

Es wird niemals das Gleiche sein

- **Wie können wir die Humanistische Psychotherapie bewahren?**

Dieser Beitrag wendet sich an alle, denen die Humanistische Psychotherapie in ihrer Unverwechselbarkeit und Einzigartigkeit (immer noch) und trotz aller widrigen Umstände am Herzen liegt und an Ausbildungsteilnehmerinnen, die sie kennenlernen wollen. Er möchte eine Diskussion über die aktuelle Situation der Humanistischen Therapie in unserem Land anregen und die Wichtigkeit begründen, sie als eigenständige therapeutische Grundorientierung zu bewahren.

Die Weiterexistenz der Klientenzentrierten Therapie (und der Humanistischen Psychotherapie insgesamt) ist in Deutschland durch die gesundheitspolitische Situation massiv bedroht. Nach einer quantitativen Analyse wird verdeutlicht, wie die Verhaltenstherapie auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie alle anderen Verfahren verdrängt. Diese missbräuchlichen Okkupationsbestrebungen der VT werden anhand von zwei Buchpublikationen (Lammers, 2015; Wendisch, 2015) dargestellt. Zugleich wird verdeutlicht, dass die Humanistische Psychotherapie eine unverwechselbare Grundorientierung ist, die ihren Geist und ihre Wirksamkeit verliert, wenn sie unter dem Dach der Verhaltenstherapie zu einem Bestandteil einer Allgemeinen Psychotherapie werden sollte. Dieser Verdrängungsprozess ist nur durch eine gemeinsame, zeitnahe und offensive Bekämpfung der drohenden psychotherapeutischen Monokultur in Deutschland zu verhindern. Es werden mögliche Lösungswege vorgeschlagen.

(Leser/innen, die sich nicht für alle in diesem Beitrag behandelten Aspekte interessieren, können sie ohne großen Informationsverlust überspringen).

Die Humanistische Psychotherapie droht aus der psychotherapeutischen Landschaft unseres Landes zu verschwinden

- 1. aufgrund machtpolitischer und finanzieller Interessen,**
- 2. durch die zunehmenden, unbehinderten und missbräuchlichen Okkupationsbestrebungen der Verhaltenstherapie auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie,**
- 3. wenn es nicht gelingt, die Einzigartigkeit der Humanistischen Psychotherapie als Grundorientierung hervorzuheben und zu schützen.**

Zu These 1 – Die Humanistische Psychotherapie droht aufgrund machtpolitischer und finanzieller Interessen aus der psychotherapeutischen Landschaft unseres Landes zu verschwinden:

Das Psychotherapeutengesetz von 1999 setzte einen Prozess in Gang, der zur Verdrängung der Humanistischen Psychotherapie aus Praxis, Lehre und Forschung führt. Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes war die Gesprächspsychotherapie in Deutschland das am häufigsten angewandte Therapieverfahren (Kindler et al., 1997). Heute ist die weitere Existenz der Klientenzentrierten Therapie in unserem Land aufgrund der gesundheitspolitischen Situation bedroht (Biermann-Ratjen & Eckert, 2017). Von den 4 psychotherapeutischen Grundorientierungen – Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, Humanistische Psychotherapie und Systemische Psychotherapie – wurden aufgrund von machtpolitischen und finanziellen Interessen nur die ersten beiden Verfahren sozialrechtlich anerkannt. Die Gesprächspsychotherapie (und auch die Systemische Psychotherapie) sind vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als wissenschaftliche Verfahren anerkannt worden. Das heißt, theoretisch

kann man in diesem Verfahren die Approbation erlangen. Praktisch ist dies jedoch nicht möglich, weil nach Ablehnung der Kassenzulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die drei staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für Gesprächstherapie ihre Ausbildungsangebote mangels Nachfrage eingestellt haben. Die fehlende Kassenzulassung kommt einem faktischen Berufsverbot gleich. Denn sowohl in der Ausbildung als auch nach Erlangung der Approbation können diese Kolleg/innen nicht Existenz sichernd arbeiten. Gegen diese Ungleichbehandlung von Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren, das nicht sozialrechtlich anerkannt ist, in der Ausbildung und von approbierten PP mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie bezüglich der Möglichkeiten einer Berufsausübung ist juristisch Widerspruch erhoben worden. Die Entscheidung steht derzeit noch aus (Biermann-Ratjen & Eckert, 2017).

Die Folge ist: Psychotherapie basiert derzeit im deutschen Gesundheitssystem nur noch auf zwei Paradigmen, dem verhaltenstherapeutischen und dem psychodynamischen. Wenn man sich die Situation an den Universitäten ansieht, so ist laut Jochen Eckert (2012) absehbar, dass sich auch dies bald ändern wird: 2009 waren von den 47 Lehrstühlen für Klinische Psychologie und Psychotherapie 42 mit Vertretern der Verhaltenstherapie, 4 mit Psychoanalytikern und 2 mit Gesprächstherapeuten besetzt. 2012 waren noch 2 Psychoanalytiker und 0 Gesprächspsychotherapeuten Lehrstuhlinhaber. 2009 waren 68 Prozent der Ausbildungsteilnehmer/innen in einer Ausbildung mit Schwerpunkt VT; heute sind es bereits ca. 80 Prozent und sogar bei den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen bereits 75 Prozent. Dieser Anteil nimmt kontinuierlich zu und wird weiter steigen, wenn die vom Bundesgesundheitsministerium favorisierte Direktausbildung für Psychotherapeuten – analog der Mediziner Ausbildung – kommt. Zwar sollen in einem Studium „Psychotherapie“ alle 4 psychotherapeutischen Grundorientierungen gelehrt werden – aber wie soll das aussehen, wenn es keine humanistisch orientierten und bald auch keine psychodynamisch orientierten Lehrstuhlinhaber/innen mehr gibt? Soll die humanistische Psychotherapie dann von Verhaltenstherapeuten gelehrt werden – schlimmstenfalls als integraler Bestandteil der VT? In diesem Fall würde die Humanistische Therapie durch den fremden Kontext bis zur Unkenntlichkeit verändert werden. Oder werden Lehrende für Humanistische Psychotherapie und andere Verfahren aus dem Ausland importiert? Im Jahr 2011 waren die sechs Herausgeber der einflussreichen Zeitschrift *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Göttingen: Hogrefe) ausnahmslos verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Unter den 29 Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats dieser Zeitschrift findet sich nur eine einzige Person, die nicht Verhaltenstherapeut/in ist: ein psychoanalytischer Arzt. Auch an den Standardlehrbüchern der Klinischen Psychologie ist diese Entwicklung abzulesen.

Am 19.1.2018 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach 6-jähriger „Prüfung“ der Humanistischen Psychotherapie die Anerkennung als wissenschaftlichem Verfahren zur Patientenbehandlung verweigert. Im WBP gibt es derzeit keinen einzigen Vertreter aus dem Bereich der Humanistischen Psychotherapie! Damit wird die Humanistische Psychotherapie auch nicht als Vertiefungsverfahren für die Psychotherapieausbildung empfohlen.

Dieses Gutachten ist in hohem Maße sachwidrig (siehe zum Beispiel die Stellungnahme der *Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie vom 17.2.2018*, die den Antrag auf Anerkennung gestellt hatte), verletzt wissenschaftliche Standards und ist machtpolitisch motiviert. Dieser Beschluss wird – wenn er unangefochten bleibt – verheerende Auswirkungen auch auf Lehre und Forschung haben. Und hier beißt sich die Katze in den Schwanz: Eine psychotherapeutische Grundorientierung, die von Forschung und Lehre nahezu ausgeschlossen wird, kann ihre Versorgungsrelevanz nicht mehr nachweisen. Verheerend ist diese Entwicklung auch für die Klientinnen und Klienten, die unter Umständen keine für sie geeignete Psychotherapie bekommen werden. Denn in dieser Diskussion bleibt von den Vertretern der Verhaltenstherapie gern eines der wichtigsten Ergebnisse aus der Therapieforschung unerwähnt: Wichtiger als die generelle Wirksamkeit eines bestimmten Therapieverfahrens ist die Frage der differentiell-

len Indikation, insbesondere der Passung zwischen Therapeut/in und Klient/in auf persönlicher Ebene und bezgl. des gewählten Therapieverfahrens (Orlinsky & Howard, 1987). Auch von daher ist es notwendig, dafür Sorge zu tragen, dass alle vier Grundorientierungen der Psychotherapie an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilhaben können. Eine Therapieabbruchrate von mindestens 20 Prozent (Grawe et al., 1994, S. 726) – die Angaben schwanken zwischen 18-68 Prozent – weisen darauf hin, dass die Ansprechbarkeit für ein bestimmtes Therapieverfahren bei Therapiesuchenden sehr unterschiedlich ist.

Hinter dieser Entwicklung stehen – neben der gelebten Überzeugung für die gewählte Grundorientierung - handfeste Interessen: die Besetzung von Lehrstühlen und Dozentenstellen an den Universitäten und Honorarinteressen derjenigen, die an VT-Ausbildungsinstituten tätig sind.

Soweit die quantitative Analyse der Situation.

Zu These 2 – Durch die zunehmenden, unbehinderten und missbräuchlichen Okkupationsbestrebungen der Verhaltenstherapie auf dem Weg zu einer Allgemeinen Psychotherapie soll der Nachweis erbracht werden, dass die Humanistische Grundorientierung inhaltlich überflüssig geworden ist:

