



Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler (Hrsg.)

Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen. Ein Praxishandbuch

GwG-Verlag, Köln 2012, 320 Seiten, br., 21,90 €
(Mitglieder der GwG: 17,00 €)
ISBN 978-3-926842-51-0

Mit dem von Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler herausgegebenen Praxishandbuch „Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen“ ist nun endlich ein notwendiges, vielleicht sogar überfälliges Werk verfügbar, das die Essentials der personzentrierten Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen unter den verschiedensten Aspekten herausarbeitet.

Eingangs gibt *Wolfgang Bensel* einen Überblick über die historische Entwicklung der Suchttherapie in Deutschland unter besonderer Beachtung von Elementen der personzentrierten Therapie, mit denen der Leser an dieser Stelle einführend vertraut gemacht wird. Der von Rogers begründete Ansatz der Aktualisierungstendenz wird in Beziehung gesetzt zu dem salutogenetischen Konzept von Antonovsky, dessen ressourcen- und fähigkeitsorientierter Ansatz sich auch in der derzeit aktuellen internationalen ICF wiederfindet. Bensel betont, dass eine der wichtigsten Ressourcen für einen Änderungsprozess in jedem Fall die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten darstellen.

Der Wirkfaktor Beziehung als eines der wesentlichen Charakteristika der personzentrierten Beratung und Behandlung wird auch in dem Beitrag von Ulrich Bretschneider sehr deutlich. Unter Bezugnahme auf seine Herkunftsfamilie, die im Blauen Kreuz in der ehemaligen DDR ehrenamtlich überaus engagiert war, beschreibt er Aspekte einer christlich orientierten Suchtselbsthilfe und arbeitet hier die Gemeinsamkeiten von christlicher Ethik und personenzentriertem Menschenbild heraus. Ulrich Bretschneider regt mit seinem Erfahrungsbericht die Beantwortung der höchst individuellen Frage an: „Wie sehr möchte ich beim Helfen dem Menschen persönlich begegnen?“. Er betont dabei jedoch auch, dass diese Frage von jedem personzentrierten Therapeuten zwar individuell zu klären sei, dass die Antwortmöglichkeiten jedoch, je nach individueller Einschätzung sehr unterschiedlich sein dürfen.

In seinem zweiten Beitrag stellt *Wolfgang Bensel* die personzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit dar. Er führt aus, dass in der Weiterentwicklung des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes von Carl Rogers eine eigene wissenschaftlich fundierte Störungslehre entstanden sei und davon ausgehend eine Anzahl störungsspezifischer Therapieansätze. Dabei bleibt die personzentrierte Therapie dem Anliegen von Rogers treu, den emanzipatorischen Leitgedanken mit der Betonung von Selbstbestimmung, Selbstentscheidung und Selbstverwirklichung der Person in den Mittelpunkt zu stellen. Das bei einem störungsspezifischen Vorgehen empfohlene Therapeutenverhalten sei im Vergleich zu dem klassisch rogerianischen Ansatz jedoch zielorientierter und in gewissem Sinn auch direkter. Durch so genanntes additives Therapeutenverhalten können störungsspezifische Probleme gezielter bearbeitet werden als durch den ursprünglich universellen Ansatz. Als für die störungsspezifische Behandlung grundlegendes Verständnismodell geht Bensel kurz auf das inkongruenztheoretische Modell der Sucht ein und wendet sich dann den therapeutischen Vorgehensweisen der Suchtbehandlung zu bei der, ganz im Sinne von Carl Rogers einführendes Verstehen, bedingungs-freies Akzeptieren und Echtheit, die Haltung der Bejahung, des Geltenlassens und der liebevollen Zuwendung die Grundlage jedweden therapeutischen Vorgehens bildet. Der Therapeut sagt Ja zur Person, aber Nein zu dem Suchtmittel, er lässt seinem Klienten jedoch die Wahl, sich auf das Therapieziel der dauerhaften Suchtmittelfreiheit einzulassen oder einen anderen Weg zu gehen. Der personzentrierte Therapeut schafft förderliche Rahmenbedingungen und ist bestrebt, seinem Patienten dessen Schlüsselthema der Ambivalenz erfahrbar und verbalisierbar zu machen. Bensel stellt klar, dass das Erleben von Ambivalenz Bestandteil eines jeden vertieft durchlebten Veränderungsprozesses sei und dass es somit nicht hilfreich sei, dieses per se als suchttypisches Abwehrverhalten zu klassifizieren. Vielmehr sei es notwendig, die Fähigkeit des ambivalenten Klienten zur Selbstbestimmung zu betonen und in die Aktualisierungstendenz der Person zu vertrauen. Das damit verbundene „Loslassen“ in der Suchtbehandlung bedeute gleichermaßen für den Klienten als auch für den Therapeuten eine Herausforderung, der sich zu stellen es sich allerdings lohne. Im Verlauf der Suchtbehandlung gehe es darum die Wahrnehmung jener Persönlichkeitsanteile zu fördern, die der Abhängigkeitsentwicklung zu Grunde liegen und in deren Verlauf nicht zur Bewusstwerdung zugelassen wurde. Die Therapieziele auf die Verringerung, Tolerierung oder Auflösung der Inkongruenz, die die Symptome der Störung bedingen. Zu fördern sei die Entwicklung der Selbstempathie und es ist Raum zu geben für eine selbstverzeihende, jedoch auch Verantwortung übernehmende Haltung des Klienten. Am Beispiel der Rückfallprävention und -bearbeitung macht Bensel klar, dass es längst zum Standardrepertoire jedes sachkundigen Behandlers gehöre, den Klienten auf den Umgang mit Rückfallgefahren vorzubereiten, Verbote zu erkennen und Notfallstrategien zu entwickeln im Sinne eines störungsbezogenen Vorgehens. Dabei sei es jedoch

ebenso wesentlich die an der Person und deren Erleben orientierte Grundhaltung zu wahren. Erst die ausgewogene Kombination beider Interventionsformen trage zum Gelingen der jeweiligen Therapie oder Beratung bei.

