bin sicher, dass man nur wegen meines Buches über die klinische Behandlung des Problemkinds (1939 a), das ich in den Stunden schrieb, die ich mir in den Ferien und kurzen Urlauben abgezwickelt hatte, an mich gedacht hatte“ (Rogers, 1961/2009, 29).

Er kämpft um einen Leitungsposten, vor allem war der Führungsanspruch der Ärzte stark und der Psychologe Rogers hatte große Probleme, das neue psychologische Zentrum in eine einfache politische und institutionelle Realität zu heben. Rogers folgte dem Ruf, sich einer fachlichen Auseinandersetzung als klinischer Psychologe zu stellen und sich als empirischer Forscher zu etablieren. Er wurde Universitätsprofessor in Ohio und begann sein Konzept des nicht direktiven Beratungsansatzes zu beschreiben, das unter den Einflüssen von Otto Ranks Beziehungstherapie, den praktischen Erfahrungen der Sozialarbeiter, der Spieltherapie aus dem Psychodrama und der Gruppentherapie, entstand (Groddeck, 2017, 81). In einem Vortrag von damals zur Vorstellung des Konzeptes hob er folgende Faktoren als wesentlich hervor:

1. Der nicht direkte Ansatz betone die Bedeutung der Gefühle und Emotionen in der Beratungssituation. Der Berater solle nicht nur auf die kognitiven Aspekte des Problems achten.



2. Der Fokus der Behandlung liege auf der Gegenwart des Klienten statt auf einer langwierigen Suche nach den Ursachen des Problems in der Vergangenheit.
3. Die therapeutische Beziehung werde von dem Klienten als wichtiges Element zur Förderung des Wachstums erlebt und erfahren.

Die Reaktionen auf seinen Vortrag waren kontroversiell – er bekam Anerkennung, aber auch harsche Kritik. 1942 erschien Rogers zweites Buch „Counseling and Psychotherapie“ (Deutsche Übersetzung: Die nicht direktive Beratung) (ebd).

Es folgte viel Arbeit für ihn mit Kriegsheimkehrern und er durchlebte auch selbst eine tiefe persönliche und berufliche Krise. Ein Stück weit wurde er selbst Opfer seines nicht direktiven Beratungskonzeptes, das vor allem die Notwendigkeit von Empathie, Verständnis und Achtung für den Klienten aufzeigt. Es lief darauf hinaus, dass der Berater unter allen Umständen einzulösen habe, ein guter Berater und Therapeut zu sein, verständnisvoll, akzeptierend und warm. Er erlitt einen Zusammenbruch und fand Hilfe bei einem Kollegen, der ihm seine Klienten abnahm, seine Frau kümmerte sich sehr einfühlsam um ihn und in der Folge nahm er auch selbst eine Therapie auf, um dabei rückblickend zu erfahren, wie seine entwickelte Therapieform als therapeutische Wirklichkeit auf ihn, sozusagen auf der anderen Seite, wirkte. Danach entstand das dritte Buch „Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“. Gestärkt, sowohl seelisch als auch konzeptionell, ging er aus dieser Krise hervor (Groddeck, 2017, 100).

Dieses ist ein umfangreiches, akademisches Werk, welches Einblicke in Leiden, Hoffnung, Angst und Beruhigung, die im Beratungszimmer des Therapeuten zum Ausdruck kommen, gewährt. Es geht um die Einmaligkeit der Beziehung, die jeder Therapeut zu seinem Klienten herstellt und die Einmaligkeit der Beziehung, die wir in all diesen Beziehungen feststellen. Es geht um die höchstpersönliche Erfahrung eines jeden von uns, um den Klienten, der vor mir sitzt und darum kämpft, er selbst zu sein, und der gleichzeitig Todesangst davor hat, er selbst zu sein – der versucht, seine Erfahrung zu sehen, wie sie ist, der diese Erfahrung sein will und sich dennoch davor fürchtet“ (Groddeck , 2017, 101).

„Mit dieser theoretischen Weiterentwicklung der nicht-direktiven Beratungsmethode zu einer klientenzentrierten Psychotherapie, durch den Entwurf einer Theorie der Entwicklung der Persönlichkeit, durch eine Theorie des Selbst und die durch Kurt Goldsteins zum ersten Mal formulierte Aktualisierungstendenz geht Rogers eine schroffe Frontstellung ein gegen

medizinisch-psychiatrische und psychoanalytische Dogmen der damaligen Zeit“ (Groddeck, 2017, 105).

Sein Werk „Client Centered Therapy“ (1951) gilt als Meilenstein in der Entwicklung des Berufsstandes von Beratern und Therapeuten. Am Ende des Buch, als Anhang gewissermaßen, versucht Rogers einen ersten Entwurf zu einer Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens. Danach sei jedes Individuum Mittelpunkt in einer von ihm wahrgenommenen Wirklichkeit. Diese ist selbstverständlich nicht identisch mit der „objektiv wirklichen“ Wirklichkeit. Er oder sie verhält sich zu dem, was er oder sie wahrgenommen hat. Und was er oder sie wahrnimmt, ist wiederum abhängig von den Aufmerksamkeitsfiltern, die sein Selbstkonzept darstellen (Groddeck, 2017, 104). Anhand des vorigen Absatzes werden schon erste bedeutsame Unterschiede zur psychoanalytischen Theorieentwicklung gewahrt. Rogers meinte dazu: „Ich bin mir sicher, dass mich meine Trauer über die Geschichte der Freud'schen Theorie zur Formulierung dieser Gedanken veranlasst hat“ (1959/2009, 20).

### Menschenbild und Persönlichkeitstheorie im Personzentrierten Ansatz

Während für Freud die Unterscheidung des Psychischen in Bewusstes und Unbewusstes als Grundvoraussetzung für die Psychoanalyse (Freud, 2014, S. 835) gilt und das wiederum eine vertiefte Einsicht in die Gliederung des seelischen Wesens in Es, Ich und Über-Ich bedeutet, um mehr Verständnis für die Beziehungsdynamik im Seelenleben zu erhalten, formuliert Rogers ein durchgängiges Konzept zum Selbst (1959/2009). Beide Konzepte jedoch gehen von einem Balance-Prinzip des reifen Menschen aus und sind in eine entwicklungsbezogene Persönlichkeitstheorie eingebunden.

### Aktualisierungstendenz

Die Aktualisierungstendenz gilt als ein Axiom in der Theorie des Selbst. Damit beschreibt Rogers (1959/2009, 26 - 27) die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung, die zur Erhaltung oder zur Förderung des Organismus dient.

Zur näheren Erläuterung der Theoriebildung, unter Bezugnahme des Schwerpunktes des Lernfeldes als Ressource für Kinder und Jugendliche, führe ich Postulate von Rogers über das Wesen des Kindes an (1959/2009, 56):

Ein Kind macht **Erfahrungen** und nimmt diese Erfahrungen als seine Realität wahr. Dieses **Gewahrsein** ist potenziell größer als irgendetwas oder irgendjemand sonst und wird in seinem inneren Bezugsrahmen wahrgenommen. Es besitzt eine **Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus** und das Kind interagiert mit seiner Realität im Sinne der grundsätzlichen **Aktualisierungstendenz**, wo sein Verhalten als zielgerichteter Versuch des **Organismus**, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der so wahrgenommenen Realität zu befriedigen, zu verstehen ist. Das Kind verhält sich als organisiertes Ganzes, als eine Gestalt, und es ist in einen **organismischen Bewertungsprozess** eingebunden, der die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz misst.

Ein Kind besitzt ein inhärentes Motivationsprinzip und ein Regulationssystem (der organismische Bewertungsprozess), das den Organismus durch seine Rückmeldungen auf die Befriedigung seiner motivationalen Bedürfnisse ausrichtet. Das Kind lebt in einer Umgebung, die, theoretisch betrachtet, nur in ihm selbst existiert (ebd.)

Stern (1992), bedeutender Säuglingsforscher, baut als Analytiker mit aktuellen Forschungsinhalten die Brücke zum personzentrierten Paradigma. Er stellt die Entwicklung des Selbstempfindens in den Mittelpunkt seiner Forschung. Babys sind schon mit dem Empfinden einer Art Gewahrseins ihrer selbst ausgestattet und machen bereits vielfältige diesbezügliche Erfahrungen. Sinnliche Erfahrungen entstehen durch das Saugen an der Brust und das Schauen und Wahrnehmen. Es nimmt bereits durch Lächeln, Lallen oder Schreien Kontakt auf mit seiner Umgebung auf. Es erlebt sich und andere unmittelbar, ist nicht passiv und, entgegen früherer analytischer Theorien, symbiotisch gebunden, es ist aktiv in der Mitgestaltung seines Erlebens (Reisel, 2001, 99).

### Die Entwicklung des Selbst

Erfahrungen, als den Organismus erhaltend oder förderlich wahrgenommen, werden **positiv bewertet**, solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, werden **negativ bewertet**. Das Kind strebt nach den von ihm positiv bewerteten Erfahrungen und wendet sich von den negativ bewerteten ab. Erfahrungen werden selektiv wahrgenommen (**Selbstwertschätzung – need of positive regard**). Ihre Entwicklung ist in Übereinstimmung mit der Tendenz zur Differenzierung (Teil der Aktualisierungstendenz) und wird als Teil der Erfahrung des Individuums in ein

**Gewahrsein des Seins und des Handelns** symbolisiert. Diese Art von Gewährsein wird als **Selbsterfahrung** bezeichnet.

Dieses **Gewahrsein des Seins und Handelns** entwickelt sich durch die Interaktion mit der Umwelt – besonders durch zwischenmenschliche Erfahrungen - zum **Selbstkonzept**, einem Wahrnehmungs-objekt im eigenen Erfahrungsfeld gewissermaßen.

Die Bedürfnisbefriedigung ist von großer Wirkung, folglich kann der Ausdruck der Wertschätzung durch einen anderen von größerer Bedeutung sein als der organismische Bewertungsprozess (Rogers, 1959/2009, 58).

Stumm skizziert die Beziehungsangewiesenheit im Hinblick auf das interpersonelle Bedürfnis nach „positive regard“ noch fundamentaler. Das menschliche Bedürfnis nach Beachtung und Zuwendung ist demnach so unauslöschlich, dass negative Beachtung der Nicht-Beachtung vorgezogen wird (Stumm, o. J.a, 8).

Wenn das Individuum nur bedingungslose Wertschätzung erlebt hätte, gäbe es keine Bewertungsbedingungen. Das Bedürfnis nach Wertschätzung und Selbstwertschätzung würde niemals von der organismischen Bewertung abweichen und das Individuum wäre fortwährend psychisch angepasst - „**Fully Functioning Person**“, der sich selbst entfaltende Mensch (Rogers, 1959/2009, 59).

### Inkongruenz

Die selektive Wahrnehmung zugunsten der Selbstwertschätzung lässt neben der Übereinstimmung der Erfahrungen mit den Bewertungsbedingungen (Selbsterfahrung) auch Erfahrungen zu, die **verzerrt symbolisiert** werden oder **verdrängt** wurden, die (noch) nicht in die Selbststruktur eingearbeitet werden können. Wenn wir uns in einer Phase der **Bedrohung** durch unser Beziehungserleben gesichert fühlen, können wir Erfahrung exakt symbolisieren. Wenn nicht, entsteht **Inkongruenz zwischen dem organismischen Erleben und dem von uns entwickelten Selbst**.

Infolge der Inkongruenz von Selbst und Erfahrung entsteht gleichstrukturiert inkongruentes Verhalten.

Bedrohung heißt hier, eine bestimmte Erfahrung wurde zwar korrekt im Gewährsein symbolisiert, es wurden jedoch Bewertungsbedingungen verletzt und das **Selbstkonzept** konnte seine geschlossene Gestalt nicht bewahren. Das Bedürfnis nach Selbst-Wertschätzung wurde frustriert, ein Angstzustand folgt.

**Abwehrprozesse** entstehen als Reaktionen, diese Ereignisse verhindern zu wollen (selektive Wahrnehmung, Verleugnung von Erfahrungen vor dem Gewahrsein), damit eine totale Übereinstimmung der Wahrnehmung der Erfahrung mit der Selbststruktur und den Bewertungsbedingungen der Person aufrecht bleibt.

Die Konsequenzen dieses Prozesses, neben der Aufrechterhaltung der oben genannten Bedingungen, ist Wahrnehmungsrigidität (resultierend aus der Notwendigkeit der Verzerrung der Wahrnehmung) und/oder ungenaue Realitätswahrnehmung, resultierend aus der Verzerrung oder Unterdrückung von Information und Intentionalität (Rogers, 1959/2009, 61 – 63).

Was sich bei dem Konstrukt der Inkongruenz theoretisch abbildet, ist oftmals Teil des Erlebens von Rogers selbst, der vielfach Krisen erlebt, durchlebt und immer wieder gestärkt daraus hervorging.

Wir befinden uns im Abschnitt 1957 – 1960: Biografisch ist diese Zeit für Rogers wiederum eine sehr schwierige, jedoch auch lehrreiche, Lebensphase. Das Scheitern seines Forschungsprogrammes an der Mendota State Psychiatry in Wisconsin, begleitet von Stress am Institut und von familiären Krisen, führt zum nächsten persönlichen Einbruch, aus dem er jedoch wieder gestärkt hervorging (Groddeck, 126 – 137). Er publizierte und forschte gegen alle Widerstände und berufspolitischen Kämpfe gegenüber den Psychiatern weiter. Seine theoretischen Hypothesen werden folglich durch die Arbeit mit psychisch schwer erkrankten Menschen unter Beweis gestellt (ebd.).

### Ätiologisch orientierte Störungstheorie

„Wenn bei einem Individuum ein hohes Maß an Inkongruenz von Selbst und Erfahrung vorliegt und wenn eine bestimmte Erfahrung, die diese Inkongruenz beinhaltet, plötzlich sehr deutlich in Erscheinung tritt, dann ist der Abwehrprozess des Organismus nicht in der Lage, erfolgreich zu operieren“ (Rogers, 1959/2009, 64).

Es entsteht Angst und die ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur. Wenn Abwehrprozesse weiter erfolglos bleiben, werden Erfahrungen korrekt im Gewahrsein symbolisiert und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an den gewahr gewordenen Erfahrungen von Inkongruenz. Es entsteht ein Zustand der Desorganisation und der Organismus verhält sich manchmal in einer Art, die offen mit den Erfahrungen übereinstimmt. In solchen Zuständen der Desorganisation

drückt sich die Spannung zwischen dem Selbstkonzept und den Erfahrungen, die nicht korrekt symbolisiert sind (oder im Selbstkonzept eingeschlossen sind), in einer wechselnden Herrschaft aus. Einmal meldet das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung zurück, das Verhalten des Organismus wird widersprüchlich (Rogers, 1959/2009, 64).

Biermann-Ratjen und Swildens schreiben 1993, dass „positive regard“ bei der Selbstentwicklung ganz elementar die Voraussetzung für die positive Entwicklung des psychischen Lebens darstellt. Bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept hat die Identifizierung des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere eine große Bedeutung. Ferner beschreiben sie gesundes psychisches Leben als einen Prozess der Selbstentwicklung, wo aus Erfahrungen Selbsterfahrungen werden, die in das Selbstbild integriert werden. Jede Integration einer Selbsterfahrung in das Selbstkonzept bedeutet Weiterentwicklung. Hingegen wird krankes psychisches Leben im klientenzentrierten Konzept einerseits als Stagnation dieser Entwicklung gesehen und andererseits als Störung der Erlebnisverarbeitung. Symptome, die auf den stockenden Integrationsprozess hinweisen, sind Angst oder Depression, die, mehr oder weniger als solche bewusst, somit vollständig oder unvollständig symbolisiert wurden. Letztere können daher nicht integriert werden, wie z. B. Körperempfindungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle, Worte, die einem im Kopf herumgehen, begleitet von Gefühlen der Gespanntheit, in denen man sich selbst nicht versteht und/oder akzeptieren kann. Im klientenzentrierten Konzept werden frühe Störungen unterschieden, wie Persönlichkeitsstörungen und depressive „Veranlagung“ sowie Selbstpathologie (Borderline-Störung und narzisstische Störungen). Spätere Störungen sind Neurosen (Biermann-Ratjen und Swildens, 1993, 86 – 87).