Im Folgenden geht es um den qualitativen, inhaltlichen Prozess der Verdrängung der Humanistischen Psychotherapie in unserem Land. Immer wieder ist die Rede davon, den „Schulen-Streit“ oder Verfahrens-Streit in der Psychotherapie zu beenden. Welchen Streit? Es gibt, wie auch Jochen Eckert (2012) feststellt, keine Konkurrenz mehr zwischen den Therapieverfahren, „sobald die Verhaltenstherapie alle bestehenden Ansätze in irgendeiner Form integriert und damit den Nachweis für deren Überflüssigkeit und für den eigenen Alleinvertretungsanspruch geführt hat.“ Eckert kommt zu folgendem Schluss: „Die Vertreter der Verhaltenstherapie haben sich nicht nur die Klinische Psychologie an den Universitäten einverleibt, sie werden auch die ambulante Psychotherapie schlucken (damit auch die psychodynamischen Ansätze; *Anmerkung der Verf.*). Wir steuern m. E. unaufhaltsam auf eine psychotherapeutische Monokultur zu.“ In der Verhaltenstherapie ist zunehmend die Tendenz zu beobachten, eine „Allgemeine Psychotherapie“ (u. a. Grawe 1994; 2004; Wendisch 2015) anzustreben. Nun könnte man annehmen, dass unter dem Dach einer Allgemeinen Psychotherapie jede Grundorientierung – mit ihren spezifischen Verfahren - zum Wohl aller anderen Richtungen erhalten bliebe. Das aber ist damit nicht gemeint. Es geht um eine Abkehr (bzw. Verschmelzung) von psychotherapeutischen Grundorientierungen hin zu einer Orientierung an empirisch gewonnenen (sehr) allgemeinen Wirkfaktoren wie der therapeutischen Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Klärung und Problembewältigung (Grawe 1994; 2004). Die daraus abzuleitenden, effektbasierten Behandlungsstrategien und Interventionen gründen in der psychologischen und neurobiologischen Grundlagenforschung. Eine solche Konzeption lädt geradezu dazu ein, Methoden, die sich als wirksam erwiesen haben, ohne Rücksicht auf ihren theoretischen Hintergrund und ihr Menschenbild eklektisch zu nutzen. Genau dies geschieht in vielen neueren Konzeptionen der Verhaltenstherapie; auch das Konzept von Grawe ist verhaltenstherapeutisch fundiert. Wer sich mit der Konzeption von Grawe kritisch auseinandersetzen möchte, sei an dieser Stelle auf einen Diskussionsbeitrag von Werner Eberlein (2014) hingewiesen. Gerade auch mit Blick auf die machtpolitischen Verhältnisse in unserem Gesundheitssystem können wir kein Interesse an der Entwicklung einer „Allgemeinen Psychotherapie“ haben. Von der humanistischen Therapietradition blieben in diesem Fall Module oder „Bausteine“ übrig, die eklektisch eingesetzt würden – also die notwendige Einheitlichkeit von Menschenbild, Theorie und Praxis vermissen ließen. Eine derartige Konzeption von Psychotherapie muss das Einzigartige und Differentielle zugunsten des Allgemeinen minimieren – sonst wäre sie sinnwidrig.

Wenn vom „Parteien-Streit“ gesprochen wird, ist damit in der Regel ein Austausch unterschiedlicher Positionen gemeint, nicht jedoch die Etablierung eines Ein-Parteien-Systems (auch diese Monokulturen haben der Menschheit nichts Gutes gebracht). Augenscheinlich handelt es sich hierbei weniger um Integrationsversuche, sondern eher um eine stille Okkupation fast aller anderen Ansätze durch die Verhaltenstherapie. Der Vorteil einer Strategie der stillen Aneignung ist: Man muss noch nicht einmal jemanden offen bekämpfen.

Die Wirksamkeit der Humanistischen Psychotherapie – vor allem der Gesprächspsychotherapie und ihrer neueren Entwicklungen – ist international zweifelsfrei belegt (siehe z. B. Eckert et al., 2012). Daher wird ein Ausschluss der Humanistischen Psychotherapie aus dem Versorgungssystem aufgrund mangelnder Wirksamkeitsnachweise auf Dauer vermutlich nicht haltbar sein. Wesentlich bedrohlicher für diese Grundorientierung ist die missbräuchliche *inhaltliche Okkupation* humanistischer Konzepte, Begrifflichkeiten und Methoden durch Vertreter der Verhaltenstherapie. Missbräuchlich ist zum einen der Diebstahl geistigen Eigentums, zum anderen die Verfälschung humanistischer Konzepte und Vorgehensweisen durch die Verlagerung in einen fremden Kontext. Auf diesem Wege sollen zum einen Defizite der VT überwunden und zum anderen die Humanistische Psychotherapie (auf lange Sicht auch die Psychodynamische und Systemische Psychotherapie) in unserem Land für die Versorgung psychisch kranker Menschen überflüssig gemacht werden.

Dieser leise und schleichend vonstattengehende Prozess soll beispielhaft an zwei Buchpublikationen veranschaulicht werden.*

„Emotionsfokussierte Methoden – Techniken der Verhaltenstherapie“ (Lammers, 2015):

Claas-Hinrich Lammers beschreibt folgende „emotionsfokussierte Techniken“: Emotionsplan, Emotionsanalyse, Stressregulation, Achtsamkeit, Akzeptanz und Toleranz, Bedürfnisanalyse von Emotionen, Emotionsfokussierte Gesprächsführung – hierunter wird u.a. Focusing subsumiert, Imagination, Emotions-Exposition, Positive Emotionen und Ressourcenaktivierung, Emotionsregulation durch Kognitionen, Emotionsregulation durch Verhaltensänderungen, Emotionsregulation durch Emotionen, Selbstbezogenes Mitgefühl, Stuhltechniken und Expressives Schreiben. Bei der Darstellung des „Fallkonzepts für emotionsfokussierte Strategien“ führt er aus: „Fernab spezieller Konzepte der therapeutischen Verfahren der sog. Dritten Welle werden emotionsfokussierte Techniken in die bekannten störungsspezifischen Fallkonzepte und Manuale der kognitiven Verhaltenstherapie eingebettet.“ (S. 47). Wesentliche emotionsfokussierte Verfahren können nach Lammers in einem Emotionsplan zusammengefasst werden, wie er u. a. im Ansatz von Greenberg konzeptualisiert werde:

„Dieser Emotionsplan besteht aus einem Ablauf an Techniken, die aufeinander aufbauen und beim Erleben einer Problememotion in der genannten Reihenfolge durchgeführt werden sollten:

- Stressregulation bzw. Entspannung
- Bewertungsfreie, achtsame Wahrnehmung der Emotion/Emotionstoleranz
- (radikale) Akzeptanz und Emotionstoleranz
- Emotionsanalyse
- Kognitive Neubewertung und Verhaltensänderung.

Der hier vorgestellte Ablaufplan der Emotionsregulation dient somit der strukturierten, situativen Bearbeitung bzw. Regulation von problematischen Emotionen in Problemsituationen. Zuvor muss der Patient aber die einzelnen Teile getrennt voneinander erlernen und einüben, um diese dann im Rahmen des Emotionsplans effektiv einsetzen zu können. So kann beispielsweise die Technik der Akzeptanz oder der Emotionsanalyse nicht innerhalb einer Therapie-stunde vermittelt und erlernt werden...“ (S. 69).

Der Autor postuliert hier eine starke Ähnlichkeit der Emotionsfokussierten Therapie (auf die Leslie Greenberg immer häufiger reduziert wird) mit seinem Modell der Emotionsverarbeitung: „Das Konzept der Emotionsfokussierten Therapie“, so Lammers, „verfolgt eine Veränderung von maladaptiven Emotionen durch deren erlebnisbasierte Prozessierung hin zu deren Überlagerung durch das Erleben von adaptiven Emotionen. Hierzu müssen zunächst die sekundären Emotionen und die assoziierten Bewältigungsstrategien geklärt und bearbeitet werden und der Patient im Kontakt mit seinen maladaptiven primären Emotionen sein. Ebenfalls muss er vor einer weiteren emotionalen Verarbeitung die primäre Emotion gemäß den Kriterien der Emotionsanalyse akzeptiert und verstanden haben und sich über seine Neuorientierung im Klaren sein.“ (S. 163). „Mit Hilfe der Emotionsanalyse“, so Lammers, „lernt der Patient eine bewusste, strukturierte und zielorientierte Auseinandersetzung mit seinen Emotionen.“ (S. 72).

Der Autor geht mit keinem Wort darauf ein, dass das Vorgehen von Greenberg (siehe unten) auf *Prozessorientierung* basiert und im Rahmen einer Klientenzentrierten Beziehung stattfindet.

Auch die Beschreibung von Focusing (siehe unten) als Bestandteil der Verhaltenstherapie klingt befremdlich und macht einmal mehr die Verstümmelung humanistischer Haltungen und Konzepte deutlich, wenn sie aus ihrem Kontext gerissen werden: „Ursprünglich als eigenständiges Therapiekonzept von Gendlin (1998) entwickelt, lässt sich das Focusing aber auch als Technik zur Emotionsaktivierung und –identifizierung in der KVT einsetzen.“ (S. 123). „Beim Focusing wird der Patient unterstützt, sein inneres Erleben, seine leibliche Befindlichkeit, den sog. Felt Sense, angesichts einer Situation, eines Themas, eines Problems aufmerksam und neugierig wahrzunehmen und zu verfolgen. Dabei kann der Therapeut wiederholt den emotionsauslösenden Stimulus präsentieren – zum Beispiel durch Worte oder Erinnerung an problematische Situationen. Bei anhaltender Aktivierung des Felt Sense wird sich dieser häufig in Richtung innerer Bilder, Worte, konkreter Gefühle entwickeln“ (ebenda).

Lammers betont eine „empathisch-validierende“ Haltung und Gesprächsführung bei der Arbeit mit emotionsfokussierten Techniken. Wie dies in der Praxis aussehen kann, zeigt beispielhaft eine Aussage zu Techniken der Stressreduktion (hierzu zählt vor allem die Technik der Akzeptanz): „Die Techniken der Stressreduktion können aber auch in missbräuchlicher Art und Weise von Patienten eingesetzt werden, wenn sie nämlich in einem unteren Spannungsbereich (geringer als 70%) zur Unterdrückung des emotionalen Erlebens eingesetzt werden.“ (S. 92).

Ein Fallbeispiel zur „Radikalen Akzeptanz maladaptiver Emotionen“ (S. 104) mag einen ersten Einblick in diese Arbeitsweise vermitteln:

Therapeut: „Immer wieder bekämpfen Sie Ihre Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle mit Ihrem Streben nach Perfektionismus. Doch soweit ich das beurteilen kann, hat all die Arbeit und die Mühen und die Sorgen, welche Sie hierfür aufgewendet haben, über eine kurzfristige Erleichterung hinaus keine Veränderung Ihrer emotionalen Probleme gebracht.“

Klient: „Ja, das stimmt. Eigentlich ist alles nur noch schlimmer geworden mit der Zeit.“

Therapeut: „Ja, das sehe ich genauso. Wenn Sie einmal in die Zukunft schauen, sehen Sie da auch nur den Hauch einer Möglichkeit, dass Sie mit Ihrem Perfektionismus und Ihrer Arbeitswut eine positive Veränderung erreichen?“

Klient: „Ich will aber keine Fehler machen!“

Therapeut: „Das kann ich aus Ihrer Problematik heraus auch verstehen, aber ob Sie Fehler machen wollen, war nicht meine Frage. Ich wollte nur wissen, ob Sie mit Ihrer Strategie jemals Ihre Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle loswerden?!“

Klient: „Nein, wahrscheinlich nicht. Aber was soll ich denn machen, damit es mir endlich einmal besser geht?“

Therapeut: „Das werden wir gemeinsam herausfinden. Wichtig ist nur, dass wir uns einig sind, dass Perfektionismus, Kontrolle, Arbeitswut etc. nicht Teil der Lösung sind, sondern Teil des Problems.“

Interessant an diesem Beispiel ist, dass sich die „radikale Akzeptanz“ des Therapeuten, seiner inhaltlichen Behandlungsstrategie folgend, höchstens auf eine Seite des Konflikts beschränkt. Würde man der humanistischen Sicht von radikaler Akzeptanz oder bedingungsfreier positiver Beachtung folgen, müsste hier auch die Seite des Klienten bestätigt und erst einmal verstanden werden, die sagt: „Ich will aber keine Fehler machen!“ Auch diese Seite hat eine gute Absicht und könnte ihr Potential entfalten, wenn sie gewürdigt werden würde. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass Herr Lammers keine Vorstellung davon hat, wie der Begriff der radikalen Akzeptanz in der humanistischen Tradition verwendet wird.