Dirk Fiedler führt das personzentrierte Konzept der Motivierenden Gesprächsführung von Miller und Rollnick konzeptionell ein und stellt seine Interventionsprinzipien dar, die gezielt auf ambivalent erlebte Inkongruenzen von Klienten mit Suchtproblemen ausgerichtet sind. Er betont in seinem Beitrag die mehrfache Bedrohung des Selbstkonzeptes durch die Sucht und ordnet die Suchtentwicklung als Störung der Persönlichkeitsentwicklung ein. Die Inkongruenzen einer Person, welche zur Suchtentwicklung geführt haben, werden durch diese nicht etwa aufgelöst, sondern vervielfältigt. Dies gelte es in der Therapie einführend zu verstehen, dem Klienten erlebbar zu machen, ihm Hilfestellung zur Verbalisierung und Symbolisierung zu geben und ihn dabei zu begleiten, die Inkongruenzen zu reduzieren.

Jobst Finke beginnt seinen Beitrag der störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie der Alkoholabhängigkeit mit dem Hinweis darauf, dass Rogers nahe gelegt habe, dem Klienten jenseits seiner Störung zu begegnen, in ihm vor allem das Humanum, den allen Menschen gemeinsamen Wesenskern zu sehen und anzusprechen. Finke relativiert jedoch, dass dieser Position zuzustimmen sei, wenn sie nicht in einer absoluten, quasi radikalen Weise vertreten werde. Dann allerdings dürfe neben dieser personorientierten Perspektive auch eine störungsbezogene Sichtweise Geltung beanspruchen. Denn der personzentrierte Ansatz müsse, sofern er sich unter anderem als ein Psychotherapieverfahren verstehe, die Störung/Krankheit des Klienten und ihre Heilung in den Blick nehmen. Man könne diese heilkundliche Dimension nicht völlig ausklammern, wenn man bestrebt sei im Diskurs wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren anschlussfähig zu bleiben. Diese Position knüpfe an die Diskussionen um eine differentielle klientenzentrierte Psychotherapie an, wie sie schon in den 70er Jahren geführt wurde. Sie sei typischerweise mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Ziel- und Technikorientierung verbunden, d. h. es werden über allgemeine Zielsetzungen (wie die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung) hinaus, in Abhängigkeit von der jeweiligen Störung spezifische Zwecke bzw. Ziele und Subziele definiert und Mittel zur Zielerreichung konzipiert. Das Wissen um zentrale Erlebensaspekte, um die Schlüsselthemen der Störung verbessere die Empathiefähigkeit des Therapeuten in Bezug auf die speziell vorliegende Problematik des Patienten und führe zur Ableitung spezifischer Therapieziele. Finke ist ein Verfechter von Handlungskonzepten als Mittel zur Zielerreichung und stellt dabei dar, dass für eine am Leitbild der angewandten Wissenschaften orientierte Heilkunde das Beschreiben von zielführenden Handlungsregeln unumgänglich sei. So könne auch einer willkürlichen Beliebigkeit des therapeutischen Handelns vorgebeugt werden, die sich schnell ergäbe,

wenn sich der Therapeut nur auf seine Einstellungen bzw. seine Haltungen zu berufen brauchen um damit jedes Handeln rechtfertigen zu können. Die im Zentrum der Theorie der Gesprächspsychotherapie stehenden Kernmerkmale seien keine Verhaltens- oder Handlungsmuster sondern Einstellungen bzw. Haltungen des Therapeuten. Im Sinne einer Heilkunde als angewandte Wissenschaft könne das Realisieren dieser Einstellungen aber nicht generell der Intuition und dem impliziten Änderungswissen des Therapeuten überlassen bleiben. Vielmehr sei dieses Wissen im Beschreiben von Handlungsregeln zur explizieren. Diese Regeln stellten jedoch keine starren Anweisungen dar, die schematisch zu befolgen seien, sondern sollten Leitlinien sein, an denen das therapeutische Vorgehen sich orientieren könne, die jedoch vor einer behandlungspraktischen Beliebigkeit bewahrt. Finke leitet dazu an, dass der Therapeut seine eigene Resonanz auf die Person des Klienten wie auf die Störung als solche reflektiert, dass er in verschiedenster Hinsicht gegenüber sich selbst wachsam ist und auch die Suchtthematik im Fokus seiner Aufmerksamkeit behält. Zentrales Element des störungsspezifischen Vorgehens bei Alkoholabhängigkeit ist der spezifische Kenntnissgewinn, welche Bedeutung und Funktion die Droge in dem individuellen Fall hatte um dem Patienten einen Prozess zaghafter Selbstauseinandersetzung zu ermöglichen, wobei auch seine Stärken entdeckt und anerkennend hervorgehoben werden sollten. Ein besonderes Feingefühl brauche der Therapeut, um die manchmal fast antinomisch zueinander stehenden Prinzipien des bedingungsfreien Akzeptierens, einführenden Verstehens mit der Echtheit, dem Beziehungsklären und Selbstöffnen „dialektisch auszubalancieren“. Es sei wichtig, dass der Therapeut seine Realität dosiert und behutsam einbringe. Ausführliche und geduldige Auseinandersetzung mit dem Symptomverhalten stehe bei Abhängigen auch im Dienste einer Rückfallprophylaxe. Es gehe darum, gerade die individuellen Risikofaktoren ebenso detailliert wie erlebnisaktivierend zu erarbeiten und jene Erlebnisweisen, die unmittelbar einem Rückfall folgen zu gegenwärtigen. Bewältigungstechniken auf der Verhaltensebene sollten vermittelt werden. Hier gehe es darum zusammen mit dem Klienten zu klären, was er unmittelbar tun solle, wenn er deutlichen Trinkdruck spürt oder wenn es zu einem Rückfall gekommen ist.