Über all den entwickelten und vielfach beforschten Konstrukten zum personzentrierten Menschenbild rundet der Entwurf der notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung die klientenzentrierte Therapietheorie ab (vgl. Rogers 1977/2010, 188).

## Der Therapeutische Prozess

Im Konzept der Focusing Therapie nach Gendlin (1964), eine experienzielle<sup>24</sup> Strömung innerhalb des PZA, erscheint die begriffliche Ausformulierung von

---

<sup>24</sup> Experienziell ist im Sinne von „Erfahrungsorientiertheit“ zu verstehen.

Strukturgebundenheit von Erleben und Verhalten als Indikator für Psychotherapie geeignet. Wo eine Person Leidensdruck verspürt, die phänomenologisch von starrer und verfestigter Organisationsform geprägt ist, wird äußere Strukturgebundenheit als innerlich erlebt. Dort wo Strukturgebundenheit erlebt wird, findet kein Selbstprozess statt, die Person benötigt geeignete Antworten, um den gestockten Prozess zu unterbrechen, zu überspringen oder die Verbindung zum impliziten Erleben wiederherzustellen. Beziehungsangewiesenheit bekommt Bedeutung und Freiraum, als Antagonist zu strukturgebundenen Prozessen unterstreicht die nicht-direktive Haltung klientenzentrierte Therapeuten (Stumm et al., 2003, 294). Psychotherapie ist indiziert.

Rogers behauptete, bis zum Beweis des Gegenteils, dass es **nur** die in der Folge angeführte notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den Prozess einer Persönlichkeitsveränderung brauche:

- „1. Zwei Personen sind in einem psychologischen Kontakt.
2. Die erste, die wir Klient bezeichnen werden, ist in einem Zustand der Inkongruenz, sie ist verletzlich oder ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir als Therapeuten bezeichnen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet unbedingte positive Beachtung für den Klienten.
5. Der Therapeut empfindet einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, diese Erfahrungen dem Klienten zu vermitteln.
6. Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem minimalen Ausmaß.

Bestehen diese notwendigen sechs Bedingungen über eine gewisse Zeitspanne, so ist das hinreichend und wird zu einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung des Klienten führen“ (Rogers, 1957/1997).

Die Antwort des Klienten auf dieses Beziehungsangebot, das durch die Einstellung des Therapeuten hervorgerufen wird, ist das Sich-Einlassen auf den therapeutischen Prozess, der Klient beginnt sich zu verändern, zu entwickeln.

Rogers beschreibt diesen Veränderungsprozess eines Klienten anhand eines umfassenden Prozesskontinuums, das in sieben Stufen eingeteilt ist. Demnach beginnt ein Klient seine Therapie an irgendeinem Punkt dieses Prozesskontinuums. Die Skala beginnt mit der Beschreibung eines rigiden, statischen, undifferenzierten, gefühllosen, oberflächlichen Typs der psychischen Funktion. Stufenweise schreitet sie voran bis zu einem Punkt, wo die psychischen Funktionen durch Veränderlichkeit, Fließen, äußerst differenzierte Reaktionen, durch unmittelbares Erleben persönlicher Gefühle, die, tief empfunden, als zugehörig erkannt und akzeptiert werden, gekennzeichnet sind (Rogers und Wood, 1974/2010, 144).

Im Artikel von Rogers und Wood gibt es eine Beschreibung dieser Veränderungen in der Form gesonderter Stränge bzw. Dimensionen:

1. Veränderung in der Beziehung zu den Gefühlen,
2. Veränderung in der Art des Erlebens,
3. Veränderung in den persönlichen Konstrukten,
4. Veränderung in der Mitteilung des Selbst,
5. Veränderung in der Beziehung zu Problemen,
6. Veränderung in zwischenmenschlichen Beziehungen,
7. Veränderungen in der Abwehr,
8. Veränderungen im Inkongruenzerleben.

Laut Rogers und Wood treffen alle diese Stränge zuletzt zusammen. Diesen Treffpunkt nennen sie „das obere Ende des Kontinuums“. Was dem Klienten durch diesen Prozess erfahrbar wird, ist, dass ihm jemand zuhört und er akzeptiert wird, sooft er seine Gedanken und Gefühle äußert. Dadurch lernt er nach und nach zuzuhören, was in seinem Inneren vorgeht. Er kommt auch in Kontakt mit Gefühlen wie Ängstlichkeit, Wut und mit liebevollen, sanften und weichen Gefühlen und Empfindungen. Er wird dadurch immer fähiger, in seinem Inneren zu lauschen, zu explorieren. Er schafft damit selbst die Voraussetzung für seine Weiterentwicklung, somit wird er kongruenter und kann sich offener äußern (ebd.).



## Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Was Erwachsene auf der Ebene der Sprache über Ihr Erleben, Verhalten und ihre Motivation ausdrücken können, agieren Kinder über ihre Gefühle aus. Ihre innere Beziehung zur Welt und zu sich selbst wird durch ihr Spiel sichtbar. Therapie mit Kindern ist Spieltherapie und das Spiel ist die Sprache der Kinder. Das Spiel wird im Kontext der Therapie symbolisch verstanden. Es schafft Spiel- und Beziehungsszenarios als Symbole für Teile seines Erlebens (Behr, 2014, 180).

Elaine Dorfmann schreibt über die Ursprünge der Spieltherapie, dass sie sich scheinbar aus den Versuchen, die psychoanalytischen Therapie auf Kinder anzuwenden, entwickelt hat. Hierbei war es ein wichtiges Ziel, unterdrückte Erfahrungen bewusst zu machen und gleichzeitig die begleitenden Affekte in der eher „antiseptischen“ Beziehung zum Therapeuten erneut aufleben zu lassen (Dorfmann, 1951/2005, 219). Als Teil des Bemühens, die Kinder für sich zu gewinnen und sie dazu zu bringen, frei zu assoziieren, begann Anna Freud mit den Kindern zu spielen. Ungefähr zur gleichen Zeit entwickelte Melanie Klein einen anderen Ansatz, zwar auch aus den ursprünglichen Ideen und Theorien Freuds entstanden, jedoch verbunden mit der Idee, dass die Spieltätigkeit des Kindes und die Verbalisierung dieser, ebenso motiv-gestimmt war wie die freie Assoziation von Erwachsenen. Sie nannte ihren Ansatz Spielanalyse. Erst durch den Einfluss der Rankschen Theorien, besonders durch das wesentliche Merkmal der Beziehungstherapie, veränderten sich Ziele und Methoden der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern. Klein ist der Auffassung, dass eine bestimmte Art der therapeutischen Beziehung heilend ist (Dorfmann, 1951/2005, 220).

Das praktische Vorgehen in der Spieltherapie im Kontext der klientenzentrierten Psychotherapie hängt vorerst von der Einschätzung des Therapeuten ab, wie fragil er das Kind in seiner Selbststruktur sieht. „Ein hochfragiles Kind benötigt das Spielzimmer als vollkommen geschützten Ort und den Therapeuten als ein Alter Ego, der sowohl Bindung, Versorgung und tiefes Verständnis anbietet.“ (Behr, 2014, 180 - 181).

Es folgt eine Vignette einer Spielsituation aus meiner Praxis mit einem 7-jährigen Mädchen:

*„Beim Spielen mit dem Lego will sie unbedingt die Mama spielen, die sich um das Kind kümmert. Sie ist grob zu dem Kind, sie schlägt das Kind. Ich frage nach, was das Kind gemacht hat, dass es Schläge bekommt. Das Mädchen sagt, sie hat nicht*

*das gemacht, was ich ihr gesagt habe und das ist nicht gut. Ich frage nach, wie sich das Kind jetzt wohl gerade fühlt. Sie weiß keine Antwort.*

*Ich sage, ich wäre traurig, dass meine Mama so grob zu mir ist und ich würde wahrscheinlich weinen. (Ich mache eine kleine Pause). Und dann wäre ich froh, wenn mich meine Mama in den Arm nimmt und sagt, dass es ihr Leid tut und sie mich tröstet. Sie versucht das nachzuspielen ... und ich helfe ihr dabei, die Gefühle des kleinen Mädchens nachzuspüren, mit ihr mitzerleben und auszudrücken.“*

Wie ein zweites Ich greift der Therapeut das Gefühlsleben auf, beschreibt es und stellt es dem Kind zur Verfügung. Wichtig ist bei der Spieltherapie, die Verantwortung für das Spielgeschehen beim Kind zu lassen, dazu kann auch Geduld wichtig werden, vor allem wenn sich das Kind nicht gleich entscheiden kann. Ein wichtiger Grundsatz ist auch hier die Selbststeuerung und die Nicht-Direktivität. In diesem Raum entscheidest Du, ist eine Grundsatzformel. Die Therapeutin begleitet das Kind empathisch, sie unterstützt und ermutigt es. Kinder die (bereits) psychisch stärker sind, fragen den Therapeuten auch als reale Person an (oft auch sehr persönliche Dinge). Hierbei gilt es sich kongruent einzubringen, seine Grenzen zu wahren und auch mit den Kindern zu verhandeln. Bezugspersonen (Eltern oder auch Personen aus dem pädagogischen Umfeld, wenn nötig) müssen in die Therapie mit Kindern stets mit einbezogen werden. Diese Prozesse zu steuern, mag nicht immer einfach sein, hier alle Synergien zu nutzen, damit der junge Mensch mehr Kongruenz erlebt, ist das oberste Ziel (Behr, 2014, 180 - 181).

Bei Jugendlichen verhält es sich etwas anders. Das Erstgespräch ist ohne Eltern zu empfehlen, die Möglichkeit dazu ist vorab mit dem Jugendlichen zu vereinbaren. Jugendliche fragen die Therapeutin viel direkter an, daher braucht es authentische, konturierte Therapeuten, vor allem weil die Bindung der Jugendlichen stark über Handlung und Sprache der Therapeutenperson erfolgt. Brett-, Kartenspiele oder Puzzle eignen sich gut als gemeinsame altersangemessene Aktivitäten im therapeutischen Geschehen (Behr, 2014, 180).

### „Der Kleine Hans“ – ein Vergleich theoretischer Ansätze von Psychoanalyse und klientenzentrierter Psychotherapie

Um der tiefenpsychologischen Orientierung am Interuniversitären Kolleg gerecht zu werden und eine Unterscheidung zur personenzentrierten Psychotherapie zu veranschaulichen, wird, anhand der Darstellung der Behandlung des kleinen Hans

durch Freud, die bereits im Lernfeld 5 von Paul Paß ausgeführt wurde, ein Vergleich beider klassischer Theorien (vgl. Wertgen, 2009) durchgeführt.

### Einführung in die Fallgeschichte auf der Grundlage der Psychoanalyse

Der Vater des kleinen Hans war in Psychoanalyse bei Sigmund Freud (1909b). Aus diesem Grund kann diese Analyse korrekterweise nicht als erste Kinderanalyse gewertet werden. Die Behandlung lief über den Vater von Hans, der die Probleme des Jungen in seiner Analyse thematisierte. Der Vater und Hans waren gelegentlich, jedoch nur wenige Male, gemeinsam bei Freud:

Der kleine Hans entwickelte Ängste, aus dem Haus zu gehen, weil er fürchtete, von einem Pferd gebissen zu werden. Als Hans 4  $\frac{3}{4}$  Jahre wurde, kamen noch andere Ängste hinzu, genau 9 Monate nach der Geburt seiner Schwester. Freud erarbeitete mit Hans' Vater ein Frage/Antwort Spiel, das dem kleinen Hans dabei helfen sollten, seine Ängste besser zu verstehen und in der Folge zu regulieren. Das Spiel von Hans und die Produkte dieses Spiels (Bilder, Basteleien) wurden auf Anweisung von Freud in die Behandlung des Vaters mit Hans eingearbeitet. Wort und Spiel in dieser Kombination wurden zum Vorläufer der späteren Kinderanalyse (Paß, o. J., 3 - 4).

Es folgt eine Kurzfassung der Analyse. Der Focus ist beim Vergleich auf die paradigmatischen Unterschiede von Psychoanalyse und PZA gerichtet.

Zuerst beschreibt der Vater das Sexualleben des kleinen Hans, der sich im Alter von 3  $\frac{1}{2}$  für den Penis zu interessieren begann. Er vergleicht seinen Penis mit den Genitalien seiner Eltern, auch bei seiner kleinen Schwester meint er schon etwas gesehen zu haben, er beginnt überall zu suchen. Hans macht sich auch über die Größe des Penis Gedanken und fragt sich, ob der Penis des Pferdes vergleichsweise mit dem seinen genauso groß sei. Seine Mutter droht ihm mit Kastration, als sie ihm beim Spielen mit seinem Glied beobachtet (Kastrationskomplex). Hans Kastrationskomplex löst sich in der Phase auf, in der er sich vom Vater aufklären ließ, dass Frauen keinen Penis haben. Die Stuhlentleerung und das Urinieren sind für ihn auch mit Lustgefühlen verbunden. Vor allem das Po-Abwischen und das Halten des Gliedes beim Urinieren durch seine Mutter steigern sein Lustempfinden. Hans macht zusätzlich die Erfahrung, dass, wenn der Vater aus dienstlichen Gründen abwesend ist, sich sein Verhältnis zur Mutter verändert. Wenn er mit der Mutter alleine ist, ist er der Mann. Er will die Mutter für sich alleine haben. Hans erzählt auch noch, dass das Nachbarkind Lizzi wegfahren musste und ein Wagen mit einem weißen Pferd vor ihrer Türe stand, der Lizzi und das Gepäck zum Bahnhof

bringen sollte. Der Vater von Lizzi stand nahe dem Pferd und sagte zu ihr: „Gib nicht den Finger zum weißen Pferd, sonst beißt es dich.“ Nach diesem Erlebnis hatte Hans die Angst davor entwickelt, vom Pferd gebissen zu werden. Vielfach erlebte Hans Abreisen des Vaters mit dem Pferd und Wagen, daher könnte sich die Phobie dahingehend deuten lassen, dass er den Vater mit dem Pferd identifizierte und wünschte, er möge wegfahren, um die Mutter ganz für sich zu haben.

In weiterer Folge der Analyse und der Arbeit mit Hans, zeigt sich die Phobie deutlicher und in Hans verstärkt sich der Wunsch nach Abwesenheit des Vaters. Er wünscht ihm den Tod und fürchtet sich in der Folge vor der Rache des Vaters. Nach der Geburt seiner Schwester, als Hans 3 ½ Jahre ist, wünscht er auch ihr den Tod, da er sie als Konkurrentin um die Liebe und Aufmerksamkeit der Mutter erlebt. Ein Angsttraum wird von Freud rekonstruiert, in dem Hans träumt, er habe keine Mutter mehr, mit der er schmusen könne. Freud deutet diesen Traum als Straf- und Verdrängungstraum.

Ein zweites Erlebnis mit Pferd war für die Entstehung von Hans' Phobie sehr prägend: Während eines Sparzierganges mit seiner Mutter sah er ein umgefallenes Stellwagenpferd, das mit den Füßen zappelte und am Pflaster viel Lärm machte. Die Deutung Freuds, dass in Hans' Vorstellung der Vater das beißende und fallende Pferd sei, Hans ihn dafür verwünsche, brachte die Angst vor der Strafe des Vaters zum Vorschein. Der Vater konnte Hans darüber aufklären. Hans entwickelte in der Folge einen starken Ekel vor Dingen, die ihn an die Stuhlentleerung erinnerten. Assoziationen zu dem schwer beladenen Wagen durch die Toreinfahrt, die Hans täglich von seinem Fenster aus beobachten kann, entstehen. Auch die Geburt seiner Schwester stellt er sich ähnlich einer Stuhlentleerung vor.

Am Ende der Therapie hatte Hans eine gute Lösung für sein ödipales Problem gefunden, nämlich, dass er die Mutter heiraten und mit ihr Kinder haben werde. Sein Vater könne ja die Großmutter (die Mutter des Vaters) heiraten. Diese Großmutter solle auch die Großmutter seiner Kinder mit seiner Mutter sein. Schlussendlich zerbricht er sich nur mehr darüber den Kopf, was der Vater wohl mit dem Kind zu tun hat, das seine Mutter zur Welt bringt ... (Wertgen, 2009, 9 – 15).