Diese technokratische Haltung und Herangehensweise zeigt sich in der zweiten Buchpublikation erst bei genauerem Hinsehen. Deshalb stellt das Konzept von Martin Wendisch, sollte es in der Verhaltenstherapie an Einfluss gewinnen, für die Humanistische Psychotherapie eine ganz besondere Bedrohung dar.

„Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen – vom kognitiven Training zur emotionalen Transformation (Wendisch, 2015):

Martin Wendisch hat eine „Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen“ konzipiert, die eine gezielte Bearbeitung emotionaler Belastungen im Rahmen eines „transdiagnostischen Modells“ zum Ziel hat. (In der Humanistischen Therapie-Tradition wurde schon immer transdiagnostisch gedacht und gearbeitet). Kenntnisreich referiert er Befunde aus der Grundlagenforschung, Emotions- und Entwicklungspsychologie sowie die Entwicklung der Verhaltenstherapie von der ersten über die zweite bis zur dritten Welle. Seine „Behandlungsstrategie“ geht über die dritte Welle der Verhaltenstherapie hinaus.

„Die Behandlungsstrategie besteht primär in der Transformation emotionaler Schlüsselerfahrungen und sekundär in einer kognitiven Rekonsolidierung (Neuorientierung) und einem Transfer neuer Bewältigungsmuster in den Alltag. Die Gesprächsführung ist dabei – analog zur modernen Gesprächstherapie und mentalisierungsbasierten Psychoanalyse – die Kernbehandlung, die durch eine systematische Anwendung von Interventionen und störungsspezifische Symptombehandlung ergänzt wird...“ (S. 199). In Abgrenzung zur kognitiven Verhaltenstherapie führt Wendisch aus: „In der postkognitiven Variante werden also nicht Kognitionen durch Kognitionen verändert, sondern Kognitionen durch erlebte Transformation belastender Erfahrungen. Und diese Erfahrungen sind nicht herstellbar durch eine einzelne Technik, sondern durch die integrierte Abstimmung von Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung, validem Fallkonzept und einer komplex strukturierten Imaginationsarbeit.“ (S. 198)

Und weiter heißt es: „Wollte man den Kern dieser Behandlungsstrategie auf einen einzigen Punkt reduzieren, dann könnte man dies analog zur Angstbehandlung machen, wie sie in den 70iger Jahren von Isaac Marks beschrieben wurde: *Seeking e(S), confront until e(R), subsides*. Übersetzt auf die Transformationsarbeit heißt das: *Suche nach der emotional relevantesten Schlüsselerfahrung und konzentriere alle Aufmerksamkeit und methodischen Vorgehensweisen so lange auf diese Erfahrung (außer bei schweren Persönlichkeitsstörungen), bis sich die Reaktionen darauf verändern und die sekundären Bewältigungsstile an die neue Erfahrung angepasst werden können.*“ (S. 199). Beachte: Im Kern ist diese Behandlungsstrategie nichts anderes als die „gute“ alte Expositionsbehandlung in sensu – verkleidet als emotionale Transformation! Zur Wirkweise einer emotionalen Behandlungsstrategie äußert sich Wendisch wie folgt: „Eine Transformation und körperlich spürbare Bedeutungsveränderung des primären

Erlebniskomplexes wird erreicht durch Aktivierung implizit abgespeicherter emotionaler Erfahrungen mit einer Neuverarbeitung (Mentalisierung) der emotionalen Schlüsselerfahrung und einer Entkopplung von Erleben und darauf folgendem (Schutz)/Verhalten.“ (S. 197). In seinem „transdiagnostischen Störungsmodell“ verknüpft Wendisch teilweise paradigmatisch inkompatible Theorien zu einem wenig stimmigen Gesamtbild, was sich auch in seiner „Behandlungsstrategie“ widerspiegelt. So sollen beispielsweise die verhaltenstherapeutischen Prinzipien der ersten (klassische Lerntheorie) und zweiten Welle der VT (kognitive Umstrukturierung) mit der Emotionsfokussierten Therapie Greenbergs (siehe unten) zusammengefasst werden. Aufbauend auf eine an Persönlichkeitsstil und Störung orientierte Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung im Sinne der EFT Greenbergs sowie der Mentalisierungsbasierten Variante der Psychoanalyse bestehe der rote Faden einer Psychotherapie in der gezielten Bearbeitung emotionaler Schlüsselerfahrungen. Die zur Anwendung kommenden Interventionen sind im Wesentlichen Imagination unter konzentrativer Tiefenentspannung gepaart mit Elementen aus Hypno- und Traumatherapie. Zur Illustration das folgende Beispiel (S. 287):

Infobox 10b:

Verkettete Aktivierung emotionaler Schlüsselerfahrungen:

Basisinstruktion (Leinwand): „Sie schauen gleich wieder auf Ihre innere Leinwand und beobachten einfach, was sich Ihnen dort von selbst zeigt oder auch nicht zeigt. Sollten Situationen wieder auftauchen, die vorhin schon einmal aktiviert wurden, dann schauen Sie diese Situation neu an und berichten wieder, was Sie jetzt gerade sehen.“ (Mögliche metaphorische Erläuterung: „Man steigt niemals in den gleichen Fluss, irgendetwas ist immer anders.“)

Instruktion:

1. A: „Rufen Sie sich nun das früheste Erlebnis zurück, das Ihnen jetzt gerade erscheint, als Sie die Erfahrung machten/das Gefühl hatten...“
B: „Welche Einzelheit steht Ihnen dabei am deutlichsten vor Augen?“ Oder: „Was ist Ihnen gerade am deutlichsten?“
2. „Rufen Sie sich nun das nächstspätere Erlebnis in Richtung Gegenwart zurück, als Sie...“

Diese Aktivierung wird so lange durchgeführt, bis kein aktuelles Erlebnis mehr auf der Leinwand erscheint. Diese Ereigniskette wird ggf. mehrmals durchlaufen, bis die *emotional relevantesten Ereignisse benennbar* sind und aus der Kette des Erlebens herausgefiltert werden konnten.

Die emotional relevantesten Ereignisse werden dann, so Wendisch, am effektivsten in ca. 4-stündigen Intensivblöcken mittels Imagination unter Entspannung solange bearbeitet, bis sich „Beruhigung und Gelassenheit“ einstellen. Dialoge zwischen dem erwachsenen Anteil der Patientin und einem Kind-Anteil werden hierbei aus der Trauma- und Hypnotherapie „entlehnt“.

Auszug Infobox 11:

„Die Situation wird schrittweise weitergeführt bis an den Punkt, an dem sie am unangenehmsten und belastendsten ist; sobald dieser Punkt erreicht ist und als solcher bestätigt wird, wird zunächst das Erleben des Kindes beleuchtet und dann die heutige Erwachsene eingeführt als die entscheidende Person, die dem Kind/Jugendlichen/dem frühen Erwachsenen zur Seite steht.“ (S. 291).

Analog zur Expositionsbehandlung führt Wendisch aus: „Es sollte keine Unterbrechung oder Beendigung vorgenommen werden bei intensiver unangenehmer emotionaler Aktivierung. (S. 293). Intensive Emotionen sollten so lange imaginativ oder im Anschluss narrativ bearbeitet werden, bis sich wieder eine spürbare Beruhigung und Sicherheit ausgebildet hat. Erst dann ist die Sitzung beendet.“ (ebenda). Der Autor schlägt zudem vor, während dieser Arbeit alles

Relevante mitzuschreiben aus Gründen der Aufzeichnungspflicht und für die spätere gemeinsame kognitive Auswertung.

Wendisch betont unablässig, es sei notwendig, die Technokratie in der Verhaltenstherapie zu überwinden. „Der Patient“ mit seinen Bedürfnissen stehe stets im Mittelpunkt. Schaut man sich jedoch die konkrete Vorgehensweise an, so bleibt letztendlich eine klassisch verhaltenstherapeutische „Behandlungsstrategie“ übrig. Sie stellt nicht „den Patienten“ und sein gegenwärtiges Erleben in den Mittelpunkt, sondern eine „Strategie“:

„Bei nicht vorhersehbaren Stressoren (zum Beispiel Kündigung, Tod eines Angehörigen) sollte die Arbeit eher zeitlich intensiviert werden, um eine innere Stärke mit diesen Belastungen zu entwickeln.“ (S. 309). Es geht hier nicht um die Erhöhung der Stundenfrequenz zur Unterstützung in einer Krisensituation. Es geht um die Intensivierung emotional belastender Arbeit zu einer Zeit, in der sich die Menschen meistens in einem sehr verletzlichen Schockzustand befinden.

Exkurs - Zur Arbeit mit (schwer) traumatisierten Menschen:

Ganz im Sinne dieser theoretischen Ausrichtung lehnt Wendisch eine Überbetonung der Stabilisierung traumatisierter Menschen ab; sie sei nachrangig zu behandeln. „Insgesamt gilt: An einer konsequenten Bearbeitung der traumatischen Erlebnis-inhalte **ohne Schonung und Vermeidung** geht in der Regel kein Weg vorbei...“ (S. 92). „Dabei sollte man einen sorgfältigen Umgang mit einer hohen Dissoziationsneigung im Kontext multipler und schwerer Traumatisierungen im Auge behalten!“ (ebenda). Bei schweren Persönlichkeitsstörungen sei zuvor Strukturarbeit zu leisten; die Bearbeitung des Traumas stehe an erster Stelle des Stufenplans. Wer viele Jahre lang mit schwer traumatisierten Menschen arbeitet, weiß, wie schädlich und gefährlich ein solches Vorgehen sein kann. Wenn, wie in dieser Behandlungsstrategie vorgesehen, bereits am Anfang der Therapie „emotional relevante Ereignisse“ erhoben werden, besteht immer die Gefahr der Dekompensation; schon anamnestische Fragebögen können schwere Krisen auslösen. Hinzu kommt, dass nicht wenige Betroffene anfangs gar nicht wissen, dass sie traumatisiert sind, weil sie keine Erinnerungen an diese frühen Erfahrungen haben. Und jeder, der in diesem Feld arbeitet, weiß auch, dass es sich um langjährige Therapien handelt, für die das Kassenkontingent „ein Tropfen auf den heißen Stein“ ist.