Gert-Walter Speierer stellt das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) in der Suchtkrankenbehandlung dar. In der Terminologie des DIM ausgedrückt seien biologische sowie störungsdispositionelle, einschließlich teilweise vererbter Faktoren, Lebensereignisse mit und ohne sozialen Komponenten und sozialkommunikativen Erfahrungen, bei Abhängigkranken mit unterschiedlicher Gewichtung als Inkongruenzquellen bedeutsam. Die psychosoziale Inkongruenzentstehung in Form von Wertschätzungs-, Empathie- und Kongruenzdefiziten erscheinen häufiger als nachrangige denn als vorrangige Störungursache. Genau so stehen nach Finke im Inkongruenzerleben der PatientInnen oft nicht persönlich verantwortete und verant-

wortbare Erfahrungen im Vordergrund, sondern dominieren psychosozial bedeutsame Lebensereignisse und Veränderungen der Lebenssituation. Zur Pathogenese der Sucht geht das DIM davon aus, dass der Konsum psychotroper Substanzen als Versuch gesehen werden könne, das Erleben von Inkongruenz zu unterdrücken. Es sei ein ständiger Versuch Scheinkongruenz zu erreichen. Diese Pseudobewältigung von konflikthaftem und nicht-konflikthaftem Inkongruenzerleben stelle einen Teufelskreis dar, der in die Abhängigkeit führe. Die Therapie der Abhängigkeitserkrankungen wird nach den Phasen von Feuerlein eingeteilt. Als spezifische Diagnostik wird die Inkongruenzanalyse aufgeführt. Die personbezogenen störungsspezifischen Wirkungen der Behandlung beinhalten die Abnahme der Belastung durch Inkongruenzquellen, die Abnahme der Inkongruenzsymptome, die Zunahme von gesunden persönlichen Ressourcen und selbstkongruenten Erfahrungen. Ziel ist es, dass das Erleben, das Erleben der süchtigen Person wieder selbstverträglich wird, dass Selbstempathie und Empathie sich verbessern, dass die Selbstaufrichtigkeit und Aufrichtigkeit anderen gegenüber wächst, dass das Verlangen nach psychotropen Substanzen verringert wird, das Krankheitswissen verbessert ist, angemessenere Inkongruenzbewältigungsstrategien auf der kognitiven, emotionalen und der Handlungsebene verfügbar sind und eine Inkongruenztoleranz für jedem menschlichen Erleben unvermeidbare selbstinkongruente Erfahrungen entstehe. Im besonderen Fall der Abhängigkeitserkrankungen gehöre dazu, das süchtige Verlangen anzuerkennen und fähig zu werden, ihm zu widerstehen. In seinem Beitrag geht Speierer auch auf empirische Untersuchungsergebnisse zur Inkongruenzdynamik bei Gruppen von Suchtpatienten ein und er stellt zwei Kasuistiken dar.

Klaus Bieber verwendet für den im Deutschen wenig ausdrucksstarken Begriff der Kongruenz die Metapher eines ruhigen und kraftvollen Stromes, der mit gesammelter Kraft gleichsam Schiffe tragen, Wüsten bewässern und Mühlen antreiben könne. Biebers Überlegungen gründen auch auf dem Werk der deutsch-jüdischen Philosophin Edith Stein, die sich der gleichen Sicht wie Roger verpflichtet sah, die den Personen, Dingen und Erscheinungen Respekt und Wahrheit entgegenbringt anstatt sie vorschnell zu bewerten und einzuordnen. Ein zentraler Ansatz der personenzentrierten Therapie ist bei sich selbst Heimat zu finden und Selbstentzweiung zu überwinden. Weiterhin habe der Begriff der Kongruenz große Nähe zu dem hebräischen Begriff Schalom, der sowohl den inneren als auch den äußeren Frieden beschreibe, Ganzheit, Integrität und Wohlbefinden. Im Zustand der Kongruenz erlebe die Person eine tiefe Berührung mit der Kraft des Lebens. Ausgehend von diesem philosophisch-existential fundierten Begriff der Kongruenz beschreibt Bieber sehr anschaulich das Inkongruenzerleben als Zustand, in dem das Sein eben nicht einem ruhigen kraftvollen Strom gleiche, sondern in viele vereinzelte Läufe unterteilt und durch Strömungshindernisse geschwächt sei.