Hans empfindet zu Beginn der Geschichte zunehmend Angst, wenn er sich auf der Straße bewegt. Das Motiv seiner Angst könne die Sehnsucht nach Liebe und Anerkennung der Mutter sein. Er bekommt jedoch auch Angst in der Begleitung der Mutter, wie es sich im Erlebnis mit dem umgefallenen Stellpferd manifestiert. Aus Freuds Einschätzung der Angsthysterien und deren Charakteristika entsteht eine

zunehmende Fixierung auf ein Objekt und somit die Herausbildung einer Phobie, was sich im Fall von Hans auf das Pferd konzentriert. Die libidinöse Energie, die Hans in der Nähe der Mutter suchte, konnte nicht mehr gewandelt werden, die Fixierung war die Folge. Libidinöse Energie wird bei einer Angsthysterie als Angst erlebt (Wertgen, 2009, 9 – 15).

„Für ein tieferes Verständnis der Fallgeschichte können Aussagen Freuds zur Trieblehre hilfreich sein. Die Bedürfnisspannung, die das Ich bewusst wahrnimmt, die aber auch in den anderen Instanzen des psychischen Apparates wirksam sind, das führt Freud auf die Triebe zurück“ (Wertgen, 2009, 21).

### Personzentrierte Annahmen zum Fall des „kleinen Hans“ und therapeutisches Verstehen

Auch wenn der zeitliche Abstand zwischen der Pionierphase der Begründung der modernen Psychotherapie bei Freud und der Etablierung des personzentrierten Ansatzes recht groß erscheint, werden in dieser Gegenüberstellung Unterschiede im Menschenbild, in der Theoriebildung, wie auch in der Interventionspraxis zwischen den Zugängen von Freud und Rogers deutlich.

Zuallererst ist der Kontext dieser Therapie von Bedeutung. Der Vater von Hans war der Patient Freuds. Hans war nur wenige Male mit seinem Vater bei ihm. Freud hatte Hans' Vater zur Behandlung von Hans Phobie angeleitet. Der ursprünglichen Beziehungstherapie des Freudschülers Rank, eine reale Beziehung zwischen Klient und Therapeut im Hier und Jetzt herzustellen, ist somit nicht Rechnung getragen.

Die Aktualisierungstendenz wird als Axiom, im Sinne der Tendenz, die zur Erhaltung oder Entwicklung des Organismus dient, gesehen. Rank hatte in seiner Arbeit bereits die Subjektivität der Person sehr stark betont, auf die Rogers in seiner Theoriebildung aufgebaut hat.

Freud konzentrierte sich, ausgehend von der Phobie des kleinen Hans, auf das Sexualleben. Er sammelte dazu Beobachtungen, Äußerungen, Ereignisse, Traumerzählungen und andere Hinweise, um sich ein Bild des Patienten und seiner Neurose zu machen. Dabei sind das Zusammenwirken des Kastrationskomplexes und des ödipalen Konfliktes die Ursache für die neurotische Störung. Freud befasst sich ausgiebig mit den Lustempfindungen und den Möglichkeiten zur Triebbefriedigung des kleinen Hans.

Eine klientenzentrierte Psychotherapeutin<sup>25</sup> würde in der Behandlung anders vorgehen und auf der Grundlage der Aktualisierungstendenz hinterfragen, welche Erfahrungen Hans in seinem subjektiven Erleben wohl integrieren möchte. Dazu steht die (spiel)therapeutische Beziehung im Vordergrund und im Dialog mit Hans wäre es durch die therapeutische Person als Alter Ego möglich, ein Hilfs-Ich zur Verfügung zu bringen, das vordergründig den emotionalen Gehalt der Äußerungen der Exploration von Hans' Erleben entnimmt.

Dabei geht der Therapeut nicht-direktiv vor, was bedeutet, dass er sich ausschließlich auf das Gewahrsein (oder am Rande des Gewahrseins befindliche Erfahrungen) bezieht und Deutungen über Unbewusstes und daraus resultierende Bewertungen bzw. Interpretationen vermeidet. Er fragt empathisch nach, ist dabei unbedingt positiv beachtend und stellt sich in seiner kongruenten Wahrnehmung auf allen Ebenen zur Verfügung. Er bezieht keine Stellung, äußert Mitteilungen nur, indem er sie ausschließlich als Verstehens-Hypothesen formuliert.

Freuds Zugang hingegen ist direktiv, er macht sich ein Bild und klärt in der Folge den Patienten darüber auf (vgl. Wertgen, 2009, 63 – 67). Rogers Sicht des Selbst als eine fließende, wechselnde Gestalt, und in einem Prozess befindlich, der zu jedem Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist, steht den psychoanalytischen Konstrukten von Ich, Es und Über-Ich gegenüber. Das Ich vermittelt zwischen den Triebansprüchen des Es und den Forderungen des Über-Ichs. Die Spannung, die aus der Unterdrückung der libidinösen Energie entsteht, würde sich aus klientenzentrierter Sichtweise als Inkongruenz zeigen (ebd.). „Der kleine Hans leidet an einer Neurose in Form einer Angsthysterie“ (Wertgen, 2009, 22).

Die Bedrohung, die Hans damit abwehrt, könnte aus der Angst des Verlustes von wichtigen Bezugspersonen (sein Vater und seine Mutter) resultieren und / oder Angst, der Vater rächt sich und er wird folglich vernichtet, wenn er sich auf die (Vernichtungs-)Hassgefühle gegenüber seinem Vater einließe. Die organismischen Erfahrungen, die abgewehrt werden müssen, sind geprägt von Wut und Hassgefühlen, die Erhaltung des Selbstkonzeptes ist dadurch bedroht. Die Angewiesenheit des kleinen Hans gegenüber seinen Eltern wird dadurch repräsentiert, moralische Konzepte, die sich im Selbstbild manifestieren, werden ebenfalls aktualisiert. Inkongruenz entsteht.

---

<sup>25</sup> In der vorliegenden Arbeit verwende ich abwechselnd die weibliche und die männliche Form und spreche damit die Geschlechter gleichermaßen an.

Als personenzentrierte Therapeutin ist die Frage nach dem Verständnis der Inkongruenz wesentlich. Die Fragen beispielsweise, wie erlebt sich der Klient - in dieser Fallgeschichte ist es der kleine Hans - und was erlebt die Therapeutin dabei, sind von zentraler Bedeutung für die Entwicklung von personenzentrierten Verstehenshypothesen.

Sich diese Fragen laufend, nach jeder absolvierten Therapiestunde womöglich, zu stellen, ist sehr wertvoll für die Beziehungsgestaltung im Kontext klientenzentrierter Psychotherapie. Der Empathie sei ein besonderer Stellenwert beigemessen.

Rogers hat 1986 einen Artikel verfasst mit dem Titel: „Rogers, Kohut und Erikson. A Personal Perspective on Some Similarities and Differences“ (Rogers, 1986c). Die unterschiedlichen Auffassungen beziehen sich auf einen Vergleich der bereits durch die Selbstpsychologie Kohuts beeinflusste Psychoanalyse und den entwicklungspsychologischen Erkenntnissen Eriksons (ebd.).

## **Humanistische Psychologie, Psychotherapie und Pädagogik**

1953 legte Rogers in einer Wiederholung und auch Verschärfung einer Kontroverse, die 1949 begann, in der „Menninger Clinic“ sein Konzept der optimal funktionierenden Person vor (Menninger, o. J. ). Er betonte die optimistische, entwicklungsorientierte Seite des Menschen. Menninger hingegen betonte die dunklen, krankhaften und wahnhaften Seiten der menschlichen Existenz. Dies brauchte nach Rogers eine humanistische Erwiderung (Groddeck, 2017, 108). Er veröffentlicht gemeinsam mit Rosalind Dymond das Buch „Psychotherapy and Personality Change“ (Rogers und Dymond, 1954). Inhalt dieses Buches waren mehrere Studien, die den klientenzentrierten Ansatz verteidigten und erläuterten. Von da an wurde es für Psychotherapeuten, Psychiater und Psychoanalytiker immer schwieriger, der Überprüfung und Evaluation ihrer Arbeit durch empirische Forschungen aus dem Wege zu gehen (Groddeck, 2017, 108).

„Die Psychoanalyse in ihren zentralen Konzepten ist richtungsweisend für sehr viele Psychotherapierichtungen geworden, die entweder als eine Weiterentwicklung oder Abgrenzung von ihr verstanden werden können“ (Korbei, 2001, 430).

Die Selbstpsychologen innerhalb des tiefenpsychologischen Paradigmas, und vor allem Kohut, wurden von orthodoxen Analytikern ins „humanistische Eck“ gestellt (ebd.; Rogers, 1986c).

Das gesellschaftliche Umfeld hatte sich in der Zwischenzeit dramatisch weiterentwickelt, Amerika war in einer Veränderungsperiode. 1959 wurden Hawaii und Alaska als Bundesstaaten neu aufgenommen, der sowjetische Ministerpräsident Chruschtschow hatte die USA besucht, es war auch ein Gesetz gegen Rassendiskriminierung bei den Wahlen verabschiedet worden. Die Kuba-Krise und der spätere Bau der Berliner Mauer waren Konflikte von weltpolitischer Dimension. Die „Amerikanische Akademie der Psychotherapeuten“ (AAP) (Groddeck, 2017, 140 - 141) hatte im Frühjahr 1961 zu einer ersten kollegialen Tagung aufgerufen, zu der alle, sie nannten sich damals selbst progressiv als Abgrenzungsversuch zu konservativen Psychotherapeuten, eingeladen waren unter dem Motto: „Das kontinuierliche Wachstum der Persönlichkeit des Psychotherapeuten“. Gründer dieser Gesellschaft waren die Psychotherapeutinnen: Albert Ellis, Rollo May, Georg Dolger und Jerry Schneck. Auf der Tagung selbst wurden aufregend neue Versuche und Experimente vorgestellt: Georg Bachs 36-Stunden-Marathon-Gruppen, Fritz Perls Gestalttherapie, Carl Whitaker, John Warkentin und Richard Felder zeigten die „Experimental Therapy“, Ruth Cohn stellte ihre Gegenübertragungsworkshops vor (ebd.).

Alle diese unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätze verlangten nach einer anderen Psychologie als Wissenschaft, zumindest nach einer Organisation, in der die unterschiedlichen Auffassungen von Phänomenologen, Existenzialisten, Humanisten, Holisten usw. einen angemessenen Platz haben konnten. So kam es 1961 zur Gründung der „Association for Humanistic Psychology“ (Amerikanische Gesellschaft für Humanistische Psychologie) (AAHP). Das war ein Zusammenschluss vieler Außenseiter, Erneuerer, Rebellen und Unzufriedener. Neben Rogers waren an der öffentlichen Gründung beteiligt: Abraham Maslow, Gordon Allport, Charlotte Bühler, Rollo May, Kurt Goldstein, Vertreter der Gestaltpsychologen, Kurt Lewin, sowie Vertreter der phänomenologischen und der existenzialistischen Bewegung. Carl Rogers war der erste Präsident dieser Vereinigung und der unter den „Humanistics“ sicherlich der Profilteste. (Groddeck, 2017, 141).

Neben diesen Anerkennungen kam das letzte akademische Jahr, nach seinem Scheitern in Wisconsin, auf ihn zu und er unternahm mit seiner Frau Helen eine längere Ostasienreise nach Japan, um sein klientenzentriertes Konzept vorzustellen. So wurden, wieder einmal, ein Tiefpunkt, nämlich sein Scheitern und das Ende seiner universitären Karriere, zum Aufbruch in eine Art neue Freiheit. Ausgelöst durch die Hippie-Bewegung und Flower-Power-Generation erlebte er eine breite



soziale Bewegung mit, die seine Vision teilte und die er bereits schon lebte. Rogers stellt dem psychoanalytischen und gruppendynamischen Gruppenkonzepten mit der Entwicklung von Encountergruppen ein eigenes personenzentriertes Gruppenmodell entgegen. Er engagierte sich für personenzentrierte Pädagogik und für neue Formen des Zusammenlebens von Mann und Frau in Ehe und Familie. Er ist produktiver denn je, schreibt 6 Bücher und wird zu Vorträgen und zahllosen Gruppen eingeladen. Die Psycho-Szene blüht auf und der klientenzentrierte bzw. personenzentrierte Psychotherapeutische Ansatz wird zum personenzentrierten Ansatz (PZA), in dem das Wesen, vor allem der hinreichenden und notwendigen Bedingungen für Beziehung zur Entwicklung der Persönlichkeit, auf viele unterschiedliche Lebensbereiche übertragbar wird (Groddeck, 2017, 143 – 145).

„It would appear, that it is possible to present a definition of humanistic psychotherapy that includes both these concepts. Such a definition would keep humanistic psychology squarely within the scientific framework, and discourage it from wandering into antiintellectual, unscientific, magical and religious pathways where it is highly wont to wander these days. The essence of humanism, in both psychological and ethical areas, is that man is fully acknowledged to be human – that is, limited and fallible – and that in no way whatever is he superhuman or subhuman“ (Ellis, 1973, 2).

Diese Worte aus Albert Ellis „Humanistic Psychotherapy“ (1973) untermauern die Grundzüge der Aufbruchs-Bewegung einer humanistisch orientierten Psychologie, der sich Rogers als eine Art Gallionsfigur zugehörig fühlte und als deren erster Präsident er auftrat. Es scheint ein theoretischer Entwurf und Abgrenzungsversuch zur Sicherstellung der humanistischen Psychologie in Bezug auf Wissenschaftlichkeit und ethischen Grundsätzen zu sein, dass sie keine mystisch, religiöse Richtung bekomme. Die Bedeutung des Humanismus an sich, der Mensch sei auch begrenzt und fehlbar, weder in übermenschlichen Maßen, noch unter jeder Menschenwürde, wird betont.

## Beziehung statt Erziehung

Rogers versuchte im Rahmen des amerikanischen pragmatischen Denkens, des Projektlernens, der demokratischen Idee und unter Zuhilfenahme von gestaltpsychologischen Konstrukten einen theoretischen Neuentwurf einer psychologischen Psychotherapie, der sich eklektisch und pragmatisch auf phänomenologische und interaktionistische Konzepte stützt (vgl. Groddeck, 2017,

105). Rogers war es immer schon sehr wichtig, auf das Schul- und Bildungswesen Einfluss zu nehmen. Speziell die Erfahrungen aus den Encounter-Gruppen, die wachsende Offenheit, wachsendes Verständnis füreinander und die zunehmende Bereitschaft, sich entwickelnden Konflikten konstruktiv zuzuwenden, wollte er für die Humanisierung in den Schulen nutzen (Groddeck, 2017, 156). Das Buch „Lernen in Freiheit“ ist ein reformistisches Plädoyer auf Basis seiner psychotherapeutischen Erfahrungen und Forschungen und des daraus weiterentwickelten personenzentrierten Ansatzes. Er will das sinnvolle Lernen in den Mittelpunkt stellen und er widmet sich in großen Teilen einer genauen Anleitung für die Umsetzung von Veränderung im Bildungssystem bis hin zum Plan zur Selbststeuerung des Wandels im Bildungssystem (Rogers, 1974).

König Viktor Emanuel III von Italien (Montessori, 1950/1995, 15) proklamierte 1900 das folgende Jahrhundert zum Jahrhundert des Kindes. Wie im vorliegenden Lernfeld das Durcharbeiten des Patienten kleiner Hans sowohl die analytische wie in der Folge die personenzentrierte Psychotherapie zu mehr Verständnis dem Kinde gegenüber führte, wären neuere Konzepte ohne die Entdeckung und Ausformulierung wesentlicher theoretischer Konstrukte von Rogers heute nicht mehr denkbar. Vor allem bekommt die Beziehung (der Lehrperson zu den Schülern/Studentinnen und untereinander) Bedeutung.