Neben offensichtlicher Unkenntnis kommt auch hier eine Haltung zum Ausdruck, die mit Humanistischem Therapieverständnis nicht das Geringste gemeinsam hat. Zur Verdeutlichung sei hier auf die Feststellung des Gestalttherapeuten James Kepner (1995) hingewiesen, der u. a. seit über 30 Jahren mit schwer traumatisierten Menschen arbeitet: Kepner führt aus, „dass es für keine Person und für keine Störung eine lineare Skala der Wirksamkeit in Bezug auf psychotherapeutische Interventionen gibt. Am heilsamsten ist das, was die Person zum *gegebenen Zeitpunkt* am besten integrieren kann. Dies hängt von der jeweiligen Person, ihrer Lebensgeschichte, ihrem aktuellen Entwicklungsstand sowie vom gegenwärtig stattfindenden Prozess ab.“ (S. 113).

Das **Modell von James Kepner** besagt in Kürze: Die Heilung von Traumatisierungen in der Kindheit ist in erster Linie ein Wachstums-Prozess. Wichtige Entwicklungsaufgaben, die zum damaligen Zeitpunkt nicht bewältigt werden konnten, können nachträglich durchlaufen werden. In allen Phasen der Therapie geht es um alle Themen, nur eines steht im Vordergrund; Entwicklung verläuft in Spiralen, wir kommen immer wieder an unseren Entwicklungsthemen „vorbei“, aber auf jeweils höherem Entwicklungsniveau (wenn es gut verläuft). Und das Wichtigste: Es ist ein Entwicklungsprozess, der natürlich und organismisch verläuft (Selbst-Aktualisierung), wenn die Bedingungen dafür gegeben sind (vor allem in der therapeutischen Beziehung und außerhalb der Therapie). Dieses Modell soll helfen, den Prozess besser zu verstehen und darauf zu achten, dass auch der verletzlichste Teil nicht überfordert wird. Es dient der Orientierung und dem Verstehen, nicht der „Behandlungsplanung“. Je weiter die Entwicklung voranschreitet, desto differenzierter werden die Fähigkeiten in den einzelnen

Entwicklungsbereichen; sie integrieren sich zu immer komplexer werdenden Strukturen. Kepners Modell geht von vier übergeordneten Entwicklungs-Phasen mit jeweils spezifischen Entwicklungs-Aufgaben aus; eine Intervention, die zu einem bestimmten Zeitpunkt hilfreich sein kann, ist zum falschen Zeitpunkt eventuell schädlich. Das Modell dient der Orientierung und einem ganzheitlichen Verständnis der traumatisierten Person in ihrem momentanen Zustand; es ist keine Behandlungs-Strategie, kein planvolles, auf ein definiertes Ziel ausgerichtetes Vorgehen. Die Bearbeitung traumatischer Ereignisse „ohne Schonung und Vermeidung“ hat in diesem Modell keinen Platz. Es geht um so viel mehr als um die Verarbeitung der emotional relevantesten Schlüsselerfahrungen. Nach früher und schwerer Traumatisierung geht es vor allem darum, Vertrauen, Verbundenheit und das eigene tiefere Selbst zurückzugewinnen. Gendlin (1998, S. 442, 443) sagt dies in wundervollen Worten: „Ich weiß, dass jeder Mensch eine tiefere Kontinuität hat, selbst wenn sie gegenwärtig zu fehlen scheint. Der Klient, der mich anschaut, mag sich schwach und hilflos fühlen. Die tiefere Kontinuität mag seit der frühen Kindheit verloren oder verdeckt, zum Schweigen gebracht oder verbannt sein. Aber ich weiß, dass sie immer noch da ist.“ (...) „Wenn ein Klient berichtet, kein Selbst zu haben, innerlich tot oder abwesend zu sein, entgegne ich: *Ich weiß, dass tief dort unten drunter ein Ich ist, und wir werden nicht aufhören, bevor wir es gefunden haben.*“

Wie wenig Herr Wendisch die Haltung und auch die Konzepte der Humanistischen Psychotherapie (hier im Besonderen der Klientenzentrierten Therapie) kennt, zeigt sich an seinen Ausführungen eines „Therapiemodells einer aktuellen Gesprächstherapie“. Er reduziert die Gesprächspsychotherapie auf den Ansatz von Greenberg, den er wiederum (auf 2 ½ von 400 Seiten) extrem verkürzt darstellt. Sein Fazit: „Da eine professionelle Gesprächsführung für sich genommen jedoch noch nicht mit einer überlegenen Evidenz verbunden ist, kann man die EFT auch im Sinne von Greenberg als *Kernbehandlung* verstehen und dementsprechend die eigene Gesprächsführungskompetenz als Kernkompetenz und Basis für weitere Interventionen.“ (S. 147). Gesprächsführung als „vergessene Intervention“ bezeichnet der Autor auch als „soziales Biofeedback“. Wendisch: „Kritisiert wird in der Regel an der EFT und früheren Gesprächstherapie das eingeschränkte Interesse an der Forschung zur Ätiologie von psychischen Erkrankungen. ***Damit bietet sich dieses therapeutische Verfahren zumindest in Deutschland nicht als eigenständiges Behandlungsverfahren an, da es über keine umfassende Krankheitslehre verfügt.***“ (ebenda). Wo die Reise hingehen sollte, wenn es nach Herrn Wendisch ginge, ist sonnenklar: „Es ist die aktuelle Aufgabe einer verhaltenstherapeutischen Störungs- und Interventionstheorie, den transdiagnostischen Blick auf Störungen und ein erweitertes Verständnis psychotherapeutischer Arbeit auf dem heutigen Stand neu zu formulieren. ***Damit sollten in der Verhaltenstherapie die Entwicklungen der ersten bis dritten Welle, der Ansatz von Greenberg und die empirischen Weiterentwicklungen der Psychoanalyse zusammengefasst werden, um dem übergeordneten Projekt einer Allgemeinen oder transdiagnostischen Psychotherapie einen neuen Impuls zu geben.***“ (S. 165).

Dann hätten wir sie – die vierte Welle der Verhaltenstherapie. Hier offenbart sich eine äußerst kluge Strategie: Zunächst prangert Herr Wendisch bestehende Defizite und Fehlentwicklungen im eigenen Lager an (wie kognitive Einseitigkeit, die Überbetonung störungsspezifischer Vorgehensweisen und die mangelnde Berücksichtigung der Bearbeitung belastender biografischer Erfahrungen). Dann nimmt er das Wertvollste/Angesehenste aus allen anderen Verfahren und konzipiert ein neues, übergeordnetes Modell der Verhaltenstherapie, in dem auch die kritisierten Kollegen ihren Platz bekommen. So schließt er die Flanken, wertet die Verhaltenstherapie auf und macht sie praktisch unangreifbar. Die so vereinnahmten Verfahren können auf diese Weise für obsolet erklärt werden. In einem Satz: Wir haben alles, was ihr habt, und wir machen es besser, weil wir eine umfassendere Konzeption haben!

Es gibt Anzeichen und gute Gründe für die Annahme, dass sich solche Konzepte in der Verhaltenstherapie durchsetzen werden. Dann wird es für die Humanistische Psychotherapie in Deutschland nur noch ein Nischen-Dasein geben. Denn dann wird der Nachweis für ihre Überflüssigkeit in unserem Gesundheitswesen erbracht sein. Wenn Buchpublikationen wie die hier beispielhaft dargestellten zur Standardlektüre an Universitäten und VT-Ausbildungsinstituten geworden sein werden, ohne dass die Humanistische Psychotherapie wieder einen festen Platz in unserem Land haben wird, dann haben wir verloren. Für die Vertreter der Verhaltenstherapeuten sind diese Publikationen Erfolg versprechend; für uns sind sie brandgefährlich.

Martin Wendisch zur Frage der Neuzulassung weiterer Therapieverfahren:

„Für alle in die Krankenversicherung neu hinzukommenden Verfahren (z. B. Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Systemische Therapie) gilt die Anforderung: Sie sollten nicht nur für sich schlüssig und wirksam (wissenschaftliche Anerkennung), sondern sie sollten wirksamer sein als die bereits anerkannten Verfahren und einen spezifisch neuen Beitrag zur Behandlung liefern (sozialrechtliche Anerkennung durch die Krankenkassen). Dadurch soll die Vielfalt von über 250 Therapiemethoden auf ein notwendiges Maß begrenzt und eine sozialrechtliche Legitimationspflicht vorgegeben werden.“ (Internetauftritt).

Die vierte Welle der Verhaltenstherapie als Konzept einer Allgemeinen Psychotherapie rollt auf uns zu. Diese Welle ist, metaphorisch gesprochen, ein „Tsunami“, der uns als humanistisch orientierte Psychotherapeut/innen alles aus den Händen reißen wird, was wir nicht gut festhalten.

Zu These 3 – Die Weiterexistenz der Humanistischen Psychotherapie ist in unserem Land bedroht, wenn es nicht gelingt, die Einzigartigkeit der Humanistischen Psychotherapie als Grundorientierung hervorzuheben und zu schützen:

Was unterscheidet die Humanistische Therapie von anderen therapeutischen Grundorientierungen? Was macht sie unverwechselbar und unersetzbar?

Bevor diese Frage beantwortet werden wird, soll kurz skizziert werden, was den Kern der Verhaltenstherapie ausmacht. Martin Wendisch (2015; S. 142) äußert sich dazu wie folgt: „Kernmerkmal der Verhaltenstherapie gegenüber anderen Verfahren ist immer noch die zusätzliche Verwendung von Techniken über die reine Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung hinaus und die natur- und sozialwissenschaftliche Grundorientierung.“ Neben der falsch verstandenen Rolle der therapeutischen Beziehung in anderen Verfahren ist diese Begriffsdefinition ungenau und nicht trennscharf. Denn in allen psychotherapeutischen Grundorientierungen und Verfahren werden auch „Techniken“ oder Methoden eingesetzt; die Frage müsste eher lauten: **Wie** sieht der konkrete Umgang in der Verhaltenstherapie mit Techniken und Methoden aus? Folgende Definition ist wesentlich präziser: Kernmerkmal der Verhaltenstherapie ist ein objektbezogenes, lineares Wissenschafts- und Veränderungs-Modell, aus dem ein inhalts- und zielorientiertes Vorgehen resultiert, dessen praktische Umsetzung planmäßig aus der **Problem- und Bedingungsanalyse** abgeleitet wird. Auch die Behandlungsstrategien von Lammers und Wendisch entsprechen dieser Definition. Humanistische Psychotherapie orientiert sich an völlig anderen Grundsätzen.

Eugene Gendlin (1998) zur Besonderheit der Klientenzentrierten Therapie: „Es ist schwierig, über den riesigen Abgrund hinweg zu kommunizieren, der die Klientenzentrierte Therapieauffassung von anderen trennt.“ (...) „Carl Rogers hat die Psychotherapie *völlig* von den Einstellungen des Therapeuten her definiert...“ (S. 461). Und dadurch Bedingungen aufge-

zeigt, die einen sich selbst organisierenden Wachstumsprozess ermöglichen, wenn die Person dieses Beziehungs- und Veränderungsangebot annehmen kann.