Die erste Quelle des Stromes, sein Ursprung, sei die psychobiologische Ausstattung des Menschen, (nach dem DIM die organismische Aktualisierung und Bewertung). Die zweite Quelle stellen die frühen verinnerlichten Elternnormen und -bewertungen dar. Eine dritte Quelle seien spätere Lebensereignisse, die der einzelne mache (sie werden im DIM als Lebenserfahrungskonstrukte bezeichnet). Die organismische Bewertung, die Wertintentionen und die Lebenserfahrungskonstrukte bilden zusammen das Selbstkonzept. Gibt es nun eine grundsätzliche Übereinstimmung innerhalb des Selbst, so fließen diese, bildlich gesprochen, zusammen und es entsteht ein Strom, der Zustand der gesammelten Kraft. Gibt es starke Widersprüche zwischen den Bestandteilen des Selbst, kommt kein starker Strom zustande, denn die Wasserarme fließen nebeneinander her. Hier spricht Bieber von dem Zustand der Selbstentzweiung. Bieber erwähnt die Unterscheidung zwischen einer Konfliktinkongruenz, bei der es zu dieser Selbstentzweiung aufgrund von inneren Konflikten kommt und der Stressinkongruenz, wobei Erleben und Erfahrungen eine Person und ihr Selbstverständnis als Ganzes unerträglich belasten.

Bieber beschreibt, dass der Mensch so konstruiert sei, dass er zum Zustand der gesammelten Kraft immer wieder finden könne. Diese organismische Selbstaktualisierungstendenz habe selbstregulative, Fehler verzeihende und Selbstheilungspotentiale, zitiert Bieber im Rückgriff auf Speierer. Suchtmittel allerdings wirken sich nicht heilend aus, obwohl der Süchtige damit Widersprüche und Inkongruenzen überwinden möchte. Sie hindern den Betroffenen daran, Konflikte auszuhalten und zu bearbeiten und verstärken somit mittelfristig den Zustand der Inkongruenz. So wird eine Selbstheilung blockiert und der Zustand der Selbstentzweiung verstärkt. In der Therapie der Sucht geht es darum unter Suchtmittelabstinenz die Verletzungen, Ängste, Enttäuschungen, die Wut und Trauer des Menschen aufzusuchen, diese anzunehmen und zu bearbeiten, damit er seinen Lebensfluss reinigen, begradigen, vertiefen oder auch verflachen kann, je nach persönlicher Entwicklung. Ziel der Therapie ist es, die Persönlichkeit zu gesundem Wachstum anzuregen, der möglichen Selbstentzweiung auf die Spur zu kommen, sie zu beenden und durch die gesammelte Kraft des wiedervereinigten Selbst zu ersetzen. Der Therapeut sei in der Rolle des Fördermittelgebers, der dosiert Zuwendung und Förderung an den Klienten weitergebe. Es gehe bei diesem Ansatz nicht in erster Linie um die Anwendung von Techniken – auch nicht von Gesprächstechniken. Diese seien auch wichtig, aber nachgeordnet und im Dienst eines höheren Wertes. Es gehe darum, den Menschen wertzuschätzen, zu lieben. Der Therapeut richte seine gesammelte Kraft auf den Klienten und diene ihm damit.

Thomas Reuland stellt die personenzentrierte Suchttherapie bei Drogenabhängigkeit dar. Der Drogenabhängige verfolge das Ziel durch die vorhersehbare Wirkung des Suchtmittels Kontrol-

le über seine emotionale Dynamik und Desorganisation zu gewinnen. Eine Störung der Symbolisierung liege vor, wenn sehr wesentliche Inhalte der organismischen Erfahrung überdauernd, nur noch verzerrt oder gar nicht symbolisiert und damit nicht wahrgenommen werden können. Bei der Beschwerden-symbolisierung bleiben die entsprechenden organismischen Bedürfnisse und Affektlagen der Selbsterfahrung und der positiven Gewährwerdung entzogen. Die Folgen sind geringe Offenheit, geringe Selbstregulation, unverständliche Aktionsimpulse und Kontrollverlustserfahrungen. Diese tiefe, meist chronische Beeinträchtigung der Symbolisierungsfunktion führt zu primärer Inkongruenz, die sich häufig bei Personen mit schwerstgradiger Drogenabhängigkeit findet, die durch exzessiven, meist polyvalenten Drogenkonsum einen starken Reizfilter benötigen, um ihr strukturell defizitäres Selbst vor einer Überflutung inkongruenter Erfahrungen zu schützen.