Jean Jacques Rousseau als den Pionier pädagogischer Aufbruchstimmung zu verorten, ergibt Sinn. In Europa entwickelten sich folglich reformpädagogische Konzepte, beispielsweise von Maria Montessori (1995) und Rudolf Steiners Waldorfpädagogik. Thoreaus Walden Experiment Leben in den Wäldern (1854/1971), inspirierte Ghandi und Martin Luther King (ziviler Ungehorsam gegenüber der Staatsmacht) und hatte Strahlkraft in der Hippiebewegung als sogenannte Aussteigerbibel. In allen angeführten Konzepten finden wir ein Äquivalent zum PZA, nämlich die Freiheit des Menschen im Denken und Handeln (Rogers, 1974; Montessori, 1950/1995, 125).

Einer humanistischen Pädagogik entspricht allen o. a. Konzepten ein schülerzentriertes Unterrichten (Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder) und Selbstbestimmung, den Kindern im eigenen persönlichen Entwicklungsprozess Zeit und Raum, haltgebende und sichernde Beziehungen zur Verfügung zu stellen.

Das nicht-direktive Paradigma findet sich in Therapie und Pädagogik wieder und geht mit veränderten Einstellungen zu den Phänomenen von Macht, Autorität, Kontrolle, Lenkung, Auswahl der Lerninhalte und Motivation einher. Es geht um die Förderung

individueller Lernprozesse und die Fragen, wie kann ich als Lehrperson Lehrprozesse optimieren und auch bestmöglich Gruppenprozesse unterstützen. Zum Abschluss dieses Kapitels ist die Montessoripädagogik im Speziellen hervorzuheben, da beide Konzeptionen eine transformierende Kraft besitzen und aus einer konstruktivistischen Pädagogik nicht mehr wegzudenken sind (Groddeck, 2008, 57 – 58). Aus eigener persönlicher Erfahrung ist an dieser Stelle der Leserin die ebensolche für einen sozialen Wandel prädestinierte „Gewaltfreie Kommunikation“ (Rosenberg, 2004) nicht vorzuenthalten.

## **Im Prozess bleiben ...**

### **Wissenschaft und PZA**

„Ich bin zu der Erkenntnis gekommen, dass ich mich der Forschung und der Bildung von Theorien widme, um das Bedürfnis nach Ordnung und Sinn zu sehen, ein subjektives Bedürfnis, das in mir ist. Ich habe zeitweise aus anderen Gründen Forschung betrieben – um andere zu befriedigen, um Gegner und Skeptiker zu überzeugen, um beruflich vorwärts zu kommen, um an Ansehen zu gewinnen und aus anderen widerwärtigen Gründen. Diese Irrwege in meinem Urteil und in meiner Tätigkeit haben mich lediglich noch stärker davon überzeugt, dass es nur einen Grund dafür gibt, wissenschaftlicher Tätigkeit nachzugehen, und der ist, einem Bedürfnis nach Sinn und Bedeutung, das in einem ist, gerecht zu werden“ (Rogers, 2009, 40).

Gleichwohl bleibt Rogers theoretisches und wissenschaftliches Werk ambivalent und in sich widersprüchlich. Es schwankt zwischen Empirie und Phänomenologie, zwischen übenden Verhaltenstrainings und lebendigem Projektlernen mit Ernstcharakter. Er ist eklektisch und versucht doch die theoretische Geschlossenheit. Es begründet eine klientenzentrierte Bewegung und eine neue Glaubensrichtung und lehnt eine solche Anhängerschaft gleichzeitig ab. Rogers wird das Opfer der Geister, die er rief (Groddeck, 2017, 109). Dennoch bekam Rogers 1956 den „Distinguished Scientific Contribution Award“ der amerikanischen Fachgesellschaft der Psychologen, als Anerkennung für seine ausführlichen Forschungen und fühlte sich dadurch mittlerweile bewundert. Für ihn war diese Auszeichnung die persönlich wichtigste in seinem Leben (ebd.).

Sein letzter Lebensabschnitt, nach dem Tode seiner Frau, war noch sehr von Produktivität bestimmt.

Im letzten Lebensjahrzehnt führt Rogers neben der Aktualisierungstendenz noch das theoretische Konstrukt der **formativen Tendenz** ein. Seine diesbezügliche Hauptthese lautete:

„Im Universum scheint eine formative Tendenz am Werk zu sein, die auf jeder Ebene zu beobachten ist“ (Rogers, 2012, 75).

Damit baut er eine Brücke zur interdisziplinären Systemtheorie. Er behandelt damit Fragen der Funktion und des Einflusses zahlreicher, nichtmechanischer Prozesse in sozialen, Wahrnehmungs- und anderen wissenschaftlichen Feldern. Es eröffnen sich viele weitere Fragen um ein umfassenderes Potenzial des Menschen, das zunehmend komplex, kooperative evolutionäre Tendenz bietet (White, 2010; Kriz, 2008; Wright, 2000).

In seinem letzten Buch „Der neue Mensch“ skizzierte er auf der Basis des von ihm entwickelten Ansatzes den Menschen, der durch nachfolgende Merkmale gekennzeichnet ist:

Offenheit, Verlangen nach Authentizität, Skepsis in Bezug auf Wissenschaft und Technologie, Verlangen nach Ganzheit, der Wunsch nach Nähe, Prozessbewusstsein (in Bezug auf die eigene Veränderlichkeit), Anteilnahme, ökologische Einstellung zur Natur, Ablehnung von Institutionen, die innere Autorität, die Unwichtigkeit materieller Dinge, Sehnsucht nach dem Spirituellen.

Das Entscheidende für Rogers ist, dass die Menschen mit diesen Eigenschaften, in einer Welt des Wandels bestehen können. Gerade der neue Mensch ist es, der fähig sein wird, diesen Paradigmenwandel zu verstehen und zu verkraften. Diese neue Welt wird sowohl menschlicher, als auch menschenfreundlicher sein. Dies ist das personenzentrierte Szenarium der Zukunft (Rogers, 2012, 184 – 186).

Rogers sieht dadurch die Verwirklichung seiner personenzentrierten Idee. Er stirbt im Februar 1987 an den Folgen einer Herzattacke nach einer Hüftoperation im 85. Lebensjahr und widerlegt damit seine aus den Kindertagen stammende Prophezeiung „to die young“ (Groddeck, 2017, 202).

### Weiterentwicklung des PZA

Rogers Aufforderung an seine Schüler und Schülerinnen, seine Anhängerinnen, Nachfolger, weiter an seinen Grundlagen zu forschen, diese gegebenenfalls zu widerlegen und weiter zu entwickeln, fließt ein in eine breite Vielfalt an Orientierungen und Strömungen. Dazu die folgende Auflistung (Stumm, 2017, 133):

## Traditionelle klienten-, personzentrierte Orientierungen

### 1. **Klassische Klientenzentrierte Psychotherapie** (non-direktiv)

1.1 *Rogers (1951)* – Vertreterin: Sommerbeck

1.2 *Später Rogers* – Vertreterinnen: Brodley, Levitt, Moon, Bozarth, Merry, Sanders

### 2. **Dialogische Orientierung** – Vertreter: Mearns, Thorne, Cooper, Schmid, Behr

### 3. **Diverse Suborientierungen**

3.1 *Interaktionelle Orientierung* – Vertreterinnen: van Kessel, Lietaer

3.2 *Störungsspezifische Orientierungen* (inkl. Prä-Therapie) – VertreterInnen: Swildens, Finke, Teusch, Speierer, Binder, Prouty, Van Werde

3.3 *Existenzielle Orientierung* – Vertreterinnen: Swildens, Cooper, Lietaer

3.4 *Kreativitätsorientierte O.* – Vertreterinnen: Natalie Rogers, Groddeck

3.5 *Integrative Orientierung* – Vertreter: Lietaer (Leuven-Schule), Warner, Bohart, Keil, Gutberlet, Stumm

### 4. **Experienzielle Orientierungen**

4.1 *Focusing* – Vertreterinnen: Gendlin, Wiltschko, Purton, Leijsson

4.2 *Process Experiential/Emotion-Focused Therapy* – Vertreter: Greenberg, Elliott, Watson, Goldmann

Um die Direktivität der Strömungen und Orientierungen zu überblicken, ist eine Skala für die Einteilung von eingreifendem Intervenieren von 0 – 4 anzuwenden: Ausgehend von der **Nicht-Direktivität Rogers klassischer, später klientenzentrierter Psychotherapie** mit 0 - 1, bei der **Dialogischen Orientierung** bei 2, bei der **Suborientierung** mit 3 und bei der **Experienziellen** Orientierung mit 4 anzusiedeln.



- ca. 1/3 bezogen auf innere Prozesse, 2/3 auf äußere Gegebenheiten;
- während Rogers' empathische Antworten zu ca. 30 % in Ich-Form erfolgten (dabei implizit das „personal self“ des Klienten, also das Erleben von sich selbst als Subjekt, im Gegensatz zu Du-Antworten, die das „social self“, den sich als Objekt seiner Wahrnehmung erlebenden Klienten, akzentuieren), beträgt dieser Anteil bei Brodley nur 15 %.

## Diskussion und Abschluss

Auch wenn Rogers Modell der Selbstaktualisierungstendenz des Menschen in der Gegenwart von zahlreichen Autorinnen kritisch hinterfragt wird, hat sich die Konzeption des Selbst ebenso wie die lebenslange psychische Entwicklung des Menschen sowie das Streben nach Entfaltung, Balance und Bestätigung zu einer methodenübergreifenden Grundkonzeption in der modernen Sozialforschung entwickelt (vgl. Keil, 2010, 146; Stolorow & Atwood, 1992).

Paul Tillich führte mit Rogers 1965 einen Dialog (Kirschenbaum und Henderson, 1989b, 64 – 78) in dem aus existentieller Sicht die Essenz, auf die sich die Natur des Menschen stützt, auf zwei Prinzipien konzentriert, hervorgeht:

- „that he is incurably social“ und „he has a deep need for relationship“ und
- „because man is an organism he tends to be directional, he is moving in the direction of actualizing himself“.

„Rogers geht somit von einem im Menschen immanenten Potenzial aus, seine gegebenen Möglichkeiten konstruktiv und prosozial zu verwirklichen und von einer proaktiven Tendenz, den Organismus unter den jeweils gegebenen Umständen optimal funktionstüchtig zu erhalten und zu entwickeln. Dies darf weder in einem moralischen Sinn (miss-)verstanden werden, noch heißt das, dass Menschen einfach „gut“ sind; sie haben auch das Potenzial, sich asozial und destruktiv zu entwickeln, wenn das notwendige förderliche Beziehungsklima nicht gegeben ist“ (Keil, 2010, 148).

Und das ist für mich als personenzentrierte Psychotherapeutin die Herausforderung, die ich gleichsam als Mensch in Beziehung wahrnehme. Mit diesem Wissen und meinen gemachten Erfahrungen gehe ich durch die Welt, aktualisiere, entfalte mich selbst und komme auch ins Stocken, bin verängstigt und verletzt. Ich werde tagtäglich lebendiger, wende mich aus meiner eigenen Entwicklung heraus den Menschen,

dem Leben, der Welt gegenüber empathisch und authentisch zu und erlebe dabei, was das Leben bringt!

## Literatur

Freud, S. (1909b). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. In *Gesammelte Werke*, Bd. 7, ( S. 235 – 240). Frankfurt: S. Fischer.

Behr, M. (2014). *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Springer Verlag: Wien.

Biermann-Ratjen, E. M. & Swildens, H. (1993). Modell einer klientenzentrierten Psychopathologie. In E. M. Biermann-Ratjen et al. (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung* (S. 71 – 87). Köln: GwG Verlag.

Brodley, B. (2006b). *Non-directivity in Client-centered Therapy*. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 5, 1, 36 – 52.

Dorfmann, E. (1951/2005). *Spieltherapie*. In Rogers' *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 219 – 257). (17. Auflage). Frankfurt: Fischer Verlag. (Orig. erschienen 1951: *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin: Boston).

Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy*. New York: The Julian Presss.

Groddeck, N. (2008). *Maria Montessori und Carl R. Rogers. Ein Vergleich*. Norderstedt: Books on Demand.

Groddeck, N. (2017). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Sonderausgabe 2017. Norderstedt: Books on Demand.

Keil, S. (2010). Das Vertrauen in die Aktualisierung. *Person*, 14, 2, 145 – 147.

Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L. (1989b). *Carl Rogers: Dialogues, Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Batson, Michael Polanyi, Rollo May, and others*. Boston New York: Houghton Mifflin (auch London: Constable, 1990).

Korbei, Lore (2001). Die Personzentrierte Psychotherapie im Verhältnis zu anderen Schulen. In Frenzel et al. (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkreti-sierungen*. (S. 427 – 448). Wien: Facultas Verlag.

Kriz, J. (2008). *Self-actualization: Person-centered approach and systems theory*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Menninger, K. (o. J.). <http://www.menningerclinic.com/>. [zuletzt abgerufen am 22. Oktober 2017].

Montessori, M. (1950/1995). *Kinder sind anders*. 10. Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Paß, P (o. J.). *Lernfeld 5. Ressourcen-Impulse, Projekte im Kinder- und Jugendalter, Freud & Co, heilenede Kräfte in Wort und Spiel*. Seggau: Interuniversitäres Colleg.



- Reisel, B. (2001). Ein personenzentriertes Entwicklungsmodell. In Frenzel et al. (Hrsg.), *Klienten- /Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. (S. 96 – 118). Wien: Facultas.
- Rogers, C. R., Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1962/2010). Vortrag über die Forschungsarbeiten am Mendota State Hospital in Wisconsin. In W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient*. (S. 188 – 208). 20. Auflage. Frankfurt: Fischer-Verlag. (Orig. erschienen 1974: *Operational Theories of Personality*. A. Burton (Ed.). New York: Mazel).
- Rogers, C. R. (1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. (Orig. erschienen 1969: *Teach your own*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill).
- Rogers, C. R., Wood, J. K. (1977/2010). Klientenzentrierte Theorie. In W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient*. (S. 131 – 165). 20. Auflage. Frankfurt: Fischer Verlag. (Orig. erschienen 1974: *Operational Theories of Personality*. A. Burton (Ed.). New York: Mazel).
- Rogers, C. R. (1986c). Rogers, Kohut und Erikson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. In: *Person Centered Review* 1 (2), 125 – 140.
- Rogers, C. R. (1997). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. *Psychotherapie Forum*, 1997, Vol. 5, 3, 177 – 185. (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, 2, 95 – 103).
- Rogers, C. R. (2009). *Entwicklung der Persönlichkeit*. 17. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. erschienen 1961: *On becoming a person. A Therapist View of Psychotherapy*. Boston: Houghton and Mifflin Company).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Orig. erschienen 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework*).
- Rogers, C. R. (2012). *Der neue Mensch*. (9. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. erschienen 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton and Mifflin Company).
- Rosenberg, M. B. (2004). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. 5. Auflage. (Orig. erschienen 2003: *Nonviolent Communication: A Language of life* 2nd. Encinitas/CA: Puddle Dancer Press).
- Steiner, R. (2015). *Allgemeine Menschenkunde als Grundlage der Pädagogik*. 9. Auflage. Basel: Steiner Verlag.
- Stern, D. (2011). *Tagebuch eine Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. 19. Auflage. München: Piper Verlag. (Orig. erschienen 1990: *Diary of a Baby*. New York: Basis Books).

Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. New York: Routledge.

Stumm, G. (o.J.a). <http://www.gerhardstumm.at/Stumm%20Menschenbild.pdf/>. [zuletzt abgerufen am: 13. August 2017].

Stumm, G. (o.J.b). <http://www.gerhardstumm.at/Stumm%20Neue%20Entwicklungen%20der%20PP%202011.pdf/>. [zuletzt abgerufen am: 15. August 2017].

Stumm, G., Wiltschko, J., Keil, W. (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Thoreau, H. D. (1971). *Walden: oder Leben in den Wäldern*. Zürich: Diogenes Verlag. (Orig. erschienen 1854: *Walden: or life in the Woods*).

Wertgen, A. (2009). *Das Selbst bei Sigmund Freud und Carl Rogers. Ein Vergleich zweier klassischer Persönlichkeits- und Therapietheorien anhand einer Fallanalyse*. Norderstedt: Books on Demand.