Diese Einstellungen und Haltungen ergeben sich aus einem wissenschaftlichen und philosophischen Rahmen, der sich selbst organisierende Prozesse in den Mittelpunkt stellt, anstatt von getrennten, messbaren und manipulierbaren Objekten auszugehen (das mechanistische Weltbild Newtons) oder von einem Ganzen, das den Teilen eine bestimmte Ordnung verleiht (dem holistischen Weltbild). Der Biologe und Philosoph Andreas Weber (2008) stellt fest: „In der Genforschung, in der Entwicklungsbiologie und in der Hirnforschung wird den Beteiligten zunehmend klar, dass sie Lebewesen nur verstehen können, wenn sie eine Kraft wieder in die Forschung einführen, die seit Hunderten von Jahren sorgfältig daraus verbannt wurde: die Subjektivität“. Er schlussfolgert: „Je weiter die Technologie erlaubt, das Leben auf einer Mikro-Ebene zu studieren, desto stärker werden die Beweise für dessen Komplexität und Intelligenz. Organismen sind keine Uhrwerke, die aus sauber getrennten Bausteinen bestehen. Sie sind Einheiten, die von einer mächtigen Kraft zusammengehalten werden: dem Empfinden, was ihnen guttut und was ihnen schadet.“ (S. 12).

Eugene Gendlin (siehe u. a. Wiltschko, 2008) hat diesen Standpunkt am genauesten und einfachsten formuliert. Zusammenfassend sagt Gendlin: Wir als Menschen kommen weder im atomistischen Modell noch im ökologischen, vom Ganzen ausgehenden Modell vor. Wir brauchen neben diesen beiden Modellen eine „erste Wissenschaft“- eine subjektbezogene 1.-Person-Wissenschaft, die zunächst vom Menschen ausgeht und zwar über den Zugang zum impliziten Erleben. Die neue, dritte Art von Wissenschaft hat als Basiskonzepte weder „Einheiten“ noch „das Ganze“, sondern Prozesse. In diesem neuen Modell besteht ein Prozess nicht aus stabilen Einheiten, die in einer einheitlichen Zeit lokalisiert sind und die die Zukunft aus der Vergangenheit determinieren (Objekt-bezogenes, mechanistisches Modell, dem Verhaltenstherapie und ebenso Psychoanalyse folgen). Prozesse bringen eine Folge von immer wieder neu erschaffenen Ganzheiten hervor. Der Lebensprozess erschafft sich selbst als eine Kette von Ganzheiten, die von dem, was vorher war, nicht abgeleitet, vorhergesagt oder konstruiert werden kann, da der Prozess seine eigenen Schritte macht. Die „Inhalte“ sind von ihm nicht getrennt und unabhängig, sie gehen aus dem Prozess hervor. Lebendige Prozesse, also auch menschliche Erlebensprozesse, organisieren sich in sinnvoller Weise selbst, wenn sie nicht blockiert werden. Einen Prozessschritt kann man erst erklären und verstehen, nachdem er geschehen ist.

Leitlinie des therapeutischen Handelns ist von daher der momentane subjektive Erlebensprozess der Person, keine Strategie, aus der im Vorhinein Veränderungsschritte abgeleitet und geplant werden.

Ein wunderbares Beispiel für diese „1.-Person-Wissenschaft“ ist das Modell von James Kepner (1995; siehe oben). Dieses Modell der Heilung nach früher Traumatisierung ist so ziemlich das Gegenteil einer objektbezogenen, linear gewonnenen Behandlungs-Strategie. Es ist intuitiv, aus Erfahrungswissen entstanden, denn Kepner ist selbst Betroffener von frühem Missbrauch, und die Grundlagen für dieses Modell tauchten allmählich in seiner eigenen Therapie auf. Kein Schreibtisch-Modell! Auch die Ausdifferenzierung nicht, denn dazu nutze er auch die Erfahrungen seiner Klientinnen und Kolleginnen. Die Absicht dieses Modells ist es, in der therapeutischen Beziehung durch orientierendes Verstehen einen Entwicklungsprozess zu fördern, der *natürlich und organismisch* verläuft, wenn die Bedingungen gut sind.

An zwei metaphorischen Bildern soll der Unterschied zwischen den beiden Paradigmen verdeutlicht werden:

Wissenschaftstheoretisch:

Verhaltenstherapie:

Irgendwann wird die Firma „Lego“ alle Bausteine entwickelt und hergestellt haben, die für jedes Problem in entsprechender Zusammenstellung die Lösung bieten (mechanistisches Modell)

Humanistische Therapie-Tradition:

Die Firma „Lego“ geht davon aus, dass sie niemals alle Bausteine kennen kann und dass es ihre Aufgabe ist, sich permanent neu zu erfinden, gar nicht erst in Kategorien von Bausteinen zu denken und den Vorgang des Bauens als Ausgangspunkt ihrer Erfindungen zu verstehen (1.-Person-Wissenschaft).

Praktisch:

Verhaltenstherapie und Humanistische Therapie unterscheiden sich wie ein Architekt, der nach ökonomischen Gesichtspunkten und auch zum Nutzen der Menschen einen modernen, neuen Stadtteil plant und baut – und ein Gärtner, der einen Natur belassenen Garten so pflegt, dass alle Pflanzen in ihm bei allen Wetterlagen möglichst gut darin wachsen und leben können. Die Gärtnerin wird normalerweise nicht versuchen, die Forsythien im November zum Blühen zu bringen; sie folgt dem Lebenszyklus, dem Pflanzenprozess. Die Architektin wird nicht darauf warten, dass sich das als nächstes geplante Gebäude von selbst errichtet; sie wird aus ihrer *inhaltlichen Konzeption* heraus entsprechende Schritte einleiten. Es geht nicht um entweder, oder, sondern um sowohl, als auch. Dies sind völlig unterschiedliche Zugangswege zum Menschen – obwohl auch die Gärtnerin Veränderungs- und Handlungswissen braucht!

Folgende kennzeichnende Merkmale machen die Humanistische Psychotherapie durch ihre Bezogenheit aufeinander einzigartig, unverwechselbar und unersetzbar:

In der Humanistischen Psychotherapie arbeiten wir

- 1. innerhalb eines Wissenschafts-Modells, das die Evidenz der subjektiven Erfahrung zur Leitlinie des therapeutischen Handelns macht; die Therapieforchung kann sich daneben durchaus auch der linear-objektbezogenen Wissenschafts-Methodik bedienen (in einem transaktionalen, subjektbezogenen Wissenschafts-Paradigma; Primat einer 1.-Person-Wissenschaft),**
- 2. innerhalb eines ganzheitlichen Menschenbildes, das sich an selbstregulativen Wachstumsprozessen, Persönlichkeitsentwicklung und Transformation orientiert; jeder Mensch erlebt und verhält sich immer innerhalb eines Organismus-Umwelt-Feldes und strebt darin nach Verbundenheit und Selbst-Aktualisierung (wachstumsorientiert),**
- 3. Moment für Moment mit dem inneren Erleben, wie es sich gegenwärtig verkörpert (erfahrungsorientiert),**
- 4. entdeckend und inhaltlich mit offenem Ende (gerichtet ins Ungerichtete),**
- 5. im Vertrauen auf den sich selbst formenden Prozess (prozessorientiert),**
- 6. um der Person dabei zu helfen, sich unzugängliche bzw. abgespaltene Selbst-Aspekte wieder anzueignen und zu integrieren (in Richtung Selbst-Aktualisierung),**
- 7. in einer therapeutischen Beziehung, die einen solchen Prozess überhaupt erst ermöglicht.**

Die Klientenzentrierte Therapie konzeptualisiert die Art dieser heilsamen Beziehung am genauesten:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt: Mindestvoraussetzung ist, dass sie das Vorhandensein des anderen wahrnehmen können (ist in der akuten Psychose z. B. nicht immer gegeben).
2. Die erste Person, der Klient, befindet sich im Zustand der Inkongruenz, ist ängstlich oder verletzlich: Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung ist in dem Ausmaß gege-

ben, in dem bei einer Person ihre Symbolisierungen im Selbst von ihrer Erfahrung abweichen.

3. Die zweite Person, der Therapeut, ist in der therapeutischen Beziehung kongruent: Die Therapeutin kann sich aller ihrer Erfahrungen in der konkreten therapeutischen Situation bewusst sein und frei über sie verfügen.
4. Der Therapeut erfährt gegenüber seinem Klienten bedingungsfreie positive Beachtung: Jeder auftauchende Erlebensaspekt wird unterschiedslos radikal akzeptiert.
5. Der Therapeut versteht empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten: Der Therapeut nimmt die Empfindungen, Gefühle, Bedeutungen usw. der Klientin so wahr, als seien es seine eigenen Wahrnehmungen, ohne jedoch jemals aus den Augen zu verlieren, dass es die andere Person ist, die genauso fühlt und denkt.
6. Der Klient/die Klientin nimmt zumindest in Ansätzen die bedingungsfreie positive Beachtung und das empathische Verstehen des Therapeuten/der Therapeutin wahr: Der Therapeut wählt und gestaltet seine Interventionen möglichst so, dass der Klient sie in seinem inneren Bezugsrahmen als Ausdruck von mit Bedingungsfreier Positiver Beachtung verbundenem empathischen Verstehen wahrnehmen und auch akzeptieren kann (siehe z. B. Eckert et al., 2012).

Anzumerken ist erstens, dass die einzelnen Kernmerkmale in den unterschiedlichen Ansätzen der Humanistischen Tradition unterschiedlich stark gewichtet werden. Das macht sie nicht weniger relevant. Zweitens ist es natürlich so, dass keine Therapeutin und kein Therapeut *immer* alle Kernmerkmale im Kopf hat oder praktisch umsetzt – diese Arbeit ist sehr anspruchsvoll, weil sie Präsenz und die ständige Fokussierung der Aufmerksamkeit erfordert. Wir wissen alle, dass wir nicht gut arbeiten können, wenn es uns aus welchen Gründen auch immer im Moment schwerfällt, präsent zu sein. Wichtig ist, dass es um *Werte, Einstellungen und Haltungen* geht, die in ihrer Bezogenheit aufeinander die Humanistische Psychotherapie definieren.

Das bedeutet für das therapeutische Handeln, dass wir auf allen „Therapie-Wegen“ (Gendlin, 1998) arbeiten können, aber Interventionen werden nicht im Vorhinein geplant oder von außen gesteuert, sondern ergeben sich als Angebot aus dem gegenwärtigen Prozess der Person, mit der wir arbeiten. Diese kennzeichnenden Merkmale sind als Sinn und Orientierung gebende *Haltungen* zu verstehen, die sich aus dem Menschenbild der Humanistischen Psychotherapie ergeben.