Bei der abwehrenden Verarbeitung bzw. verzerrten Symbolisierung, geht es um einen fehlerhaften Übersetzungsprozess, wobei das Ich an sich intakt ist und sich im Bemühen, sich intakt zu halten, bestimmte Informationen durch Verzerrung oder Verfälschung abwehren muss. Diese sekundäre Inkongruenz gründet also eher in einem Funktionsdefizit eines strukturell an sich intakten Selbstkonzeptes und findet sich tendenziell eher bei Personen mit Suchtmittelmissbrauch und monovalenten Konsummustern. Eine Unvereinbarkeit von Strukturelementen des Selbstbildes bei Süchtigen basiert auf dem ständigen Wechsel des nüchternen und süchtigen Erlebens- und Erfahrungsmodus, der grundsätzlich gänzlich unterschiedliche organismische Erfahrungen oszillierend aktiviert und aktualisiert. Die Bildung von adaptiven, realistischen, kompromissbildenden Lebenserfahrungskonstrukten sowie entsprechender Selbstbewertungsmaßstäbe im Selbstkonzept ist daher nach Reuland bei Drogenabhängigen kaum möglich und begründet ein strukturelles Defizit. Reuland unterscheidet folgende Phasen der Drogenberatung und -therapie: Clearing und Informationsvermittlung, Beratungsphase, Psychodiagnostik mit Anamnese, Inkongruenzanalyse, ggf. psychometrischen Testverfahren, Behandlungsplanung, und Durchführung der Behandlung, bei der es um die Bearbeitung der verschiedenen Inkongruenzen geht (primäre Inkongruenz, sekundäre Inkongruenz, lebensereignisbedingte Inkongruenz, dispositionelle Inkongruenz, sozialkommunikative Inkongruenz, Konfliktinkongruenz). Die Inkongruenzanalyse beinhaltet folgende Aspekte: entwicklungspsychologische Ausrichtung, ätiologisch-nosologische Orientierung, phänomenologische Sichtweise und personenzentrierte Betrachtung. Reuland plädiert für die Erstellung individueller differenzierter Therapieziele und die Aufstellung eines adäquaten Behandlungsplanes. Ein Schwerpunkt der Behandlung bildet die Bearbeitung automatischer Gedanken, die in ihren emotionalen Konsequenzen zu schwer aushaltbaren Gefühlen führen, weiterhin ist die Aufarbeitung der Vorgeschichte des lebensgeschichtlichen Hintergrundes des Patienten häufig

notwendig. Reuland geht auf die Macht automatischer irrationaler und katastrophisierender Gedanken ein und weist auf die Notwendigkeit, diese einer Bearbeitung zugänglich zu machen. In seiner Beschreibung des personenzentrierten Vorgehens bei Drogenabhängigkeit ist eine Falldarstellung eingewebt.

Frank Gauls vermittelt Wissen über das pathologische Glücksspielen, einer Störung im Grenzbereich zur Sucht und stellt dabei frühkindliche Beziehungserfahrungen und Traumatisierungen als häufige Ursachen des Krankheitsbildes dar. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Substanzabhängigkeit werden aufgeführt. Auf sozialrechtliche Rahmenbedingungen wird eingegangen. Der Behandlungsansatz wird durch ein Fallbeispiel veranschaulicht.

Ernst Kern sieht als mögliche Motivation zum Suchtmittelkonsum die Suche nach Intensität (Rauscherleben) und die Vermeidung negativer Gefühle. Im Suchtverhalten sieht er einen Versuch Spannungen zu reduzieren und zu regulieren, wobei die Fähigkeit normale Spannungsauslässe ohne Suchtmittelkonsum zu tolerieren und zu regulieren immer mehr verloren geht. Sehr anschaulich stellt Kern verschiedene Vorgehensweisen zur Spannungsregulation mit Hilfe der Atmung, mit Achtsamkeits- und Aufmerksamkeitslenkung, durch verbesserten Bodenkontakt und durch Aufbau und Loslassen von muskulärer Spannung dar. Er beschreibt Erste-Hilfe-Strategien in Cravingsituationen durch Hervorrufung starker Körperempfindungen, das Wiederfinden von Lebensqualitäten im Alltag über Achtsamkeit, körperbezogene Selbstwahrnehmung, Verbesserung und Aufbau von Selbstwert, den Umgang mit negativen Emotionen. Dabei bleibt er durchgängig dem Konzept der personenzentrierten Therapie verbunden. Er stellt dar, dass es wichtig ist, das Erleben des Klienten aus ihrer körperlichen Fundierung heraus zu verstehen, dies bedeutet die vorsprachlichen, emotional atmosphärischen und implizit motorischen Anteile der Person stärker in die Einfühlung mit einzu beziehen. Die mitschwingende Frage des Therapeuten ist dabei – Was hat dieser Mensch erlebt, um zu dieser Sicht und zu diesen Erlebnismustern zu kommen? – und auch – Was hat er atmosphärisch erlebt, was hat sein Körper erlebt? Wie hat sich seine Erfahrung körperlich und affektiv in ihm niedergeschlagen? In der Anamnese wird auch die Biographie des Körpererlebens mit bedacht: Wie wurde in der Ursprungsfamilie mit Körperkontakt umgegangen? Gab es gute, nährenden Berührungen oder gab es schlechte, bedrohliche Erfahrungen? Kern stellt dar, dass Selbstwert in der Wahrnehmung der eigenen körperlichen Befindlichkeit (dem Felt Sense nach Gendlin) und der Entscheidung diese Wahrnehmung auch ernst zu nehmen wurzelt. Ausführliche Körperreisen, Malen eines Körperbildes, tanz- und bewegungstherapeutische Angebote können die Wahrnehmung und den Selbstwertaufbau weiter fördern. Es gilt den Körper als Träger der Gefühle und Empfindungen wahrzunehmen und als wichtigste Informationsquelle dafür, wie es uns mit etwas geht. Aus personenzentrierter Sicht versuche man eher auf den erlebenden Anteil zu zentrieren und Muster aus ihrer Ge-