White, J. H.D.C. (2010). Die Aktualisierungstendenz – welche Bedeutung hat sie für die mich in Theorie und Praxis? *Person*, 10, 2, 43 -54.

Wright, R. (2000). *Nonzero: The logic of human destiny*. New York: Vitage/Random House.

## Vom Scheitern lernen – Integration von Gruppenpsychotherapie in der stationären Altenpflege aus personenzentrierter Perspektive

### Inhalt

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract .....                                                                           | 51 |
| Vorbemerkung .....                                                                       | 52 |
| Vorgeschichte .....                                                                      | 52 |
| Einleitung .....                                                                         | 54 |
| Methoden und Fragestellung .....                                                         | 56 |
| Methode und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten-<br>Pflegeheim ..... | 56 |
| Fragestellung und Forschungsdesign .....                                                 | 58 |
| Ergebnisse .....                                                                         | 59 |
| Diskussion .....                                                                         | 68 |
| Ausblick .....                                                                           | 70 |
| Resümee .....                                                                            | 71 |
| Literatur .....                                                                          | 73 |

### Abstract

Die Erforschung der Hintergründe eines misslungenen Versuches, ein gruppenpsychotherapeutisches Angebot in einem österreichischen Alten-Pflegeheim<sup>26</sup> methodisch zu integrieren, macht verschiedene Erfahrungen aus der Perspektive einer personenzentrierten Psychotherapeutin erlebbar. Diese Erfahrungen werden mit theoretischen personenzentrierten Aspekten und mit gruppendynamischen Überlegungen aus der Organisationsbeobachtung verbunden. Dabei werden künftige

---

<sup>26</sup> Personenbezogene Daten und Daten, die Rückschlüsse auf die Institution zuließen, wurden in dieser Arbeit vollständig anonymisiert.

Konzepte auf eine erfahrungsorientierte Basis gestellt. Vergleiche mit einem österreichischen Projekt, um Nachhaltigkeit auf der Führungsebene im Kontext qualitativ hochwertiger gerontologischer Arbeit zu leisten, inspirieren dazu, therapeutische Gemeinschaft wirksam werden zu lassen und bedürfnisorientierte Wege zu gehen. Gewaltfreie Kommunikation, die vor allem Empathiefähigkeit fördert und Selbsterfahrung unterstützt, fließt methodisch in Konzeptionen ein. Sinnstiftende Formen der Zusammenarbeit geben der Arbeit außerdem eine holistische, zeitgemäße Perspektive.

## **Vorbemerkung**

Das Scheitern eines Projektes in einem österreichischen Alten-Pflegeheim, welches eine nachhaltige methodische Integration von Gruppenpsychotherapie zum Ziel hatte, brachte mich dazu, die Hintergründe dieses Scheiterns genauer zu untersuchen. Dem Thema näherte ich mich, ganz im Sinne einer personenzentrierten Tradition (Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010; Rogers, 2012;). Ich gehe meinen Resonanzen nach, die mir durch die Begegnungen in der Arbeit dort erlebbar wurden, und stelle unterschiedliche Situationen mit verschiedenen Personen in Vignetten dar. Hermeneutische Empathie (Keil, 2012) und psychodynamische Aspekte der Organisationsbeobachtung (Hinshelwood und Skogstad, 2006) sind dabei die wesentlichen Zugänge meiner Forschungsarbeit. Dort, wo Bedrohliches abgewehrt wird, weil Angst groß ist, entwickelt sich Kultur auch unbewusst, bleibt dadurch oftmals intransparent und wird daher nicht hinterfragt. Mit Methoden gewaltfreier Kommunikation (Rosenberg, 2003) und sinnstiftenden Organisationsideen (Laloux, 2015) lassen sich auf Grundlage des Ansatzes der therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1976) Visionen entwickeln und auch mit einem bereits bestehenden Modell vergleichen (Bahr, 2006), damit Altenheime zukünftig vermehrt Orte der Lebendigkeit und des Austausches sein dürfen.

## **Vorgeschichte**

Verhandlungen eines österreichischen Sozialversicherungsträgers mit privaten Einrichtungen und Dienstleistern im Bereich der Psychotherapie führten im Sommer 2016 zu Veränderungen und in der Folge zur Erhöhung des Kontingentes der Gruppenpsychotherapiestunden in einem österreichischen Bundesland. Mein damaliger Dienstgeber, eine psychosoziale Einrichtung, trat mit einem

Rundschreiben an die angestellten Psychotherapeutinnen heran, um diese zur Umsetzung von Gruppentherapieangeboten zu motivieren. Ich bewertete diese Möglichkeit als idealen Rahmen, um sinnvolle und bedürfnisorientierte Angebote entwickeln zu können. Dabei nutzte ich, für weitere Überlegungen und eine mögliche Umsetzung, meine langjährige Erfahrung und Kontakte zu einem Alten-Pflegeheim, in dem ich mir die Integration eines Gruppentherapieangebotes gut vorstellen konnte.

Konkret hieß das, dass ich über meine Anstellung bei einem externen Dienstgeber einer stationären Gruppe in einer Organisation, nämlich im oben angeführten Alten-Pflegeheim, methodisch integrieren wollte. Ich führte Gespräche mit meinem damaligen Dienstgeber und mit dem zuständigen Pflegedirektor des Alten-Pflegeheimes. Alle Gespräche verliefen konstruktiv und die Stimmung in der Institution nahm ich vorerst als offen und interessiert an der Umsetzung dieses Vorhabens wahr. Kurze Zeit darauf konnte die Detailplanung zur Gruppenentstehung starten. Das Alten-Pflegeheim ist traditionell hierarchisch strukturiert. Die gesamte Abwicklung der Gruppe war auf die Unterstützung des Pflegepersonales: den Altenbetreuerinnen<sup>27</sup>, den Diplomschwestern, -pflegern und den Helfern angewiesen. Eine intensive Zusammenarbeit war daher notwendig.

Ich verfasste, in Ab- und Rücksprache mit dem Pflegedirektor, einen Brief an die Stationen, der im Vorfeld ausgesendet wurde, um die Idee rund um das Vorhaben transparent zu machen. Dabei wurden verschiedene Aspekte berücksichtigt, unter anderem die Einbeziehung aller Pflegepersonen (Altenfachbetreuerinnen, Diplompfleger und Diplomschwestern und die Helfer), um sich darüber Gedanken zu machen, wer von den Bewohnern im Haus Bedarf an gruppenpsychotherapeutischer Behandlung haben könnte. Die Personen sollten sich in einer Konstitution befinden, die sie zu Gesprächspsychotherapierunden über 1 ½ Stunden befähigt. Ich thematisierte, dass die Gespräche als Möglichkeit zur Aufarbeitung persönlicher Themen genutzt werden können, zur Verbesserung der Kontaktfähigkeit und auch zur Stärkung des Gruppen- und Zugehörigkeitsgefühls innerhalb des Hauses beitragen könnten. Auf krankheitswertige Aspekte bin ich in diesem Brief ebenfalls eingegangen, was ich in späterer Folge in diesem Artikel, im Abschnitt: Methoden und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten-Pflegeheim, noch näher ausführe.

---

<sup>27</sup> In der vorliegenden Arbeit verwende ich abwechselnd die weibliche und die männliche Form und spreche damit die Geschlechter gleichermaßen an.

Am Ende des Briefes erging an alle mit der Pflege betrauten Personen im Haus eine für das Projekt wichtige Kooperationsbitte. Dabei stand die Unterstützung der Personen im Vordergrund, denen es nicht möglich war, die Gruppe alleine aufzusuchen, wie Personen im Rollstuhl oder auch an Demenz Erkrankte, dadurch unter Umständen auf Begleitung angewiesene, verwirrte Personen. Ein Bring- und Abholmechanismus vonseiten der Station wurde im Brief erbeten, um die Gruppenteilnehmerinnen und uns bei der Durchführung des Gruppentreffens zu unterstützen. Die Kooperationsbitte hatte zum Inhalt, diese Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen zu gewährleisten. Rosenberg geht davon aus, dass sich, wenn der oder die Adressaten der Bitte mit einem oder mehreren Bedürfnissen des Absenders der Bitte in Kontakt kommen, die Bereitschaft zur Kooperation erhöht (Rosenberg, 2003/2004, 99).

## Einleitung

Der Bedarf an Gruppenpsychotherapie im Alten- bzw. Pflegeheim erscheint österreichweit als nicht erhoben. Recherchen, um diesbezüglich Zahlenmaterial und aussagekräftige Untersuchungen zu finden, blieben erfolglos. Die im Lebensverlauf steigende Suizidrate, der Anstieg depressiver Patientinnen und auch die Entwicklung bei den Demenzerkrankungen untermauern den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung bei alten Menschen. Die Suizidrate im Alter ist bei beiden Geschlechtern progressiv mit zunehmendem Lebensalter (Wolfersdorf et al., 2002, 145). Die Ursachen für Suizidalität können unterschiedlich sein. Neben Depression und Suchtmittelabhängigkeit kann das Alter an sich als Gefährdungskriterium für den Suizid gesehen werden. Suizidalität kann als narzisstische Krise verstanden werden und somit können kränkende Verluste der körperlichen, geistigen und psychischen Fähigkeiten zur Selbstaufgabe führen (Hirsch, Bruder, Radebold; 2002, 5 - 6). Im Rahmen einer umfassenden Behandlungsplanung bei Depression und angesichts der Tatsachen, dass Menschen immer älter werden und auch die Demenzerkrankungen zunehmen, sind psychotherapeutische Angebote dringend ratsam. Zur Darstellung der weltweiten Entwicklung von Demenzerkrankung steht im Alzheimer Report 2013 (Prince et al., 2013, 20):

„Demenz ist einem aktuellen Bericht zufolge stärker verbreitet als bisher angenommen - und die Zahl der Betroffenen soll bis zum Jahr 2050 weiter drastisch steigen. Zurzeit leben weltweit 44 Millionen Menschen mit der

Krankheit. Weiters heißt es, diese Zahlen werden bis 2030 auf 76 Millionen und bis 2050 auf 135 Millionen Menschen steigen.“

Je älter die Menschen werden, desto mehr wächst die professionelle Zuwendung zu alten Menschen. Ihre Not kann auch öffentlich und somit zu einer gesellschaftlichen Not werden (Dörner, 2012, 425). Die Gefahr des Abschiebens in ein soziales und psychisches Ghetto ist derzeit von allen Bevölkerungsgruppen für die Alten am größten (ebd.).

Im Gespräch mit einem langjährigen, erfahrenen Mitgestalter in der Ausbildungsszene im Alten-Pflegebereich bleibt mir eindrücklich der Begriff Gerontophobie - als allgemeine Angst vor dem Alter, dem Älterwerden und Ageism – als Begriff, der die Phänomene von Ausgrenzung der Gesellschaft von Alten und die Themen rund ums Älterwerden aufzeigt, in Erinnerung.

Dabei stellt die Abwehr (Rogers, 1959/2007, 36) ein theoretisches Fundament für die Verortung, Symbolisierung und Deutung dahinterliegender Ängste dar. Das Abwehrverhalten wird als die Antwort auf Bedrohung mit dem Ziel, die gegenwärtige Struktur aufrechtzuerhalten, definiert (ebd.).

Ich verorte Abwehrmechanismen, derer ich in der Reflexion über das Protokoll des Scheiterns des dargestellten Projektes gewahr wurde (Scheuringer, 2017). Bei den im Text ausgeführten Vignetten beginne ich als personenzentrierte Psychotherapeutin meiner ersten Resonanz nachzugehen und versuche durch eine Formel hermeneutischer Empathie (Keil, 2012) einen Verstehensprozess einzuleiten, der sich in der Folge in eine Verstehenshypothese ableitet. Diese Hypothese dient vorerst als Grundlage für meine Reflexion. Yaloms Expertisen in der Arbeit mit Gruppen im sozialpsychiatrischen Kontext finden Eingang in meine Ausführungen (Yalom, 1983/2005). Hinshelwoods und Skogstads psychodynamische Aspekte der Organisationbeobachtung ergänzen die Theoriebildung aus tiefenpsychologischer Sicht (2006). Laloux' Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit (2015) gibt abschließend eine Idee zu einer Vision, die sich aus tradierten, bereits etablierten Modellen, wie der therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1968/1976), weiterentwickeln lässt.

Das sich diese Aufarbeitung als Grundlage für die Konzeption künftiger Projekte eignet, sind in diesem Zusammenhang Grundlagen personenzentrierter Pflege (Rogers, 2012; Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010), verknüpft mit der Methode und Grundhaltung der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (2003/2004), als konzeptuelle Vorgangsweise angedacht.

Was sich in den Gesprächen zur Vorbereitung mit den zuständigen Personen im Alten-Pflegeheim und meinem Dienstgeber stimmig und konstruktiv anfühlte, wurde im Verlauf des Gruppenprozesses hart auf die Probe gestellt. Aus heutiger Sicht sind Veränderungen in der Institution des Alten-Pflegeheimes und Veränderungen in Bezug auf mein Anstellungsverhältnis, die zum Projektstart noch nicht absehbar waren, als Gründe für das Scheitern mit verantwortlich.

## Methoden und Fragestellung

### Methode und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten-Pflegeheim

Für die Gruppenpsychotherapie wurden 12 Personen vom Pflegedirektor als potenzielle Gruppenteilnehmerinnen genannt. Diese wurden von den Stationsleiterinnen, in Absprache mit ihren Mitarbeiterinnen, befragt, ob sie an einer Teilnahme interessiert seien. Es wurden Therapievereinbarungen mit den Gruppenteilnehmerinnen abgeschlossen. Da sich die Befindlichkeit hochbetagter Menschen sehr an der Tagesverfassung orientiert, setzte man die Ausfallshaftung für fehlende Stunden, die im Normalfall der Klient trägt, bei dieser Gruppe aus. Eine zusätzliche betriebswirtschaftliche Forderung (im Hinblick auf die Kostendeckung) war für meinen damaligen Dienstgeber mit einer Mindestbesetzung von 5 Personen pro Gruppe erfüllt. Diagnosen wurden von mir im Bereich der Depression, somatoformer Störungsbilder und unterschiedlicher Demenzen gestellt und im Einzel- bzw. Zweifelsfall mit der Station rückbesprochen. Jede Sitzung wurde von mir dokumentiert. Der Austausch mit dem Pflegedirektor über besondere Vorkommnisse wurde vereinbart, ebenso wie meine Verschwiegenheitspflicht. Eine Kollegin, die sich zu dieser Zeit in der Ausbildung zur Hospiz- und Palliativpflege befand, wurde als Co-Leiterin für die Gruppe verfügbar. Wir machten nach jeder Gruppensitzung eine kurze Reflexion, um uns über Vorgänge auszutauschen, die uns wichtig schienen für das Verstehen der Gruppenprozesse. Zusätzlich war durch die Unterstützung dieser Co-Leiterin, z.B. bei einem Toilettenbesuch oder bei akuter Übermüdung einer Teilnehmerin, ein frühzeitiges Verlassen der Gruppe für die betreffende Teilnehmerin möglich, ohne die Gruppensitzung unterbrechen zu müssen. Die Gruppe startete Mitte August 2016. Es konnte jede Gruppensitzung durchgeführt werden. Insgesamt wurden 13 Gruppensitzungen, zweiwöchentlich abgehalten. Durchschnittlich waren 7 Teilnehmerinnen in der Gruppe, die Ende Februar 2017 beendet wurde.