Es ist wichtig zu verstehen, dass die 7 genannten kennzeichnenden Merkmale *in ihrer Bezogenheit aufeinander* die Humanistische Psychotherapie als Grundorientierung unverwechselbar und unersetzbar machen. Wenn Vertreter anderer Grundorientierungen, vor allem der Verhaltenstherapie, einzelne dieser Merkmale herausnehmen und in ihren Ansatz integrieren, werden sie durch den andersartigen Kontext verändert. Zudem geht die Bezugnahme auf die übrigen Merkmale der Humanistischen Therapie verloren. Die Arbeit mit dem Erleben und die Beziehungsgestaltung sind sicherlich die bekanntesten Beispiele. In fast jeder Psychotherapie wird heute mit dem Erleben gearbeitet – aber, trotz zeitweiser Absichtslosigkeit – zielorientiert und nicht prozessorientiert im tiefen Vertrauen auf den sich selbst formenden Prozess (Merkmal 5). Dies lässt sich an den beiden Beispiel-Publikationen sehr schön sehen. Hier werden Interventionen, die auf das Erleben bezogen sind, geplant, skaliert und von außen gesteuert. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird zur „Gesprächsführungskompetenz“ oder zum „sozialen Biofeedback“, wird Mittel zum Zweck. Es fehlen dann meist die Merkmale 3, 4, 5 und 7, und die radikale Akzeptanz des inneren Erlebens ist nicht durchgängig gegeben. In einer Allgemeinen Psychotherapie, zu der sich die VT auf den Weg zu machen scheint, würde die Humanistische Grundorientierung verlorengehen, weil die *in-*

härente Bezogenheit ihrer kennzeichnenden Merkmale aufeinander verloren ginge! Dadurch verändert sich die gelebte Psychotherapie in allen beschriebenen Dimensionen grundlegend. Es wird niemals das Gleiche sein – das ist die Kernaussage dieses Beitrags.

Zusammengefasst:

Es ist die Kern-Kompetenz Humanistischer Psychotherapie, in einer Wachstum und Transformation ermöglichenden therapeutischen Beziehung mit dem sich selbst organisierenden inneren Erleben zu arbeiten, wie es sich Augenblick für Augenblick verkörpert.

Wir sollten anerkennen, dass die Humanistische Psychotherapie ihren Geist, ihr Potential und ihre spezifische Wirksamkeit verliert, wenn sie (in Teil-Aspekten) in andere Verfahren integriert wird. *Es wird niemals das Gleiche sein.*

Vielleicht ist es Ihnen möglich, beim Lesen der folgenden (Fall)-Beispiele zu *spüren*, was damit gemeint ist. Welche (atmosphärische) Resonanz entsteht beim Lesen dieser Beispiele – im Vergleich zu den Fall-Beispielen von Lammers und Wendisch?

Zur Veranschaulichung folgen kurze Fall-Beispiele aus dem breiten Spektrum der Humanistischen Psychotherapie: aus dem Ansatz von Greenberg und aus der Focusing-orientierten Therapie.

Prozess- und erfahrungsorientierte Psychotherapie:

Leslie Greenberg bezeichnet sein Lebenswerk als Integration von Klientenzentrierter Therapie und Gestalt-Therapie. Er hat für diesen Ansatz eine umfassende, sehr differenzierte Behandlungstheorie entwickelt. In einer Klientenzentrierten Beziehung werden spezifische therapeutische Aufgaben mit Prozess aktivierenden Interventionen bearbeitet, wenn sie sich aus dem aktuellen therapeutischen Prozess heraus ergeben. Ein kurzes Fallbeispiel (Greenberg et al., 1993, S. 278) soll zeigen, wie der therapeutische Prozess aus dem Hier und Jetzt entsteht. Es geht um eine Klientin, bei der der Therapeut spürt, dass sie sich momentan verletzlich fühlt.

Klientin: „Ich glaube, ich habe im Moment gar nichts zu sagen.“

Therapeut: „Es gibt gerade nichts Bestimmtes, über das Sie sprechen möchten?“

Klientin: „Nein, nicht wirklich.“ (Ihre Stimme klingt gedämpft).

Therapeut: „Ich bin nicht sicher...Fühlen Sie sich bedrückt?“

Klientin: „Ja...Ich glaube, mir ist klargeworden, dass ich überhaupt keine Ziele mehr habe. Ich habe mich um Sam gekümmert, als er noch lebte. Es war nicht einfach, aber ich wusste, dass es getan werden musste.“

Therapeut: „Es war hart. Aber ich glaube, Sie wollen sagen, dass Sie gebraucht wurden. Und dann haben Sie es getan!“

Klientin: „Ja, ich habe es getan! Aber jetzt ist es vorbei. Es gibt nichts, was ich jetzt noch tun möchte.“

Therapeut: „Jetzt haben Sie Zeit. Aber wofür? Wer interessiert sich dafür?“

Klientin: „Ja. Ich werde nicht mehr gebraucht. Ich habe nichts mehr, für das ich lebe.“

Therapeut: „Oh ja...So wie...Wofür lohnt es sich, weiterzumachen? Ich werde nicht mehr gebraucht, von niemanden.“

Klientin: „Ja. Manchmal denke ich daran, irgendetwas zu tun, aber dann fühle ich mich...Warum sich darüber Gedanken machen?“

Therapeut: „Eine Minute lang denken Sie darüber nach, was Sie vielleicht tun könnten oder tun wollen, aber...Ich bin nicht sicher...Es ist einfach zu anstrengend?“

Klientin: „Es ist eher...Ist es das überhaupt wert?“

Therapeut: „Ah ja...Ein Gefühl, wie – Ist das die Anstrengung überhaupt wert?“

Klientin: „Ja. Ich bin tief erschöpft, ich kann nichts mehr geben.“

Therapeut: „Ja...ganz erschlagen...So wie...nichts mehr, was ich noch geben könnte.“

Klientin: „Ja.“ (Sie seufzt tief). „Ich habe eine Idee für eine Geschichte, die ich schreiben möchte, und ich bin schon auch neugierig darauf. Aber dann bin ich nicht sicher. Ich...ah...ob ich die Energie dafür aufbringe.“

Therapeut: „Es würde eine Menge Energie brauchen, aber es klingt, als wären Sie irgendwie auch neugierig darauf.“

Klientin: „Ja, ich werde sogar irgendwie aufgeregt, wenn ich dran denke.“

Nachdem die Anstrengung genügend Aufmerksamkeit bekommen hat, wäre es hier zum Beispiel möglich, anschließend mit den beiden Seiten der Klientin zu arbeiten, die in diesem Prozess auftauchen – wenn dies für sie relevant wird. Dies ist kein Prozess, den man hätte planen oder vorhersagen können. Man spürt aber deutlich die in ihm enthaltene Wachstumsrichtung.

Focusing/Focusing-orientierte Psychotherapie:

Focusing bedeutet, Zeit mit „Etwas“ im Innern zu verbringen, DEM, was Aufmerksamkeit möchte, absichtslos Gesellschaft zu leisten. Ann Weiser-Cornell (2013, S. 9) schreibt: „Der Kern von Focusing ist ein natürlicher menschlicher Prozess, bei dem nach innen gespürt und die Stimmigkeit der Symbole, die auftauchen, an dem gefühlten inneren Erleben überprüft wird“. Prüfstein ist der „Felt Sense“, die am Bewusstseinsrand auftauchende, körperlich gespürte **ganzheitliche Empfindung** für das, worauf sich die Aufmerksamkeit richtet.

Es geht darum, eine gute Beziehung zum eigenen Innern herzustellen und der Stimme des von innen gespürten Körpers zu folgen. Die wichtigste Voraussetzung dafür ist Präsenz, die Fähigkeit, mit ALLEM zu sein, was momentan im Bewusstsein ist. Der Ursprung der Veränderung ist der Körper, wie man ihn im gegenwärtigen Augenblick spürt.

Ein kurzes Fallbeispiel (Weiser-Cornell, 2013, S. 55/56) könnte ein Gefühl dafür entstehen lassen, was Focusing ausmacht.

Eine vom Großvater missbrauchte Klientin sagt, sie hasse sich dafür, dass sie sich nicht gewehrt hat. Die Therapeutin versucht, im Zustand der Präsenz eine mitfühlende Innere Beziehung der in diesem Prozess auftauchenden Anteile der Klientin zu fördern.

Therapeutin: „ETWAS in dir sagt, Ich hätte mich wehren sollen.“

Klientin: „Ich hasse mich dafür, dass ich mich nicht gewehrt habe.“

Therapeutin: „Schau, ob es in Ordnung ist, es so zu sagen, ob sich das wahr anfühlt, wenn du sagst: Ich fühle ETWAS in mir, das mich hasst...das etwas anderes in mir hasst...dafür, dass es sich nicht gewehrt hat.“

Klientin (nachdem sie diese Worte probeweise wiederholt hat): „Ja, das ist wahr. Etwas in mir hasst etwas anderes in mir...Ich kann den Hass in meinem Rücken fühlen.“

Therapeutin: „Du spürst, dass es sich wie Hass da in deinem Rücken anfühlt.“

Klientin: „Nicht genau wie Hass...Mehr wie Kämpfen...ES möchte kämpfen.“

Therapeutin: „Du könntest schauen, ob es in Ordnung ist, bei diesem ETWAS in dir, in deinem Rücken, das sich nach Kämpfen fühlt, zu verweilen und weiter zuzuhören, wie es sich fühlt.“

Klientin: „Es fühlt sich wild. Es möchte stoßen und schlagen.“

Therapeutin: „Du spürst, dass es sich wild fühlt. Es lässt dich wissen, dass es stoßen und schlagen möchte. Du könntest ihm sagen, dass du es hörst...“

Klientin: „ES sagt zu mir: „Warum hast du mir niemals vorher zugehört...?“

Beachtenswert an diesem Beispiel ist die „Verwandlung“ des Inhalts, die für Focusing so typisch ist: Als sie das, was sie „Hass“ genannt hatte, direkt spürt, wird es – oder vielleicht war

es das die ganze Zeit – ein „Kämpfen“. Berührend ist auch, wie aus dem Prozess heraus eine mitfühlende Innere Beziehung zu jedem Erlebensaspekt entsteht.

Focusing-orientierte Therapie ist Klientenzentrierte Therapie (Gendlin, 1998). Gendlin beschreibt, wie auf der Grundlage von Focusing auf allen Therapie-Wegen gearbeitet werden kann.

Ein kurzes Fall-Beispiel (Gendlin, 1998, S. 343) soll veranschaulichen, wie hier *prozessorientiert* und nicht *zielorientiert* mit Imagination gearbeitet wird. Zu diesem Zeitpunkt empfindet die Klientin das ganze Ausmaß ihrer Verletztheit. Sie hat einen Felt Sense. Dieser wird dann an vielen Punkten in der Sequenz weitergetragen.