wordenheit als Schutz- und Überlebensmechanismen zu validieren. Das menschliche Gegenüber in Form des Therapeuten muss die Emotion interessiert und akzeptierend aufnehmen und verstehen können. So können gemeinsame affektive Zustände zustande kommen. Die Patienten können erleben, dass sie beim Gegenüber einen Eindruck machen, dass der Therapeut auf sie reagiert, dass er sie in ihrem So-Sein und ihrer Not wahrnimmt. Insofern ist es unabdingbar, dass in der personzentrierten Therapie der Therapeut sehr echt und präsent ist. Kern betont, dass es in der Therapiesituation ein mit seinem Körper verbundenes und körperlich da seiendes Gegenüber braucht, damit sich der Klient wirklich gefühlt und gemeint erleben und seine Selbstursächlichkeit im zwischenmenschlichen Bereich aufbauen könne. Das ganzheitliche hin und her Schwingen zwischen einem präsenten und resonanten Therapeuten und den KlientInnen stellt auch den interaktionellen Kern des Gefühls von Selbstwirksamkeit dar. Personzentrierte Körperpsychotherapie im Sinne von Ernst Kern ist keine völlig eigene Therapieform, sondern immer eine den Körper einbeziehende Therapie, die sich selbstverständlich mit dem allgemeinen personzentrierten Vorgehen verbindet.

Andreas Heinz stellt die Arbeit mit Angehörigen im Kontext einer Suchtberatungsstelle aus personzentrierter Sicht dar. In einer ambulanten medizinischen Rehabilitation sind 10% der gewährten Therapieeinheiten für Bezugspersonen vorgesehen. Heinz beschreibt, dass das Anliegen des Angehörigen zum einen Hilfe für seinen Partner, sein Kind, sein Elternteil, dem relationalen Teil seiner Person sei, zum anderen leide er selbst jedoch an der Suchterkrankung seiner Bezugsperson, dies betrifft den individuellen Teil seiner Person. Die personzentrierte Beratung müsse beide Anliegen des Angehörigen im Blick haben. Es werden die verschiedenen Phasen beschrieben, die der Angehörige durchläuft von der Phase des Schocks über Kontroll- und Rettungsversuche bis hin zur Hilfesuche, zu den ausbrechenden Emotionen, der Akzeptanz und Trauer und schließlich der Neuorientierung des Angehörigen. Es geht darum, ihn in diesem Prozess zu begleiten mit dem Ziel, dass er sich mehr an sich selbst, seinen Bedürfnissen und seinen Interessen orientiert, dann gebe es auch eine neue Orientierung innerhalb der Beziehung zu dem Suchtkranken. Die Schlüsselthemen der personzentrierten Beratung von Angehörigen ergeben sich zum einen aus der nahen Beziehung zu einem Suchtkranken und der darin liegenden Dynamik, aber auch aus der Persönlichkeit des Angehörigen und nicht zuletzt durch die Art und Entwicklung der Suchterkrankung selbst. Verändern findet durch Verstehen und Empathie statt. Der Berater von Angehörigen nimmt die Perspektive des Klienten ein und lenkt durch geduldiges und beständiges Nachbilden des Erlebens den Fokus auf die Person des Angehörigen und sein Erleben. Es geht darum durch fortschreitendes Verstehen einen Sinnzusammenhang herzustellen, der unbedingt notwendig sei, um die Beziehung, ihre Geschichte und die Stelle des Angehörigen zu begreifen. Im Verborgenen lägen die emotionalen Inhalte des

Angehörigen, die hinter seinem bisherigen, teilweise jahrelangem Kampf und der Verantwortungsübernahme für den Suchtkranken lägen. Durch Stärkung und Vertiefung der Selbstexploration tauche die eigene Geschichte des Angehörigen auf. Die Aufmerksamkeit gehe dabei mehr und mehr vom Suchtkranken weg hin zu der individuellen Thematik des Angehörigen. Im Rahmen dieses Prozesses geschehe es dann, dass die Geschichte, die Bedeutung und die Perspektive der Beziehung in einem verstehenden Sinnzusammenhang gesehen und betrachtet werden könne und der Angehörige sich neu in seiner Beziehung zum Suchtkranken orientieren könne. Spätestens mit dieser Neuorientierung fänden unausweichliche Veränderungen für den Suchtkranken statt. Die Inkongruenz des Angehörigen bestehe darin, sich so sehr mit seiner suchtkranken Bezugsperson identifiziert zu haben, dass er seine eigenen Entfaltungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichend sehen können bzw. darin blockiert gewesen sei. Zu beachten sei auch, dass es mitunter sehr schambesetzt sei, einen suchtkranken Angehörigen zu haben. Die wertschätzende Haltung des Beraters besitze die Kraft, das verzweifelte Bemühen und den Kampf des Angehörigen zu würdigen. Die personzentrierte Beratung von Angehörigen arbeite mit dem System und es gebe wesentliche Zusammenhänge zwischen systemischen Vorgehensweisen und dem personzentrierten Ansatz. So sähen beide beispielsweise die Person immer auch als eine Person in Beziehung. Die Aktualisierungstendenz des einzelnen entspreche der Fähigkeit von Systemen zur Selbstorganisation. Heinz hält längere konstruktive Paargespräche in dem Fall für sinnvoll und notwendig, wenn der Suchtkranke die Abstinenz erreicht hat und das Paar sich in der Beziehung neu orientieren muss. Er fordert ein spezielles eigenständiges Vorgehen in der Beratung von Kindern aus suchtbelasteten Familien. Kinder und jugendliche Angehörige seien in der alltäglichen Beratungsarbeit nicht sichtbar. Hier gebe es jedoch spezielle Projekte, denen diese Kinder zugeweiht werden könnten. Am Ende seiner Ausführungen erinnert Heinz daran, dass es wichtig bleibe das personzentrierte Menschenbild im Blick zu behalten und die sich daraus ergebende staunende Offenheit für den jeweils anderen zu erhalten. Dieses sei insbesondere in der Beratung von Angehörigen in ihrer spezifischen Komplexität enorm hilfreich.