Methodisch orientierte ich mich bei der Durchführung der Gruppensitzungen an den Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes (Snijders, Lietaer; 2014, 187 – 199; Rogers, 1980/2012). Hierbei geht es darum, den Klienten durch die Gruppenleitung und Therapeutin ein klar definierbares, förderliches psychologisches Klima zur Verfügung zu stellen, damit ihre verfügbaren Möglichkeiten, sich selbst zu begreifen und ihr Verhalten zu verändern bzw. zu entwickeln, bestmöglich erschlossen werden können. Dazu sind die hinreichenden Bedingungen in der Echtheit bzw. Unverfälschtheit der Therapeutin, in der Offenheit gegenüber den Gefühlen der Klienten, dem empathischen Verstehen gewissermaßen, und die unbedingt positive Beachtung der Äußerungen der Klienten durch die Therapeutin notwendig (Rogers, 1980/2012, 67 – 68). Im folgenden Abschnitt führe ich acht Prinzipien an, die im Rahmen personenzentrierter Pflege als Erweiterung der Grundprinzipien von Rogers und im Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse hochbetagter, oftmals bereits verwirrter und zurückgezogener Personen, zur Förderung der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit dienen und Einfluss auf meine Grundhaltung nahmen (Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010). Mir erscheinen diese Überlegungen vor allem relevant, um eine gemeinsame Basis im stationären Kontext herzustellen, unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen:

- Tiefer Respekt für das subjektive Erleben, die Wahrnehmung und die innere Welt des Einzelnen. Dieser Respekt gründet darauf, dass man einen Menschen nur verstehen kann, wenn man durch Empathie mit seiner inneren Welt vertraut ist bzw. sich in seinen Bezugsrahmen einfühlt.
- Vorbehaltlose Akzeptanz der einzigartigen Eigenschaften jedes Menschen.
- Achtsamer Blick auf die Ganzheit des Menschen.
- Eine positive Sichtweise der menschlichen Natur und ihrer Tendenz zur Entfaltung des ihr innewohnenden Potenzials.
- Die Bedeutung von Gefühlen und Emotionen – insbesondere das Bedürfnis nach positiver Wertschätzung – wird stärker betont als kognitive Merkmale.
- Die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen wird hervorgehoben, ebenso der Einfluss, den diese Beziehungen auf die Fähigkeit des Einzelnen haben, sein Potenzial zu entfalten.
- Die Authentizität solcher Beziehungen wird anerkannt.

- Die Nicht-Direktivität wird betont: Die Fachkraft hat in erster Linie eine helfende und unterstützende Rolle und erkennt an, dass Macht, Kontrolle und Verantwortung beim Einzelnen liegen.

### Fragestellung und Forschungsdesign

Das Projekt endete Februar 2017, ich fasste meine Dokumentation zusammen, reflektierte gründlich darüber und protokollierte die Konzeption und den Verlauf dieses Behandlungsprojektes (Scheuringer, 2017). Daraus entstand meine Fragestellung für diese Arbeit: Was benötigt Gruppenpsychotherapie für die institutionelle Integration in der Organisation eines Alten- und Pflegeheimes?

Christiane Behr (2015, 160 – 168) untersuchte in einem österreichischen Seniorenheim Wege zum nachhaltigen Führen. In dieser langjährigen Untersuchung unter supervisorischer Begleitung wird der wertschätzende Umgang von Führungspersonen in einem österreichischen Seniorenheim mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Mitarbeitern hervorgehoben und eine qualitativ hochwertige Dienstleistungsqualität aufgezeigt. Dies inspirierte mich, Visionen zu entwickeln, Möglichkeiten zu denken, die, wie nachfolgend erörtert, auf ein gemeinschaftliches Wesen aufbauen (Jones, 1976; Rosenberg, 2003/2004).

So ambitioniert und engagiert ich mich in diesem Projekt beim Start erlebte, ging ich auch mit einem gewissen Ehrgeiz daran, herauszufinden, was letztlich dazu geführt hatte, dass dieses Projekt scheiterte. Dabei greife ich unterschiedliche, besonders herausfordernde, auch ungewöhnliche Vorfälle auf, die ich zum ersten Zeitpunkt der Reflexion noch nicht gänzlich verstanden hatte. Diese Vorfälle hatten bei mir während der Umsetzung des Projektes vielfältige Gefühle ausgelöst. Sie zu erforschen wurde mir wesentlich, um sie einer umfassenderen Verstehenshypothese zuführen zu können. Dabei war die Formel von Wolfgang Keils hermeneutischer Empathie sehr hilfreich (Keil, 2012, 11), die von mir in eine Frage umgewandelt wurde:

Wie müsste die Person, die in mir auslöst, nicht mehr bedingungsfrei wertschätzend sein zu können, handeln, damit meine Resonanz positiv wertschätzend ist? Dazu kommen Überlegungen, die sich mit Nöten oder unerfüllten Bedürfnissen dieser Personen befassen.

Ich bin ermutigt, auch Gefühle am Rande des Gewahrseins (Rogers, 1959/2009, 29) zuzulassen und im weiteren Unbewusstes, vom Individuum ausgehend als Übertragung gewissermaßen, zu berücksichtigen und folglich die

Organisationsebene und ihre psychodynamischen Aspekte miteinzubeziehen (Hinshelwood und Skogstads, 2006). Beide Autoren definieren Gesundheitseinrichtungen als soziale Abwehrsysteme und sehen unter anderem die Nähe zu Leid und Sterben im Pflegedienst, auch körperliche Kontakte, die zudem mit der Last der Verantwortung verbunden sind, als Hintergründe für vielfältige Ängste. Sie zitieren klassische Studien, vor allem in Bezug auf die Möglichkeiten zur Verarbeitung dieser Ängste (Menzies 1959/1988; Miller und Gwynne 1972; Roberts 1994a), mit ähnlichen Ergebnissen, die aufzeigen, dass dort, wo es massive Einschränkungen gibt, viele Gefühle unbewusst bleiben (ebd.).

Den unterschiedlichen Ängsten, wie sie sich mir als personenzentrierter Therapeutin in der Resonanz zeigen, zu begegnen, sie zu benennen, aufzugreifen und in der Zusammenarbeit zu berücksichtigen, ist ein wichtiger Teil der Auseinandersetzung in dieser Arbeit, die auf Basis der umfassenden Dokumentation (Scheuringer, 2017) reflektiert und ausgewertet wird. Die Einzelfalldarstellung, wurde als exemplarische Darstellung des Projektverlaufs für die vorliegende Arbeit ausgewählt, die Verstehensprozesse, im Sinne reflektierter Subjektivität, transparent machen sollen.

## **Ergebnisse**

### Vignette 1

*Auf meine briefliche Bitte an die zuständigen Pflegepersonen, uns beim Holen und Bringen derer zu helfen, die Unterstützung nötig haben, wurde mir vom Pflegedirektor zugesichert, dass wir uns darum nicht kümmern müssten. Das hätte einen pünktlichen Start der Gruppe gewährleistet. Nach der dritten Sitzung kamen 3 Personen selbständig zur Gruppentherapie, 2 Personen von einem Personenkreis der restlichen 9 wurden gebracht. Wir erlebten gleich zu Beginn keine Verlässlichkeit dieser Zusicherung uns gegenüber. Wir begannen die Teilnehmerinnen selbst zu holen und bemerkten dabei einen großen Vorteil, denn einige Pflegerinnen waren nicht gut in der Lage, sie so zu motivieren, wie wir das taten, da wir ja sehr überzeugt waren von der Sinnhaftigkeit unseres Vorhabens und vom Wunsch beseelt, diese Gruppe wirksam werden zu lassen. Wir merkten, dass wenn wir die Klientinnen selbst holten, die Gruppensitzung besser besucht war (mind. 5 Personen, meistens 7 – 8 Personen) und dadurch konnten wir auch eine verlässliche Durchführung sicherstellen.*

Hier entstand eine Kluft zwischen der Erwartungshaltung in Bezug auf die Kooperationsbereitschaft und dem tatsächlich Erlebten. Zuerst war ich traurig über den erlebten Mangel an Kooperation, dennoch enthusiastisch, mein Vorhaben umzusetzen, damit die gruppentherapeutische Arbeit gelingen möge. Nach Rücksprache mit dem Pflegedirektor meinte dieser, man werde schon Unterstützung vom Pflegepersonal bekommen. Seine Argumentation richtete sich ausschließlich auf die Effektivität der Gruppentherapie. Er meinte, dass die Personen, die die Gruppe besuchen, 1 ½ Stunden gut aufgehoben wären und, dass sie zu dieser Zeit keinen Aufwand für die Pflegepersonen darstellten und daraus leitete er ab, dass aus diesem Grund Unterstützung folgen würde. Ich konnte seine Argumentation verstehen und hoffte auf seine konsequente Unterstützung in der Führung seiner Mitarbeiterinnen. Meine Überlegungen hinsichtlich Sinn und Nutzen von Psychotherapie als anerkanntes Behandlungsverfahren zur Leidenslinderung und Verbesserung der Lebensbewältigung brachte ich nochmals zum Ausdruck.

Für die Gruppenteilnehmerinnen hatte dieser Umstand, dass wir die Teilnehmerinnen vorerst zusammenholten, außer einer kleinen Verzögerung der Beginnzeiten, keine weiteren Auswirkungen zur Folge.

Ich fragte mich, wie für mich eine Situation aussieht, damit ich diese positiv beachten kann, um folglich Schlüsse aus der Perspektive prozessualer Diagnostik zu ziehen, die sich in eine Verstehenshypothese ableiten lassen (vgl. dazu Keil, 2012).

Die Kommunikation über die Notwendigkeit der auf Hilfe angewiesenen Gruppenteilnehmerinnen, diese beim Bringen und Holen zur Gruppe durch zuständige Pflegepersonen zu unterstützen, hätte mehr Klarheit und Nachdruck von Seiten des Pflegedirektors benötigt. Wenn jemand aus nachvollziehbaren Gründen nicht kommen kann, ist eine Information an die Gruppenleitung im Vorfeld wichtig, das erfordert die Gruppenkohäsion und für die Kontinuität der Gruppe ist diese Information auch wesentlich. Eine Abwicklung wäre per Telefonanruf möglich. Es bräuchte fixe Zuständigkeiten und Kommunikationspartner, damit Klarheit und Überblick über den Besuch und den Bedarf an der laufenden Gruppentherapie entstehen kann. Ich verstehe jedes Stockwerk der Pflegeeinrichtung im Hinblick auf die Handlungsfreiheit der Bewohnerinnen und der Pflegepersonen als eigenständig und wurde in dieser Auffassung von den Mitarbeiterinnen und der Stationsleiterin bestätigt. Beispielsweise sind die Kaffee- und Schlafenszeiten unterschiedlich eingeteilt. Das Angebot einer Psychotherapiegruppe, die stockübergreifend ausgerichtet ist, kann sich leider nicht auf die Bedürfnisse aller so abstimmen, dass die Beginnzeiten für alle 100%ig passen. Diesbezüglich gibt es

Veränderungspotenzial und es wäre sinnvoll, Angebote und Zeiten besser aufeinander einzustellen. Das gilt besonders für Gruppen, die von den Bewohnerinnen gerne besucht werden und parallel angeboten sind. Die fehlende Kommunikation über die Bedürfnisse der Klientinnen, über meine Bedürfnisse als Gruppenleiterin und auch die der Pflegepersonen in Bezug auf das Bringen und Holen der Gruppenteilnehmerinnen, ist hier maßgeblich für die erlebte Inkongruenz und es entsteht widersprüchliches Verhalten (Rogers, 1959/2009). Ich erlebte das in einer gewissen Beliebigkeit der Pflegepersonen, die Gruppenteilnehmerinnen zu bringen oder auch nicht.

Für die Gruppentherapie ist ein verbindlicher Rahmen unabdingbar. Es gibt neben der schriftlichen Vereinbarung auch noch von den Sozialversicherungsträgern Bedingungen, die erfüllt werden müssen, damit die Stunden finanziert werden. Jede Stunde wird genau dokumentiert und muss von den Teilnehmerinnen zur Bestätigung der Anwesenheit mit einer Unterschrift gezeichnet werden, damit die Abrechnung mit den Kassen erfolgen kann.

Verbindlichkeit, im Hinblick auf einen zuverlässigen Besuch, ist für gruppentherapeutische Prozesse vonnöten. Yalom würde diese Gruppe als Lower-Level Gruppe bezeichnen (Yalom, 1983/2005, 101 - 102) und untermauert eine verbindliche Abwicklung. Er spricht sogar von Verpflichtung, wiewohl er auch einer guten Leitung und dem Beimesen eines hohen Stellenwertes des Gruppenangebotes durch die zuständigen Pflegepersonen Erfolg zuspricht. Die Klienten sollten bestenfalls aus eigenem Interesse zur Gruppe kommen und es vor sich selbst nicht rechtfertigen können, der Gruppensitzung fernzubleiben (ebd.). Kein anderes therapeutisches Angebot im Haus hat diesen Charakter. In diesem Sinne wurde möglicherweise die Gefahr eines Kulturwandels erkannt und von den Mitarbeiterinnen abgewehrt. Hinshelwood und Skogstad unterscheiden in ihren Ausführungen Unternehmenskultur und Managementsystem. Ihr Augenmerk ist vordergründig auf die vorrangige Bedeutung von Angst und die Veränderungen der ursprünglichen Aufgabenstellung bei der Organisationsveränderung gerichtet (2006, 37). Daher bekommt die Angst-Abwehr im Zusammenhang mit der mangelnden Kooperationsbereitschaft und Kommunikationsdefiziten Relevanz.

„Psychotherapeuten, die ambulante Therapiegruppen leiten, handeln autonom: Ihre Fähigkeiten und ihre Entscheidungen bestimmen den Verlauf, die Vorgehensweise und die Resultate der Therapie. Für den Leiter der stationären Gruppe sieht das ganz anders aus“ (Yalom, 1983/2005, 11).

Ich fühle mich dadurch verstärkt in der Verantwortung, die Auswirkungen meines Tuns auch im Kontext der Institution besser zu verstehen. Ebenso wie die Rollenwidersprüche, die sich durch mangelnde Handlungsmöglichkeiten in der bestehenden Organisationsstruktur des Behandlungsangebots nicht aufheben oder zufriedenstellend balancieren ließen. Ich bin Leiterin einer stationären Gruppe, jedoch als extern angestellte Therapeutin nicht in die interne Dienstankettungskette eingebunden. In dieser Situation war mir Ansprechen zwar möglich, direkter einzuwirken leider nicht.

Ich suchte den Kontakt mit den Pflegerinnen der jeweiligen Stöcke, indem ich eine E-Mail an den Pflegedirektor mit verschiedenen Inhaltspunkten verfasste. Mir war besonders wichtig, in dieser Nachricht den Missstand des Holens und Bringens durch die zuständigen Pflegepersonen zu thematisieren. Weitere Anliegen waren: Eine Warteliste von an der Gruppe interessierten Personen anzulegen, da immer wieder Anfragen an mich von unterschiedlichen Pflegepersonen kamen. Wichtig erschien mir auch, das Gruppentherapieangebot in den Teamsitzungen genauer vorzustellen. Ich erhoffte mir dadurch mehr Transparenz und durch die direkte Kontaktaufnahme mehr Unterstützung. Eine Antwort darauf bekam ich nicht. Ich blieb trotzdem zuversichtlich und dachte, die Lage würde sich schon noch zum Besseren wenden.

### Vignette 2

*Im ersten direkten Gespräch mit einer Altenfachbetreuerin nach der 4. oder 5. Sitzung, nachdem ich eine Klientin in ihren Stock zurückgebracht hatte, kam es zu folgendem Dialog: Sie sagte: „Eine andere Klientin hatte heute keine gute Verfassung und außerdem dachte ich mir, es wäre nicht gut für sie gewesen, schon wieder reden zu müssen!“ Daraufhin entgegnete ich ihr, dass es in dieser Gruppe keinen Zwang zum Reden gäbe. Es stehe jedem frei, sich einzubringen und abzuschätzen, was und wieviel gerade notwendig bzw. hilfreich sei. Ich spürte Ärger (wobei ich schon ungehalten war wegen des Mangels an Unterstützung der Gruppe gegenüber) und drückte ihn aus, indem ich sagte: „Es wäre hilfreich für mich, Unterstützung dafür zu bekommen, die Leute zu motivieren und zu bringen. Es wäre fair, dem neuen Projekt, mir, und vor allem angemeldeten Personen in der Gruppe gegenüber, im Haus eine Chance zu bekommen. Sich dagegen zu stellen, finde ich schade.“ Worauf sich die Altenbetreuerin zu verteidigen begann und meinte, sie habe nichts dagegen, aber sie werde ohnehin nicht gefragt, was sie für gut befände und was nicht!*

Ich war getroffen. Mir war nicht klar, wie sehr die Kolleginnen der Pflege die Gruppe und die entstehenden Beziehungen in der Gruppe (mit mir als Leiterin, mit der Co-Leiterin und den Gruppenmitgliedern untereinander) als Bedrohung (für sich selbst und auch für die Klientin) erleben, was ich ihrer Aussage entnahm, sie denke, dass es nicht gut für die Klientin sei, schon wieder reden zu müssen. Mein Ärger in Bezug auf die Unzuverlässigkeit, was die ursprüngliche Vereinbarung bezüglich der Unterstützung betraf, wurde sicherlich auch für sie als Vorwurf spürbar. Konflikte werden ebenso wie Ängste abgewehrt, vor allem wegen der Veränderungen, die im Haus rund um die Gruppe entstehen könnten. Eine grundlegende Missstimmung wird erlebbar, Kommunikationsdefizite entstehen.