Klientin: „Dieser (kindliche) Teil von mir ist so verletzt.“

Therapeut: „Sie spüren, wie verletzt dieser kindliche Teil ist.“

Klientin: „Ja.“ (Schweigen)

Therapeut: „Können Sie das kleine Mädchen sehen?“

Klientin: „Ja.“

Therapeut: „Was tut es?“

Klientin: „Ich sehe es.“ (Sie weint leise). „Es ist ganz zusammengerollt zu einer fötalen Haltung und hat die Arme über dem Kopf.“

Therapeut: „Sie und ich werden einfach still bei ihm sitzen. Wir werden nichts sagen und auch nicht drängen. Wir werden einfach nur da sein. Sie und ich, wir werden ihm still Gesellschaft leisten. So hat es Zeit.“ (Schweigen)

Therapeut: „Wir werden es beschützen. Wir werden niemanden hier hereinlassen. Ansonsten werden wir einfach nur hier sitzen.“

Klientin: „Es hat niemals jemanden gehabt, der es beschützt.“ (Sie weint).

Therapeut: „In jener Zeit hatte es niemanden, der es beschützt hätte. Das war ein sehr schlimmes Gefühl. Jetzt sind wir hier, Sie, die erwachsene Frau, die hier sitzt, und ich.“

Schweigen.

Klientin: „Oh, das Mädchen schaut sich um!“

Gendlin kommentiert diese Sequenz folgendermaßen: „Plötzlich beginnt das Kind in der Vorstellung zu genesen! Beachten Sie jedoch, dass der Therapeut nicht versucht hat, **dies als ein imaginatives Verfahren einzuleiten**, indem er etwas gesagt hätte, wie: *Beobachten Sie es; es wird sich bewegen und sich verändern.*“ (Hervorhebung durch die Verf.). Hätte die Klientin auf die Frage, ob sie das kleine Mädchen sehen könne, mit Nein geantwortet, wäre ein anderer Therapie-Weg beschritten worden – vielleicht einfach Miteinander-in-Beziehung-Sein, nach Gendlin der Haupt-Therapie-Weg.

Und wenn Sie mögen, kehren Sie nun noch einmal zu den Vorgehensweisen von Lammers und Wendisch zurück. Spüren und erkennen Sie – trotz der Unzulänglichkeit von Sprache und Beispielen – ***dass es niemals das Gleiche sein wird?***

Wie können wir die Humanistische Psychotherapie erhalten?

Die in diesem Beitrag aufgezeigte Entwicklung wird sich nicht von selbst regulieren! Die Verhaltenstherapie wird auf absehbare Zeit alle anderen Verfahren durch Assimilation (und damit auch Veränderung) ihrer zentralen Elemente aus unserem Gesundheitssystem verdrängen. Es sei denn, wir unternehmen **jetzt** eine **gemeinsame** Anstrengung, um diese Entwicklung doch noch aufzuhalten. Wir dürfen uns nicht länger spalten (lassen)!

Es gibt jene unermüdlichen Berufskolleg/innen, die dankenswerterweise noch immer beharrlich für die berufs- bzw. sozialrechtliche Anerkennung der humanistischen Verfahren kämpfen. Es gibt viele unter uns, die bis heute tagtäglich in ihren Praxen oder Institutionen durch

ihre Arbeit die humanistischen Werte leben und am Leben erhalten. Zugleich ist in vielen von uns die resignative Seite sehr stark geworden; sie lähmt und macht vielleicht sogar gleichgültig gegenüber dieser Entwicklung. Auch das will anerkannt werden. Auch das braucht Aufmerksamkeit. Vielleicht hilft die resignative Seite, indem sie den Schmerz darüber fernhält, was uns vor 20 Jahren angetan wurde und was uns heute immer noch angetan wird? Trauer, Wut, Enttäuschung, Resignation auf der einen und das Wegbrechen wirklicher humanistischer „Inseln“ auf der anderen Seite haben vielfach zu einer Vereinzelung geführt, die die beschriebene Entwicklung erheblich verstärkt.

Wir sollten uns trauen, die Vereinzelung zu überwinden und gemeinsam nach möglichen Wegen zu suchen, die Humanistische Grundorientierung in unserem Land zu erhalten. Dazu müsste sich die Humanistische Psychotherapie neu aufstellen – sie müsste sich zumindest formal vereinen und ihr unverwechselbares, einzigartiges Profil nach außen hin deutlich machen; dieser Aufgabe widmet sich die AGHPT beispielsweise seit acht Jahren. Wir sollten außerdem das Gespräch mit den Vertreter/innen der Systemischen und der Psychodynamischen Grundorientierung suchen, um der drohenden Monokultur (vermutlich einer „Allgemeinen Psychotherapie“ unter dem Dach der VT) gemeinsam etwas entgegenzusetzen. Denn auch das Fortbestehen der Psychodynamischen Grundorientierung, die ja die sozialrechtliche Anerkennung in Form zweier Verfahren hat, ist in unserem Land bedroht.

Wie könnte das aussehen?

Auf struktureller Ebene sind folgende Ziele von besonderer Wichtigkeit:

- Wir sollten uns weiterhin für die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie einsetzen bzw. für die wissenschaftliche und nachfolgend sozialrechtliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie
- Wir sollten Beiträge leisten zum Wiederaufleben der Öffentlichkeitsarbeit (auch ein Vorschlag der „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“, AGHPT), z.B. durch Fachartikel oder Diskussionsveranstaltungen zur Humanistischen Grundorientierung und ihrer Verdrängung aus unserem Gesundheitssystem
- Wir könnten Unterstützung durch international anerkannte humanistisch orientierte Psychotherapeut/innen und Wissenschaftler/innen wie Yalom und Greenberg einholen (Vorschlag der AGHPT)
- Teilnahme an der Unterschriftenaktion der AGHPT zur Rücknahme des tendenziösen Gutachtens des WBP, der die Humanistische Psychotherapie aus reinem Machtinteresse abgelehnt hat (siehe Website der AGHPT)
- Appell an politische Entscheidungsträger, dem gesetzeswidrigen Machtmissbrauch des WBP Einhalt zu gebieten (auch Vorschlag der AGHPT)
- Wir sollten uns bei der anstehenden Neubesetzung des WBP durch die Bundespsychotherapeutenkammer dafür einsetzen, dass auch Vertreter/innen der Humanistischen Psychotherapie in den WBP kommen
- Was jeder einzelne tun kann: Junge Kolleg/innen auf die Situation aufmerksam machen und auf unsere Verbände, Fort- und Weiterbildungen hinweisen.

Das Hauptanliegen dieses Beitrages ist es, die Einzigartigkeit der Humanistischen Psychotherapie deutlich zu machen und sie vor der Vereinnahmung und Verfälschung durch die Vertreter der Verhaltenstherapie zu schützen. Hier geht es um den inhaltlichen Aspekt der Verdrängung unserer Grundorientierung, der langfristig viel mehr Schaden anrichten wird als die strukturelle Ausgrenzung.

Lösungsvorschläge auf inhaltlicher Ebene:

Auf dem Weg zu einer „integrativen“, Allgemeinen Psychotherapie? Die „Ent-Heimatung“ aufhalten:

Die Verdrängung der Humanistischen Psychotherapie in unserem Land hat ganz allmählich für viele von uns eine „Ent-Heimatung“ zur Folge gehabt. Auf der äußeren Ebene erleben viele eher Vereinzelung statt Verbundenheit. Auf der inneren Ebene und dementsprechend in der alltäglichen Arbeit glauben viele humanistisch orientierte Kolleg/innen inzwischen das, was man uns immer vorgeworfen hat: Das Klientenzentrierte Beziehungsangebot sei nur die Basis für weiterführende Interventionen und alleine nicht genügend effektiv! Das ist eine traurige Entwicklung, die viele verunsichert und veranlasst hat, ihre Arbeitsweise in Richtung Integration verschiedener verfahrensfremder Aspekte zu verändern. Ist das nicht auch ein Stück „Ent-Heimatung“? Wer psychotherapeutisch arbeitet, braucht ein „therapeutisches Zuhause“ – ein Empfinden von Zugehörigkeit und Orientierung für die tägliche Arbeit. In diesem „Zuhause“ können Wissenschafts-Modell, Menschenbild, psychotherapeutisches Verfahren und daraus abgeleitete Interventionen zueinander passen. Der Gestalttherapeut James Kepner (2005) bringt es auf den Punkt: Es ergibt keine integrative Therapie, wenn man (möglichst viele) Grundhaltungen, Methoden und Techniken kombiniert, ohne sie von einem größeren Ganzen (einer therapeutischen Grundorientierung) abzuleiten. In einer wirklich integrativen Therapie sind all diese Ebenen aufeinander bezogen. Ist dies nicht der Fall, so Kepner, passiert Folgendes: „Wenn zwei unvereinbare Ansätze aufeinandergeschichtet werden, bedeutet das entweder, (1) dass der Therapeut die Unterschiede zwischen ihnen ignoriert und den Klienten dadurch in Verwirrung stürzt, so zum Beispiel bei dem Unterschied zwischen dem Reich'schen Prinzip der Überwindung des Widerstands und der gestalttherapeutischen Auffassung, auf den Widerstand Wert zu legen; oder (2), dass der Therapeut einen der beiden übereinander gelagerten Ansätze grundlegend verändern muss, **so dass er nicht länger seiner ursprünglichen Konzeption entspricht.** (...) Ein wahrhaft integrierter Ansatz ist auf Ganzheitlichkeit sowohl in seiner Methodologie als auch in seiner Sichtweise der Person bedacht.“ (S. 72). Genau dies geschieht, wenn z. B. in der Verhaltenstherapie die Gesprächsführung – analog zur modernen Gesprächstherapie und Mentalisierungs-basierten Psychoanalyse – als Kernbehandlung gilt für die Anwendung weiterführender Interventionen. Es ist nicht mehr das Gleiche, denn diese Therapie basiert nicht mehr auf der Klientenzentrierten Beziehung, und die weiterführenden Interventionen ergeben sich in der Regel auch nicht aus dem aktuellen Prozess, sondern werden geplant und von außen strukturiert.

Dasselbe gilt natürlich für humanistisch orientierte Therapeutinnen. Wir brauchen keine „ergänzenden Interventionen“ aus anderen Verfahren, zumal sie nur äußerst selten prozessorientiert sind. *Es beginnt mit unseren Einstellungen!* Ohne unsere eigene Grundorientierung, die humanistische Heimat zu verlassen, können wir auf allen „Therapie-Wegen“ arbeiten, wie dies z. B. in der Focusing-orientierten Therapie geschieht (Gendlin 1998). Dieser Beitrag soll auch dazu ermutigen, unsere eigene Heimat wieder zu bewohnen! Wir können in der Humanistischen Psychotherapie mit Prä-Therapie arbeiten (Prouty et al., 1998), wir können mit Imagination arbeiten, mit Focusing, mit körpertherapeutischen Methoden, mit Symbolen und gestaltenden Medien, mit unterschiedlichen Selbst-Anteilen, mit Zwei-Stuhl-Dialogen usw. – wir können all dies nutzen, solange wir dies *prozess- und erfahrungsorientiert*, also akzeptierend und hochgradig abgestimmt auf das gegenwärtig sich selbst organisierende Erleben der Person tun. Die Person und ihr sich gegenwärtig verkörpernder Prozess steht im Mittelpunkt, nicht eine vorab konzipierte Behandlungsstrategie. Dies unterscheidet uns von den anderen Grundorientierungen!