Wolfgang Bense schließt mit seinem Beitrag über die vielfältigen Potentiale personzentrierter Gruppentherapie das Buch ab. Hier geht es ihm darum, den Organismus Gruppe als Ganzes im Blick zu haben, die Gruppe als Ort für neue Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und Behandlung von Leiden zu betrachten. Er geht auf den äußeren Rahmen, die Zusammensetzung der Gruppe und Gruppenregeln ein, auf die Wirkfaktoren im Sinne Irvin Yalom. Der im Rahmen einer Gruppentherapie sich vollziehende Prozess des gemeinschaftlichen Suchens nach Verstehen stifte Beziehung, was als ein weiterer eigenständiger und wichtiger Wirkmechanismus anzusehen sei. Die Erfahrung des gesellschaftlichen Bezugsenseins werde in der Gruppe ermöglicht und

damit auch das Gefühl der individuellen Verlorenheit und Verlassenheit überwunden. Die Gruppe sei damit eine Antwort auf die Zeitgeiststörung der Vereinzelung. Sie biete ein ideales Erfahrungsfeld für interpersonales Lernen, sei gleichermaßen ein geschütztes Labor und reales soziales Gefüge. Sie sei nur beginnend Alltagsrealität, gleichwohl ermögliche sie die Erfahrung von Lebenswirklichem und Lebenswichtigem in einem besonderen Schutzraum. Der Einzelne könne hier seine Aufmerksamkeit auf seine Kompetenzen und Stärken zunehmend besser ausrichten. Dies setze eine Gruppenkultur voraus, die auf Ressourcen und nicht auf Defizite fokussiert sei. Über das Erleben mitfühlenden Verstehens durch die Gruppe komme das personenzentrierte Therapieprinzip der Empathie auf tiefgreifende und eindrückliche Weise zum Ausdruck. Der Patient erfahre solidarische gegenseitige Hilfestellung, eine Identifikation mit gleichermaßen Betroffenen, die Erfahrung der Universalität des Leidens, gemeinsame Hoffnung und Zuversicht, Zuwendung, Zugewandtheit und Bestätigung. Gut gemeinte Ratschläge seien zwar in der Regel kontraproduktiv, bestimmte psychoedukative Maßnahmen seien jedoch durchaus angebracht, insbesondere wenn die Information durch andere Gruppenmitglieder erfolge. Insgesamt benötige der Organismus Gruppe ein ausreichendes Potential an interaktionaler Fähigkeit, das nicht alle Teilnehmenden in gleichem Umfang mitbringen müssen. Aufgaben des Therapeuten seien strukturgebende Maßnahmen, die Etablierung von Regeln, die der Therapeut organisch entstehen lassen und deren Einhaltung er selbst leben solle. Kontraproduktiv sei ein „machtvoll abwartendes Schweigen“ des Therapeuten zu Anfang des Treffens. Viel sinnvoller erscheine es jeweils gemeinsam abzustimmen, wer für sich Zeit braucht und welche Themen behandelt werden sollen. Die Aufgabe des Gruppentherapeuten dürfe sich niemals in der Rolle des passiven Begleiters erschöpfen. Er gestalte vielmehr aktiv einen Prozess und habe dabei auch im Blick welche Zeitreserven für die angestrebten Ziele noch verfügbar seien. Der Organismus Gruppe werde sich dann entfalten, wenn die Teilnehmenden sich in ihrer Gruppe sicher fühlten und ohne Angst vor verletzender Bewertung äußern könnten. Im Zentrum solle niemals die Konfrontation stehen sondern vielmehr die Vermittlung von Unterstützung, Geborgenheit und Kohäsion. Feindseligkeiten sei entgegenzuwirken. Sich selbst in den jeweiligen Beziehungen wahrzunehmen und dort, wo erforderlich, als eigene Erfahrung dies anzusprechen, sei eines der wichtigsten Instrumente im gruppentherapeutischen Arbeiten. Der Gruppenleiter fungiere hierfür auch als Modell. Er habe die Prozessverantwortung und wird von Bensel als Facilitator betrachtet. Seine Aufgabe sei es, den Gruppenprozess zu unterstützen und zu erleichtern. Konkret meine dies Offenheit, Einfühlungsvermögen, Nähe, unterstützendes Verhalten, aber auch den kongruenten Ausdruck von Ärger und Unstimmigkeiten zu unterstützen. Der Fokus einer personenzentrierten Gruppe richte sich auf das Hier und Jetzt und nicht auf das Damals und Dort. Gemeinsam gehe es auch darum existentielle Fragen zu erforschen, z. B. auf den Umgang mit Schuld.