Ich erlebte die Abläufe innerhalb der hierarchischen Struktur, der zufolge die Dienstanweisungskette in Bezug auf den Hol- und Bringdienst zur Gruppe funktionieren sollte, und den Versuch des Pflegedirektors, die Mitarbeiterinnen der Institution miteinzubinden und einen kollegialen, offenen und transparenten Führungsstil unter den Betreuerinnen und Stationsschwestern und –pflegern zu etablieren, eher irritierend und unklar. Die mangelnde Kommunikation spiegelt sich in der oben angeführten Vignette wieder. Ich komme erstmals in Kontakt mit einem Dilemma, das durch die Diskrepanzen im Managementsystem und der Unternehmenskultur spürbar wird. Und: „Oft spiegelt die Leitungsfrage Konflikte der Mitarbeiter wieder“ (Yalom, 1983/2005, 32). Ich bin zu diesem Zeitpunkt frustriert und ein Stück geknickt.

„Es ist nicht nur so, dass bestimmte Arbeiten spezifische Ängste und Konflikte implizieren, sondern unterschiedliche Tätigkeiten ziehen auch unterschiedliche Persönlichkeiten mit ihren ganz spezifischen Ängsten, Konflikten und Abwehrmechanismen an. Dies mag zwar für die Arbeit recht hilfreich sein, kann aber auch das Containment von inhärenten Ängsten verhindern und untergraben“ (Hinshelwood und Skogstad, zit. nach Dartington 1994, Roberts 1994b, 2006, 40).

Leider war eine Auseinandersetzung mit der Altenbetreuerin über diese Ängste nicht möglich. In einem entwicklungsfördernden Klima wäre es wünschenswert, dass die Altenbetreuerin eine Ressource in der Gruppenpsychotherapie sähe, gerade weil sich die besagte Klientin so schlecht fühlte. Dafür ist die Gruppentherapie eine optimale Möglichkeit, es finden sich Raum, Zeit und Menschen, die bereit sind für ein Gespräch.

„Betrachten die Stationsleiter das Gruppenprogramm als unwichtig oder gar therapieschädlich, kann man nicht davon ausgehen, dass die Gruppe eine effektive Therapieform darstellt“ (Yalom, 1983/2005, 26).

In der Aussage der Altenbetreuerin ist die Abwehrhaltung zur Gruppenpsychotherapie erkennbar. Yalom schreibt beispielsweise auch über den Frust mancher Pflegepersonen, dass trotz ihrer Fähigkeiten nur wenig vom Prestige und den finanziellen Vorteilen der eigentlichen psychotherapeutischen Berufe für sie abfällt (1983/2005, 37).

„Die Mythen, die die unbewussten Aspekte von Kultur ausmachen, können als spezifische Einstellungen gegenüber der Arbeit verstanden werden“ (Hinshelwood und Skogstad, 2005, 38).

Die Gruppe ist neu im Haus. Es könnten spezifische Ängste der Mitarbeiterinnen mit bestimmten Formen der Arbeit zusammenhängen oder unterschiedliche Arten des Umganges mit Ängsten innerhalb der Unternehmenskultur zu unterschiedlichen Ausprägungen führen. Wie bereits erläutert, scheint es nicht unerheblich, was die Mitarbeiterinnen selbst, die sich zum Pflegeberuf hingezogen fühlen, an persönlichen Ängsten zu bearbeiten haben (ebd.). Ich gehe der Frage nach, welche Gründe noch relevant sein könnten, dass ich so viel Ablehnung, die sich mir durch den Mangel an Kooperation zeigt, erlebe und mir fällt ein, dass Therapie oftmals noch mit Verrücktheit in Verbindung gebracht wird. Assoziationen mit Psychiatrie aus vergangenen Zeiten lösen womöglich in ländlichen Gebieten noch immer tradierte, irrationale Ängste aus. Was sich hier auftut an Unbewusstem, und um mögliche Ängste zu containen und zu erlösen, wäre Kommunikation und Austausch im sicheren Rahmen, einer Supervision beispielsweise, sinnvoll.

### Vignette 3

*Der zweiwöchentliche Rhythmus der Gruppe half dabei, dass sie sich ein Stück weit zu etablieren begann. Die Hol- und Bringsituation blieb jedoch unverändert. Wir bekamen ein Schild an unsere Tür gehängt, worauf stand: „Hier findet gerade eine Gruppensitzung mit Frau Scheuringer statt.“ Es schien so, als würde sich etwas verändern und wir Platz und Raum erhalten, der der Gruppensituation angemessen war. Während einer Gruppensitzung im November ging die Tür auf (nach vorausgegangenem Klopfen), ein Angehöriger einer Gruppenteilnehmerin wollte seine Mutter aus der Gruppensitzung herausholen. Ich reagierte mit einem Nein und sagte, das sei jetzt während der laufenden Gruppe nicht möglich. Meine Reaktion*



*zielte auf die Sicherung des Rahmens, den ich für einen ungestörten Ablauf der Gruppentherapie notwendig hielt. Der Sohn wollte nicht gehen, bestärkt durch eine Altenbetreuerin aus dem zuständigen Stock. Dies veranlasste mich, die Sitzung kurz zu unterbrechen, auf den Sohn zuzugehen und ein klärendes Gespräch am Gang außerhalb des Gruppenraumes zu beginnen. Ich erörtere beiden gegenüber nochmals, dass wir uns gerade in einem Gruppenprozess befänden, der nicht gestört werden solle. Der Sohn entgegnete, dass er nur jetzt Zeit hätte seine Mutter zu besuchen und es bisher immer möglich gewesen wäre, die Mutter (auch aus anderen Gruppen) abzuholen. Der Angehörige und die Altenbetreuerin nahmen meine Einwände auf und meinten, sie würden das beim nächsten Mal berücksichtigen. Seine Mutter kam aus der Gruppe heraus und ging mit ihrem Sohn weg. Ich thematisierte diese Störung im Anschluss in der Gruppe.*

Ich konnte zu diesem Zeitpunkt die Störung des Angehörigen und der Pflegekraft: „Wir holen jetzt die Mutter aus der Gruppe“ nicht positiv beachten (Keil, 2012). Ich war mir des Drucks, den die Mutter, ihr Angehöriger und auch die Pflegebedienstete hatten, zwar bewusst, reagierte vordergründig aber aus meinem Zwiespalt heraus, den Gruppenprozess zu sichern und die Gruppenkohäsion zu halten.

Ich war entrüstet und auch damit konfrontiert, dass es in dieser Kultur möglich ist, Leute aus der Gruppe „einfach“ herauszuholen. Es ist mir im Gespräch am Gang mit dem Angehörigen und der Pflegerin gelungen, klarzulegen, dass sich künftige Besuche nach dem Gruppenangebot orientieren sollten, bzw. falls es nicht anders möglich ist, der Gruppenbesuch von vornherein ausfällt, was bereits bisher auch so gehandhabt wurde.

Ich empfand die Vorgangsweise beliebig und unangebracht, gar übergriffig, auch im Sinne einer moralischen, ethischen Überlegung. Meiner Einschätzung nach bedarf es hierbei der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, wie Selbstbestimmung, Intimität, Individualität und Integrität.

Immer wieder werden wir im Umgang mit alten Menschen an die Grenzen des Handelns geführt, vor allem ist die Gruppentherapie ein wichtiger Versuch, die Menschen aus sich heraus zu verstehen. Es ist auch ein mutiger Versuch, gegen mögliche Erwartungen von Angehörigen und Kolleginnen zu verstoßen (Dörner, 2012, 442). Selbst wenn die Familie eine wichtige Ressource darstellt, sehe ich persönliche Prozesse wesentlich. Hier werden Persönlichkeitsrechte übergangen. Wenn ich davon ausgehe, dass ältere Menschen nicht als Betreuungsfall, sondern als kompetente Bürger betrachtet werden wollen, brauchen sie dazu eine Vielzahl

von Angeboten zur Aktivität, die ihnen dabei helfen, zu wählen und gebotene Chancen zu nutzen (Schützendorf, 2008, 49). Die Vorgangsweise, Angehörige aus diesem autonom gewählten Angebot einfach herauszuholen, kommt gewaltvollen Erziehungsmitteln gleich. Auf der Kommunikationsebene zeigt sich, dass der Sohn und die Pflegerin, einer etablierten Kultur entsprechend, die Mutter aus der Gruppe holen. Sie wollen ihr Verhalten, ohne Rücksprache mit ihr, in eine gewisse Richtung lenken, um ihre eigenen Bedürfnisse (der Sohn hat nur jetzt Zeit, und es war bisher immer so) durchzusetzen. Die Bedürfnisse der alten Menschen werden dabei nicht hinterfragt, mehr noch, sie werden missachtet (Schützendorf, 2008, 63).

#### Vignette 4

*Kurz vor Weihnachten betrat ich den Raum wieder, der seit Monaten der Raum für die Gruppensitzung war. Alle Stühle waren weg! Ich erschrak, in 10 Minuten sollte die Gruppensitzung starten, die Assistentin war krank und so stand ich mit dieser Situation allein da. Eine Pflegebedienstete aus dem Stock, in dem sich auch der Gruppenraum befindet, teilte mir mit, dass alle Stühle des Hauses im Festsaal aufgebaut seien, wo heute die große Weihnachtsfeier (mit den Angehörigen, Freunden und Dorfbewohnern) stattfinden würde. Sie empfahl mir, im Haus noch vereinzelt übrige Stühle zusammenzusuchen. Sie habe keine Zeit mir zu helfen, denn sie sei alleine im Tagdienst, alle anderen Kolleginnen wären mit der Vorbereitung der Weihnachtsfeier beschäftigt.*

Mein erster Schrecken wandelte sich nach dem Gespräch mit der Pflegebediensteten und ich erkannte, dass jetzt Handeln angesagt war. Bevor ich vom 1. bis zum 3. Stock die Stühle und die Gruppenteilnehmerinnen zusammensuchte, wollte ich dem Pflegedirektor diese Situation unmittelbar zur Kenntnis bringen. Ich fand ihn im Haus im großen Saal bei den Weihnachtsfest-Vorbereitungen und konfrontierte ihn direkt mit den Vorfällen. Er reagierte ausweichend und entgegnete mit einem Vorwurf. Er bezog sich auf eine Schilderung eines Gruppenmitglieds, demzufolge in der Gruppentherapie immer nur einer spräche und ich mich auch immer nur auf diese Person einließe. Ich war irritiert und deutete das als eine erneute Abwehr. Ich begegnete ihm in Bezug auf seinen Vorwurf ebenso mit Abwehr. Ich erkannte auch, dass es ihm im Moment egal war, ob die Gruppensitzung stattfand oder nicht, was mich zusätzlich irritierte, und ich ging. Ich nutzte die restliche Zeit zum Zusammentragen der Stühle und zum Abholen der Gruppenteilnehmerinnen, löste mich aus der Irritation und begann danach mit der Gruppensitzung.

Unbewusste Kultur zeichnet sich dadurch aus, dass Aspekte unbewusster Annahmen, Einstellungen und Meinungen hinsichtlich der Durchführung von Arbeitsaufgaben bestehen (Hinshelwood und Skogstad, 2006, 35). „Wir holen alle Stühle im Haus zusammen für die große gemeinsame Weihnachtsfeier“: das zeigt sich in der Vignette als gemeinschaftliche Arbeitspraktik. Diese Vergemeinschaftung zeigt sich auch als Atmosphäre oder emotionale Stimmung, über diese kollektive Atmosphäre wird nicht nachgedacht, sie bleibt gefühlsmäßig und unbewusst (ebd.) Dabei war das, worüber nicht nachgedacht wurde, was unbewusst blieb, mit unangenehmen Folgen für mich verbunden. Ich fühlte mich in Stich gelassen, alleine mit der Gruppe und meiner Verantwortung für sie und mit vielen offenen Fragen, wie es wohl weitergehen könne.

Ich deutete diesbezüglich Kommunikationsdefizite oder Unachtsamkeiten, es fühlte sich auch ein Stück weit wie Sabotage an mir bzw. der Gruppe an. Ich fragte mich, habe ich meine Beobachtungen und Anliegen zu offen und direkt angesprochen oder hätte ich den Pflegedirektor in jedem Fall (siehe Vignette 2) in meine Überlegungen und Handlungen miteinbeziehen sollen? Das Fehlen von Stühlen, als wichtiger Bestandteil eines Gruppentherapieraumes, ist eine Information, die für die Gruppenleiterin relevant ist und die im Vorfeld mit ihr besprochen werden muss. Die Stühle wurden für die große Weihnachtsfeier im Haus gebraucht und werden alljährlich auch aus diesem Raum geholt. Obwohl wir schon seit Monaten in diesem Raum beheimatet waren, sogar ein Schild für die Gruppensitzung angefertigt wurde, hatte keiner an die Konsequenzen für die Gruppe oder mich gedacht. Der vorweihnachtliche Stress hatte alle im Haus erfasst. Es entstand eine Vergemeinschaftung von Verantwortung ohne Rücksichtnahme auf einzel- oder gruppenspezifische Interessen und Bedürfnisse. Für die Teilnehmerinnen der Gruppentherapie hatte dieser Vorfall zur Folge, mit ein paar Minuten Verspätung die Gruppensitzung begonnen zu haben, was mittlerweile schon zum Ablauf der Gruppe gehörte. Die ersten 10 Minuten nannten wir ohnehin schon „Eintrudelphase“, somit hatte sich unsere Gruppensituation bereits auf die Gegebenheiten der vorherrschenden Kultur angepasst.

Ich suchte danach weiter den Kontakt mit dem Pflegedirektor. Meine Unsicherheit nahm zu, die erwünschte Unterstützung der Pflegepersonen blieb aus und auch das anfängliche Vertrauen in den Direktor, dass er im Bedarfsfall auf seine Mitarbeiterinnen einwirke, wurde zusehends zerbrechlicher. Eine weitere Verunsicherung kam dazu, da ich meine Bildungskarenz (was bereits beim Start der Gruppe im August bekannt war) für die anstehende Phase geplant hatte. Dazu hätte

meine Anstellung ursprünglich karenziert werden sollen und es wurde notwendig, Überlegungen anzustellen, wie die Gruppe fortgeführt werden könne. Ich war natürlich sehr darauf angewiesen, dass der Pflegedienstleiter zur Überzeugung der Sinnhaftigkeit gelänge und auch die Notwendigkeit der Fortführung der Gruppenpsychotherapie sähe. Mir wurde immer klarer, dass ich, wie aus den geschilderten Darstellungen, in denen die Auswirkungen auf die Gruppe und der Kommunikation mit den relevanten Personen deutlich wird, mit einer weiteren Unterstützung des gruppentherapeutischen Angebots in der Institution nicht mehr rechnen konnte.