Position beziehen:

Wir sollten eine klare Sprache sprechen und nicht still erdulden, dass sich die Vertreter der Verhaltenstherapie unsere Begrifflichkeiten, Konzepte und Methoden einverleiben und verstümmeln, um uns anschließend für obsolet zu erklären! Diesen Bestrebungen muss mit Nachdruck entgegengewirkt werden! Wir müssen deutlich machen: **Es wird niemals das Gleiche sein, auch wenn die Sprache ähnlich klingt!** Dazu ist es notwendig, genau hinzusehen und die Unterschiede deutlich zu machen. Das hat nichts mit Dogmatismus zu tun – ein oft gehörter Vorwurf -, sondern schlicht und einfach mit dem Weiterbestehen der Humanistischen Psychotherapie in unserem Land. Wer sich unkenntlich macht, wird nicht mehr gesehen. Es geht auch nicht um die Abschottung der vier Grundorientierungen voneinander, sondern um friedliche, fruchtbare Ko-Existenz; aber damit dies möglich wird, muss die Humanistische Psychotherapie als eigenständige Kraft *existieren können*.

Wir können jungen Kolleg/innen die Humanistische Psychotherapie nahebringen:

Viele Ausbildungsteilnehmer/innen in den VT-Instituten sind unzufrieden mit ihrer Ausbildung und suchen etwas anderes. In einigen VT-Instituten werden inzwischen Seminare zu „Emotionsfokussierten Methoden“ oder „Erlebensbezogenen Methoden“ angeboten. Dies verstärkt die in diesem Beitrag dargestellte Entwicklung, weil die jungen Therapeut/innen diese Methoden zwar begeistert aufgreifen, aber natürlich ohne gründliche Auseinandersetzung und Selbsterfahrung in ihr VT-Konzept integrieren. Außerdem wird dadurch die schon weithin sichtbare Tendenz bei jungen Kolleg/innen verstärkt, Methoden anzuwenden, anstatt aus einer gewählten und gelebten Grundorientierung heraus zu arbeiten. Der missbräuchliche Okkupationsprozess wird auf diese Weise in die Ausbildung hineingetragen. Auch an dieser Stelle haben wir die Möglichkeit, aktiv Einfluss zu nehmen und weiterzugeben, was uns am Herzen liegt! Wer hierfür Neugier, Interesse und Zutrauen verspürt, könnte dies ohne allzu großen Zeit- und Arbeitsaufwand tun. Formal oder informell könnten wir Weiterbildungs- und Supervisionsangebote **außerhalb der Richtlinien-Institute** machen (andernfalls würden wir, neben weiteren gravierenden Problemen, selbst zur Verdrängung der Humanistischen Psychotherapie beitragen). In diesem Bereich eröffnet sich ein großes Potential, das noch kaum genutzt wird.

Denkbar wären zum Beispiel Angebote in kleinen Gruppen zum Kennenlernen der Klientenzentrierten/Humanistischen Psychotherapie. Sie müssten

- kostengünstig sein (Richtlinien-Ausbildungen sind teuer)
- einen längeren Zeitraum umfassen
- den konzeptuellen Hintergrund unserer Grundorientierung vermitteln (Selbststudium und Diskussion eines Lehrbuches, zentraler Grundlagentexte und im Anschluss aktueller Entwicklungen)
- und einen hohen Selbsterfahrungsanteil enthalten (vor allem in Bezug auf prozessorientiertes Arbeiten und radikale Akzeptanz des inneren Erlebens). Auch Einzel- oder Gruppensupervision könnte in dieser Weise angeboten werden.

Junge Kolleg/innen hätten so die Möglichkeit, in einer offenen, authentischen Beziehung humanistische Konzepte und Vorgehensweisen kennenzulernen, an dieser Welt zu „schnuppern“ und zu *wählen*, welche Grundorientierung zu ihnen passt und wie sie arbeiten möchten. Solche Angebote könnten privat oder ggf. auch über unsere Verbände organisiert werden. Vorschläge dazu sind willkommen! Bei ausreichender Resonanz wäre es sinnvoll, über unsere Verbände ein Unterstützernetz aufzubauen – auch ein Schritt, die Vereinzelung ein Stück weit zu überwinden. Wäre dies nicht vielleicht eine schöne Aufgabe für interessierte Kolleg/innen, die reduzieren oder ihre praktische Tätigkeit beenden möchten? Es kann sehr beglückend sein, etwas weiterzugeben, das einem am Herzen liegt.

Fazit:

Wenn sich die beschriebene Entwicklung fortsetzt, wird die Humanistische Psychotherapie, dieser wunderbare, lebensnahe und lebensbejahende Zugang zum Menschen, aus der Therapielandschaft in Deutschland verschwinden. Sie ist weder durch eine andere therapeutische Grundorientierung ersetzbar noch kann sie in einer „Allgemeinen Psychotherapie“ erhalten werden. Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, wäre das ein unermesslicher Verlust für die Psychotherapie und auch für unsere Gesellschaft. Und wer wird in einigen Jahrzehnten noch da sein, um diesen Verlust betrauern zu können? Wenn sich diese Entwicklung fortsetzt.

Diese Entwicklung reguliert sich nicht von selbst. Wir müssen nun, da die Neubesetzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie ansteht, alle Kräfte bündeln, um der Humanistischen Therapietradition in unserem Land die Weiterexistenz zu ermöglichen und uns unsere berufliche Heimat zu erhalten.

Dieser Beitrag schließt mit einer Aussage von Leslie Greenberg zur Integration in der Psychotherapie (persönliche Mitteilung*):

„Es ist besser, eine explizite Theorie zu haben als eine implizite. Die Integration unseres Ansatzes in andere Grundorientierungen der Psychotherapie war nie meine Vision. Ich denke, die Psychotherapie ist derzeit in Gefahr, zu einer mechanistisch genutzten Ansammlung von Methoden zu verkommen, die nach Belieben und ohne Berücksichtigung des Kontextes genutzt werden. Aber was wir brauchen ist doch ein Gebäude bestehend aus einem philosophischen und wissenschaftlichen Hintergrund, aus dem wir bestimmte Grundhaltungen und ein bestimmtes Menschenbild ableiten, und dazu passende Theorien und Interventionen. Und in diesem Sinne haben für mich Integrationsbestrebungen in der Psychotherapie einen Wert; ich denke, dass wir nur solche Ansätze integrieren sollten, die miteinander verwandt sind. Meine - einige Jahre zurückliegende - Initiative, alle humanistischen und auch die existentialistischen Ansätze zu vereinen, ist gescheitert. Obwohl ich die geäußerten Einwände verstehe und wertschätze, bin ich enttäuscht darüber. Denn ich denke, dass die humanistischen Therapien nur dann eine Chance haben zu überleben, wenn wir als geschlossene Gruppe nach außen treten und eine dritte Kraft bilden gegenüber den beiden anderen Grundorientierungen, die zurzeit das Feld dominieren. Ich denke, es ist besser zu kämpfen, als sich zerstören zu lassen. Die Verhaltenstherapeuten und die psychodynamisch orientierten Therapeuten haben uns gezeigt, wie das geht: die haben sich nämlich nicht spalten lassen. Die integrieren zwar unsere Methoden in ihre Ansätze und behaupten, es sei ihres, obwohl es nicht ihres ist - aber sie haben sich niemals spalten lassen. Wir haben uns spalten lassen. Und diese Spaltung beginnt für mich im Herzen.“

Über Rückmeldungen, Unterstützung und Anfragen zu geplanten Projekten würden wir uns freuen.

Ich danke Bettina Döring, Günter Obijon und Claus Schoendorf, die mich bei der Entwicklung und Fertigstellung dieses Artikels begleitet und unterstützt haben. Außerdem danke ich allen Kolleginnen, die mir vorab Rückmeldungen zu diesem Beitrag gegeben haben; Ingrid Kesselring danke ich für ihre herzlichen Worte.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Petra Claas

E-Mail: praxis.claas@gmx.de

Literatur:

Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2017). *Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer

Eberwein, Werner: Was ist Neuropsychotherapie? Internetauftritt vom 22.1.2014

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E., Höger, D. (Hrsg.) (2012; 2. Auflage). *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis*. Heidelberg: Springer.

Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie: Handbuch der erlebungsbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Greenberg, L. S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change. The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.

*Kepner, J. I. (1995). *Healing Tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kepner, J. I. (2005; 5. Auflage). *Körperprozesse*. Bergisch-Gladbach: EHP.

Kindler, R., Tönnies, S., Wilker, F-W. (1997): Zur Aus- und Weiterbildung sowie beruflichen Situation Klinischer Psychologinnen/Psychotherapeutinnen und Klinischer Psychologen/Psychotherapeuten. Report Psychologie: 774-786.

Lammers, C-H. (2015). *Emotionsfokussierte Methoden. Techniken der Verhaltenstherapie*. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag.

Orlinsky, D-E., Howard, K-I. (1987): A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative eclectic psychotherapy 6: 6-27. (Deutsch: 1988: Ein Allgemeines Psychotherapiemodell. Integrative Therapie 4: 281-308).

Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weber, A. (2008): *Alles fühlt*. Berlin: BvT

Weiser-Cornell, A. (2013). *Die Kunst des Annehmens – Leben und Arbeiten mit Focusing*. Norderstedt: Books on Demand.

Wendisch, M. (2015): *Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen. Vom kognitiven Training zur emotionalen Transformation. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Anleitung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Wendisch, M.: Was ist Psychotherapie? Internet-Auftritt.

Wiltshko, Johannes (Hrsg.). (2008): *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas

*Leserinnen, denen die Darstellung der Beispiel-Publikationen zu ausführlich ist, können diese Passage überspringen oder überfliegen; die Kernaussagen dieses Beitrags werden trotzdem deutlich. Wer an einer vollständigen Darstellung interessiert ist, sei auf die Original-Lektüre verwiesen.

*Das Buch ist vergriffen. Eine 80-seitige Übersetzung kann bei Bedarf per E-Mail bezogen werden

*Diskussionsbeitrag von Leslie Greenberg zur Frage der Integration in der Psychotherapie auf dem Kongress „Gestalt-Therapeutinnen und Gestalt-Therapeuten im Dialog mit Leslie Greenberg“; Institut für Integrative Gestalt-Therapie, 14.-16. November 2003 in Würzburg