Klienten mit bedingungsfreier Akzeptanz zu begegnen, bedeute nicht selbst wertfrei zu sein. Bensel geht im Gegenteil davon aus, das es hilfreich sei, im Sinne einer personalen Begegnung die eigenen Werte, dort wo es für den therapeutischen Prozess förderlich sei, transparent zu machen. Die Teilnehmenden einer Suchtgruppe eine die Gemeinsamkeit des abhängigen Erlebens. Auch die positiven Erfahrungen mit dem Suchtmittel sollten gewürdigt werden und wie bei jedem Abschied gehe es auch darum zu trauern. Autonomie- und Abhängigkeitswünsche seien erst zu nehmen, der Rückfallangst durch entsprechende symptomorientierte Maßnahmen zu begegnen und dem Patienten zu verdeutlichen, dass abhängig sein bedeute, dass der Mensch über sich entscheiden lasse, im Zustand der verlorenen Kontrolle sei. Ausstieg aus der Sucht bedeute hingegen eine Entscheidung zur Selbstverantwortung. Im Folgenden beschreibt Bensel symptomorientierte Vorgehensweisen mit so genannten erlebnisaktivierenden Erfahrungsangeboten zu suchttypischen Schlüsselthemen, die flexibel in der jeweils passenden Situation eingesetzt werden könnten. Im Gegensatz zu einem fertigen Manual handele es sich um ein an der Person des Therapeuten und seinem persönlichen Stil ausgerichtetes Handwerkszeug. Je nach Notwendigkeit könnten hier körpertherapeutische Angebote, Rollenspiele, vielleicht auch eigens entworfene Arbeitsblätter oder anderes mehr zum Einsatz kommen. Im Folgenden beschreibt Bensel einen Intensivgruppentag, einen Brief an das Suchtmittel, ein Dialog mit dem Suchtmittel und das erlebnisaktivierende Angebot „Einen Rückfall bauen“. Er schließt seine Überlegungen mit der Ausführung, dass es viele weitere Beispiele für erlebnisaktivierende Gruppenangebote gäbe, auf deren Darstellung an dieser Stelle nicht eingegangen werden könne. Es bedürfe sorgfältiger Reflektion zu überprüfen, welche Angebote eine personenzentrierte Gruppentherapie sinnvoll unterstützen oder ihren Intentionen ggf. auch zuwiderlaufen. Schließlich gibt Wolfgang Bensel einige Hinweise, wie man personenzentrierte Gruppentherapie erlernen kann.

In der zusammenfassenden Wertung handelt es sich bei dem Praxishandbuch von Bensel und Fiedler um ein sehr lesenswertes und gut lesbares Werk, bei dem die einzelnen Beiträge sorgfältig aufeinander abgestimmt sind und sich ergänzen. Redundanzen werden weitestgehend vermieden. Dies lässt auf einen intensiven Einsatz der Herausgeber schließen und ist in einer Zeit häufig rasch zusammengestellter Herausgeberwerke inzwischen leider eine Rarität geworden. Das Buch verdeutlicht die Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie nach Rogers, bereichert um einen störungsspezifischen Ansatz, jedoch ohne dass das Wesentliche, das Herzstück, dieser Therapieform dabei verloren gegangen wäre: die Person, der Mensch und die Beziehung zu ihr bleiben im Mittelpunkt. Deutlich wird, dass die einzelnen Autoren mit etwas unterschiedlicher Gewichtung auf Konzepte und therapeutische Vorgehensweisen anderer Therapieschulen zurückgreifen. Dies wird z. B. bei dem differentiellen Inkongruenzmodell im Hinblick auf die kognitive Verhaltenstherapie oder bei

der Arbeit mit Angehörigen in Bezug zur systemischen Therapie deutlich. Dies ist sinnvoll, denn das Rad muss nicht immer wieder neu erfunden werden und im Sinne einer allgemeinen Psychotherapie nach Grawe können die therapeutischen Verhaltensweisen, die sich inzwischen langjährig bewährt haben, durchaus miteinander kombiniert werden. Der Leser empfindet es als Klarheit stiftend, wenn die einzelnen Autoren ihre „Anleihen“ aus anderen Therapieschulen explizit machen und auch Unterschiede in der Anwendung verdeutlichen.

Die Lektüre der personenzentrierten Beratung und Behandlung von Suchtstörungen ist nicht nur für die Berater und TherapeutenInnen sinnvoll, die ausschließlich oder hauptsächlich personenzentrierte Therapie anwenden. Sie kann auch durchaus gewinnbringend gelesen werden für die Schüler und Anhänger anderer Therapieschulen, denn schulenübergreifend wird eine Therapie nur so gut sein können, wie die therapeutische Beziehung es ist. Von der personenzentrierten Psychotherapie können alle anderen Therapieschulen lernen, dass es darum geht, den Menschen im Mittelpunkt zu sehen und therapeutische Techniken nie losgelöst von den Gegebenheiten dieser therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt einzusetzen.

Vielleicht wird die nächste Auflage dieses wertvollen Buches durch einige neurobiologische Aspekte bereichert werden können, denn neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Selbstaktualisierungstendenz nicht ohne ein entsprechendes neurobiologisches Korrelat ist, so dass man davon ausgehen kann, dass dem Personenzentrierten Ansatz neben seinen lang wahrgenommenen Wurzeln im Bereich der Philosophie und Psychologie noch ein neurobiologisches Standbein erwächst. Insgesamt ist dieses Werk für den, der in der Beratung und Therapie von Suchtkranken bzw. deren Angehörigen tätig ist, ohne jede Einschränkung zu empfehlen.

Dr. med. Monika Vogelgesang