Nach einem Telefonat mit dem Pflegedirektor, in dem ich darum bat, all diese Themen zu überdenken und offene Fragen zur Weiterführung der Gruppe zu klären, erhielt ich eine E-Mail-Nachricht (erst nach 6 Wochen), dass die Kosten für die Gruppentherapie nicht vom Alten-Pflegeheim finanziert würden. Er schrieb, er wäre krank gewesen, deshalb hätte er mich leider nicht früher informieren können. Außerdem habe er, nach Rücksprache mit den Diplomschwestern und –pflegern im Haus, die Fortführung der Gruppentherapie für nicht notwendig erachtet. Ich war enttäuscht über die Form der Rückmeldung, vor allem, dass er mir diese Informationen per E-Mail zukommen ließ und kein persönliches Gespräch mit mir, sowohl über die Vorfälle, als auch über die Fortführung der Gruppe, in Erwägung zog. Dass eine Weiterfinanzierung ebenso keine Option war, hat mich gekränkt. Ich hielt die letzte Gruppensitzung im Februar ab, informierte die Teilnehmerinnen über die Unsicherheit des weiteren Verlaufes jedoch schon im Jänner. Ich verabschiedete mich von den Menschen dort, deponierte mein Bedauern, holte die Rückmeldung von 7 Teilnehmerinnen ein, wovon 3 die Beendigung bedauerten, die restlichen 4 die Beendigung als gegeben betrachteten, und blieb mit meinen Erfahrungen vorerst alleine zurück.

Zusammenfassend wird deutlich, wie sehr Ängste die Kommunikation über Gefühle und Bedürfnisse blockieren und beeinträchtigen. Das gilt sowohl für den Pflegedirektor und die Pflegerinnen, als auch für die Bewohnerinnen, deren Angehörige und für mich als Therapeutin. Das gemeinschaftliche Gefüge ist durch diese Kommunikationsdefizite empfindlich gestört.

## Diskussion

Der Mangel an Kommunikation wird vom Personal erkannt, dessen Mitglieder ja selbst Leidtragende sind (Jones, 1968/1976, 29). „Niemand weiß jedoch, wie dieser

Mangel zu beheben wäre, insbesondere dann nicht, wenn Kommunikationsstörungen zumindest teilweise auf die defensive Haltung von Leuten in Schlüsselpositionen zurückzuführen sind, die sich in ihrer Position der Sicherheit, des Prestiges und der Macht bedroht fühlen“ (ebd.).

Ich sehe eine zeitgemäße gerontologische Arbeit im stationären Kontext ambitioniert im Engagement am Abbau des Abwehrverhaltens sämtlicher Mitarbeiterinnen, v.a. wenn durch diese Abwehr Kommunikationsdefizite entstehen, wie sie in meiner Arbeit erörtert wurden. Dazu wäre eine Abwendung vom traditionellen Paradigma - in diesem Fall sind es hierarchische Strukturen, die nicht funktionieren und zu dysfunktionaler Kommunikation führen - notwendig (Laloux, 2015, 43). Eine Möglichkeit dazu sehe ich in der Kommunikation mit und über die Ängste innerhalb der Organisation, mit den Bewohnerinnen, den Angehörigen und den Pflegebediensteten.

„Angst ist der schäbigste Raum im Haus. Ich möchte, dass Du in einer besseren Umgebung lebst“ (Laloux, zit. nach Hafiz, 2015, 44).

Durch diese Erfahrungen wurde mir sehr deutlich, dass durch das Wirken einer therapeutischen Gruppe im Altenheim viel mehr entsteht als das, was isoliert betrachtet, innerhalb der Gruppe passiert. Normative, wie Verbindlichkeit und emotional sicherer Raum, psychotherapeutische Berufspflichten (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), vor allem die Verschwiegenheitspflicht, geben sehr viel spekulativen Raum über die Geschehnisse in der Gruppe selbst. Pflegebediensteten und Angehörige fühlen sich dadurch womöglich nicht eingebunden.

Die Vorgeschichte dieses Projektes ist ebenso bedeutsam. Mein großes Zutrauen in schon bekannte Personen und Abläufe hat mich vielfach davon abgehalten, klarere und genauere Vereinbarungen zu treffen, Defizite, wie sie sich beispielsweise beim Bringen und Holen der Klientinnen immer wieder darstellten, noch deutlicher aufzuzeigen. Die Tatsache, dass ich als Angestellte eines psychotherapeutischen Dienstleisters in einem Alten-Pflegeheim als Gruppenleiterin tätig war, stellt sich ebenso erschwerend in der Gesamtkonstellation heraus. Der deutsche Psychotherapieforscher Volker Tschuschke postuliert, dass sich das Schicksal einer Gruppe vor der ersten Sitzung entscheidet (Tschuschke, 2003). Bei der Koordination zukünftiger Projekte auf mehr Verbindlichkeit zu setzen, ergibt Sinn.

## Ausblick

Ich meine, dass die Zukunft auf der gerontologischen Abteilung und im Alten-Pflegeheim auch ein Ort der Lebendigkeit sein kann. Damit komme ich zur Auffassung des Psychologen, Psychotherapeuten und Religionswissenschaftlers Marshall Rosenberg (2003/2004), der mit der Entwicklung der gewaltfreien Kommunikation zur Überzeugung gelangt, dass eine bedürfnisorientierte Lebensweise in jeder Altersklasse zu mehr Lebendigkeit führen kann, wenngleich sich im Alter unsere Möglichkeiten allmählich erschöpfen. In Alten-Pflegeheimen Lebendigkeit zu fördern, kann als grober Störfaktor, vor allem für die Pflegepersonen eingeordnet werden. Ebenso die Tatsache, zu investieren: Finanzielle Mittel für Fortbildung, Psychohygiene und Austausch zu lukrieren, sei eine herausfordernde Aufgabe, Altern und Sterben sollten nichts mehr brauchen. Vorsicht vor frustrierender Konfrontation ist geboten!

Aus diesen Erfahrungen und der daraus gezogenen Kenntnis über Ängste und Abwehrmechanismen der untersuchten Organisation und ihrer Kultur möchte ich weiterdenken und daher komme ich noch einmal auf eine sozialpsychiatrische Perspektive zurück, die die therapeutische Gemeinschaft skizziert. Maxwell Jones beschreibt seine ersten Erfahrungen damit, wie Patientinnen und Pflegepersonal gleichermaßen miteinbezogen wurden als für jedermann von größtem Interesse, v.a. wie man durch Zuhören, Interaktion und begriffliches Erfassen lernt (1968/1976, 9 - 10). Die Kommunikation bekommt einen wichtigen Stellenwert.

Napolitani (1963) definiert therapeutische Gemeinschaft als eine spezielle sozialpsychiatrische Einrichtung, in der die Behandler und die Patientengruppe einen einzigen koordinierten Organismus mit einem gemeinsamen therapeutischen Ziel zu bilden versuchen (Kayser et al. 1973/1980, 3). Ziel könnte sein, die in der Arbeit herausgearbeiteten Ängste, wie

5. Angst vor Neuem, Angst vor Veränderung;
6. Angst vor Machtverlust – Verlust von Zugehörigkeit und Ansehen;
7. Angst vor Konkurrenz und Überforderung – Selbstverlust;
8. Angst vor dem Alter, Kranksein, Sterben, Tod – Verlust; Verlust, der Identität durch Ausgrenzung;

zu thematisieren und neben der therapeutischen Arbeit gemeinschaftliche Gruppenprozesse zu initiieren, die sich dem Containen, dem Austausch und der Bewältigung dieser Ängste annehmen.

Empathie könnte ihre Wirksamkeit entfalten, damit Gefühle, vor allem die Ängste, in der Gemeinschaft erlebbarer und spürbarer werden. Dazu wären unterschiedliche Gruppen, die einen sicheren Raum bieten zur Selbstexploration (Rogers, 1959/2009) und Selbsterfahrung fördern, gute Möglichkeiten. Eine Ergänzung dieser visionären Vorstellung in Alten-Pflegeheimen könnte an gängige Pflegekonzepte der Mäeutik<sup>28</sup>, der Validation<sup>29</sup> und auch der personenzentrierten Pflege (Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010) anschließen. Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg, 2003) könnte sowohl als Reflexions- und Selbsterfahrungsmethode, vor allem als gemeinschaftsfördernde Kommunikation, einen wichtigen Beitrag in den Konzepten für zukünftige Projekte in Alten-Pflegeheimen leisten. Die vier Schritte der Methode: Beobachten, ohne zu bewerten, Gefühle erspüren und benennen, Bedürfnisse erkennen und ausdrücken, Bitten formulieren, verbindet in Theorie und Praxis alle in dieser Arbeit angeführten theoretischen Konstrukte. Empathisches Verstehen führt zu einem offeneren, verständnisvolleren Umgang im Miteinander. Menschen, die im modernen Paradigma leben und arbeiten, die Welt unterschiedlicher Möglichkeiten erfahren, sind bereit den Status quo zu hinterfragen und Vorschläge zu formulieren, die Verbesserungen bringen. Führungskräfte moderner Organisationen werden nicht müde zu erklären, dass Veränderung und Innovation keine Gefahren sind (Laloux, 2015, 25).

Supervisionen und fachliche Diskurse, wie sie in Tageskliniken oder im Kontext der Sozialpsychiatrie als Psychoedukationseinheiten zu finden sind, sind ebenso förderlich für die Kommunikation, in der gemeinsames Lernen, Wachsen und Weiterentwicklung das Ziel ist.

## Resümee

Ein angemessenes Containment von Ängsten und Konflikten innerhalb der Institution ist natürlich positiv für die Arbeit mit den Patienten oder Klientinnen und gleichzeitig gut für das Personal und dessen Arbeitszufriedenheit (Hinshelwood und Skogstad, 2006, 41).

Abgesehen von den Möglichkeiten, die sich über eine Veränderung des Klimas und der Kultur zeigen würden, wäre eine Verbesserung der Lebensqualität jeder

---

<sup>28</sup> Mäeutik heißt „Hebammenkunst“ und ist ein ebensolches Pflege- und Betreuungsmodell (Cora van da Kooij, 2010).

<sup>29</sup> Validation heißt „für gültig erklären“ und ist ein gängiges Pflege- und Betreuungskonzept (Naomie Feil, 1992).

einzelnen Person, die im Altenheim lebt und arbeitet, möglich. Auch die Angehörigen, die darauf angewiesen sind, dass die Familienmitglieder gut versorgt und sicher sind, würden davon profitieren. „Was die Betreuung in den Pflegeheimen betrifft, so haben die Gestaltung der Umgebung und die organisatorische Struktur einen erheblichen Einfluss auf die mögliche Unabhängigkeit des Einzelnen“ (Morten, 1999/2002, 232).

Mein Ansatz beginnt bei der Integrationsleistung des Einzelnen, ausgehend von der Gruppentherapie, die ermöglichen soll, dass Erfahrungen (gekoppelt an das Gefühlserleben und mit Bedürfnissen in Kontakt kommen) integriert werden können, die sich vielleicht erstmals in der sicheren Umgebung einer Psychotherapiegruppe zeigen. Mit gezielten Schulungsmaßnahmen in verschiedenen, unterschiedlichsten Gruppenkonstellationen (gemeinsam mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Pflegepersonen) könnte die Kommunikation so gefördert werden, dass ein besseres Verständnis aus der Entfaltung des Einzelnen heraus zu einem gedeihlichen Miteinander werden und wachsen kann.

In der bereits im Text vorgestellten Studie von Christiane Bahr (2015, 160 – 168) hält diese in ihrem Resümee nach einer Umfrage unter den Mitarbeiterinnen in Leitungsfunktionen fest, dass deren Tätigkeit mit zahlreichen Belastungsfaktoren verbunden sei, welche nicht selten zu einer Störung der individuellen Work-Life-Balance führten. Zur Behebung geeignet wäre folgendes gezieltes Aufbauprogramm mit bewusster Stärkung positiver Aspekte: Persönliches Empowerment, Stärkung der Kommunikation und eine wohltuende, inspirierende, humorvolle, tiefsinnige sowie gerontologisch innovative Weiterentwicklung ihrer Arbeit im Seniorenheim (ebd.).

Mit diesem Resümee und ausgehend von meinen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen schließe ich in der Hoffnung, Menschen zu finden, die sich der Lebendigkeit stellen, gerade in einer Lebensphase, in der sie kaum Platz findet.

An dem Tag, wenn der Tod an deine Tür klopfen wird,  
was wirst du ihm anbieten?  
Ich werde meinem Gast  
das volle Gefäß meines Lebens vorsetzen.  
Ich werde ihn nicht mit leeren Händen gehen lassen.  
Tagore<sup>30</sup> (2013, 90)

---

<sup>30</sup> Tagore – bengalischer Dichter und Philosoph (19. und 20. Jhdt.).



## Literatur

Bahr, C. (2015). Nachhaltig führen. *Person*, 19, 2, 160 – 168.

Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates (2012).

Dörner, K. (2012). Der alte Mensch. In K. Dörner, U. Plog, C. Teller & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich* (S. 423 - 447). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Feil, N. (1992). *Validation – ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen*. Wien: Verlag Altern und Kultur.

Hinshelwood, R. D. & Skogstad, W. (2006). Zur psychosozialen Dynamik in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Freie Assoziation, Zeitschrift das Unbewusste in Organisation und Kultur*. 9, 2. 29 – 42.

Hirsch, H. D., Bruder, J. & Radebold, H. (2002). *Suizidalität im Alter*. Bornheim-Seckem: Chudeck Druck.

Jones, M. (1976). *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern: Verlag Hans Huber.

Kayser, H. & Krüger, Damaschke, K. & Haerlin, C. & Holland-Moritz-Krüger, K. & Lellau, E. & Mävers, W. & Petersen, P. & Rohde, M. & Rose, H.-K. & Theine, G. & Veltin, A. & Zumpe, V. (1973/1980). *Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*. (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.

Keil, W. (2012). Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen. [http://www.pca-acp.ch/resources/W\\_Keil\\_Zuerich\\_20121.pdf](http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf) [zuletzt abgerufen am 17.6.2017].

Laloux, F. (2015). *Reinventing Organisations*. München: Verlag Franz Vahlen.

Menzies, I. (1959/1988). *The functioning of social systems as a defense against anxiety. A report on a study of the nursing service of general hospital*. In: Menzies Lyth, I. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays*. Bd. I. London (Free Association Books), S. 43 – 85. Dt.: (1974) Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. *Gruppendynamik* 5, S. 183 – 216.

Miller, E. I. & Gwynne, G. V. (1972). *A life apart*. London: Tavistock.

Morten, I. (2002). *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1999: *Person-Centred Approaches to Dementia Care*. Bicester-Oxon: Winslow Press).

Napolitani, F. (1963). *Die Führung einer psychiatrischen Krankenabteilung mit Hilfe von Patienten anstelle gelernter Pflegekräfte*. Ref. Samml. 16, Münster: Gütersl. Fortb. Woche.

Pörtner, M. (2010). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Prince, M., Prina, M. & Guerchet, M. (2013). *Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. Executive Summary. (World Alzheimer Report 2013)*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013ExecutiveSummary.pdf> [abgerufen am: 28.11.2017]
- Roberts, V. Z. (1994a): Till death us do part: Caring and uncaring in work with the elderly. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (Hrsg.), *The unconscious at work*. (S. 75 – 83). London: Routledge.
- Rogers, C. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Orig. erschienen 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework*).
- Rogers, C. R. (2012). *Der neue Mensch*. (9. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. erschienen 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton and Mifflin Company).
- Rosenberg, M. B. (2004). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. (4. Auflage). Paderborn: Junfermann. (Orig. erschienen 2003: *Nonviolent Communication. A Language of Life 2nd*. Encinitas/Kalifornien: Puddle Dancer Press).
- Scheuringer, A. (2017). Protokoll des Scheiterns. Eine Aufarbeitung in schriftlicher Form. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schützendorf, R. (2008). *Das Recht der Alten auf Eigensinn*. (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Snijders, H., Liteaer, G. (2014). Gruppenpsychotherapie. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 187 – 199). Wien: Springer Verlag.
- Tagore (2013). *Gitanjali. Gebete, Lieder und Gedichte*. Köln: Anaconda.
- Tschuschke, V. (2003). *Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis*. Wien: Springer.
- Van der Kooij, C. (2010). *Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wolfersdorf, M., Mauerer, C., Bär, W., Le Pair, A., Schüler, M. (2002). Suizidalität im Alter: Grundlagen und therapeutische Möglichkeiten. In R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Suizidalität im Alter*. (S. 141 - 167). Bornheim-Secktem: Chudeck Druck.
- Yalom, I. D. (1983/2005). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. (4. Auflage). München: Random House. (Orig. erschienen 1983: *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.)