

Abwehr in der Gesprächspsychotherapie¹

Eva-Maria Biermann-Ratjen

„Abwehr“ zur Kennzeichnung bestimmter psychischer Prozesse ist ein psychoanalytischer Begriff. Abwehr bedeutet, dass mögliches Erleben daran gehindert wird, bewusst zu werden, also nicht erlebt wird.

Es ist keinesfalls so, dass bei allem, was erlebt werden könnte aber nicht bewusst und damit auch kein Erleben wird, anzunehmen ist, dass es abgewehrt wird. Den größten Teils dessen, was um uns herum und in unserem Inneren geschieht, bemerken wir einfach gar nicht. Einen Teil davon könnten wir wahrnehmen, wenn wir uns darauf konzentrierten, es in den Fokus unserer Aufmerksamkeit nehmen würden. Das gilt nicht für abgewehrte Erfahrung. Die lässt sich nicht einfach dadurch bewusst machen, dass wir uns auf unser Erleben konzentrieren.

Wenn Abwehr im Verlauf einer Psychotherapie auftritt, wird sie Widerstand genannt. Eine besondere Form des Widerstands ist die Übertragung.

Der Begriff Abwehr taucht bei Freud bereits 1894 in einer Studie zu den „Abwehr-Psychoneurosen“ auf (Freud, 1894a; zitiert nach Boll-Klatt, 2014, S. 21). Vor allem Freuds Tochter Anna hat ihn präzisiert und ihm ein ganzes Buch gewidmet: „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ (Freud, A., 1936).

Ausgehend von der Untersuchung neurotischer Störungen – bei verschiedenen Störungen sind verschiedene Formen von Abwehr zu beobachten - unterscheidet Anna Freud neun

Abwehrmethoden:

- Verdrängung
- Regression
- Reaktionsbildung
- Isolierung
- Ungeschehenmachen
- Projektion
- Introjektion
- Wendung gegen die eigene Person
- Verkehrung ins Gegenteil

Den Abwehrmechanismus der Sublimierung, die Verschiebung des Triebziels, rechnet sie dem Bereich der Normalität zu.

Später hat Anna Freud noch die Abwehrmechanismen

- Verneinung mithilfe der Fantasie
- Idealisierung
- Identifikation mit dem Aggressor

benannt.

Psychoanalytiker nehmen an, dass es das Ich ist, das abwehrt. Es kämpfe an vielen Fronten. Nach Anna Freud kann sich Abwehr gegen alles richten, „was Angst hervorrufen kann: Emotionen, Situationen, Über-Ich-Forderungen etc.“ (vgl. Laplanche & Pontalis, 1973, S. 31, zitiert nach Boll-Klatt, 2014, S. 21). Der Konflikt des Ich mit der Realität wird z.B. in der Ichpsychologie als für die Analyse genau so wichtig erachtet, wie die Konflikte des Ich mit dem Es und dem Über-Ich (Hartmann, 1951; zitiert nach Boll-Klatt, 2014, S. 22).

¹ Vortrag auf dem „Forum Gesprächspsychotherapie 2015“, einer jährlichen Veranstaltung der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) und des Instituts für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg.

Die meisten Psychoanalytiker nehmen heute an, dass die letztliche Motivation für die Abwehr in der Gefahr liege, dass das Ich durch bestimmte Erfahrungen in seiner Organisation zerstört bzw. überflutet wird.

Ganz ähnlich – wie hier für die Psychoanalyse referiert - definiert Rogers Abwehr als „*die verhaltensmäßige Reaktion des Organismus auf Bedrohung mit dem Ziel, die gegenwärtige Struktur des Selbst aufrecht zu erhalten. Dies wird angezielt durch die Verzerrung der Erfahrung im Gewahrsein ... oder indem die Erfahrung vor dem Gewahrsein geleugnet wird*“ (Rogers, 1959., S. 204 f.).

Im Klientenzentrierten Konzept geht es also bei Abwehr weniger um den Schutz des Ichs vor Überflutung und Zerstörung seiner Organisation durch bestimmte Erfahrung als darum, eine Bedrohung für das Selbst abzuwenden. Und es wird eher von Gewahrsein als von Bewusstsein gesprochen.

Außer der Verzerrung und der Verleugnung erwähnt Rogers auch noch andere der von den Psychoanalytikern benannten Abwehrmechanismen, z.B. die Rationalisierung, die Projektion, Zwänge und Phobien aber auch psychotische Erlebnisformen wie paranoides oder katatonisches Erleben (vgl. Keil, 2003, S. 15).

Und Rogers unterscheidet zwischen Abwehrprozessen, bei denen Erleben vom Bewusstwerden ausgeschlossen wird, von Prozessen der Desorganisation bei Erfahrungen, die nicht mit dem Selbstkonzept in seiner bestehenden Form zu vereinbaren sind. Im Zustand der Desorganisation dringen die Inkongruenz zwischen Selbst und Erleben oder auch die organismische Erfahrung, die die Inkongruenz begründet und nicht abgewehrt werden kann, gewaltsam ins Bewusstsein.

Gesprächspsychotherapeuten sprechen eher von Inkongruenz als von Abwehr.

Eine Person gilt als inkongruent, wenn die Gesamtheit ihrer organismischen Erfahrung nicht mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmt.

Die inkongruente Person ist verletzlich. Auch wenn sie die Erfahrung, die ihr Selbstkonzept infrage stellt, abwehren kann, ist sie angespannt. Wenn sie das Erleben dieser Anspannung wiederum nicht mehr abwehren kann, wenn die Anspannung bewusst wird, spürt die Person ihre Inkongruenz. Sie erlebt dann auch Angst.

Die inkongruente Person des Klientenzentrierten Konzepts ist also nicht nur mit der Abwehr ihrer aktuellen wirklichen „ganzen“ Erfahrung beschäftigt, sondern auch mit der Abwehr oder dem Erleben ihrer Inkongruenz, inneren Anspannung und Angst.

Gendlin, der auch eher wenig von Abwehr gesprochen hat, den Prozess, in dem Erleben bewusst wird, aber sehr genau beschrieben hat, nannte das Erleben der inkongruenten Person strukturgebunden. Sie erlebe in bestimmten Erfahrungsmustern, die sie möglichen neuen Erfahrungen überstülpe. Die strukturgebundene Person erlebe mehr, dass sie abwehrt, als dass sie sich ihrer Erfahrung im Hier und Jetzt zuwenden könne.

Auch Rogers ging es mehr um den **Prozess** des Bewusstwerdens von Erfahrung und dessen Störung als um die Abwehr von Erfahrung. Er hat das stark strukturgebundene Erleben einer Person in diesem Sinne mit seinem Prozesskontinuum – bzw. den Dimensionen, in denen die Veränderungen des Klienten im Verlauf einer erfolgreichen Therapie sichtbar werden - so beschrieben:

Zu Beginn der Therapie ist der Klient

- nicht offen für seine emotionale Erfahrung, distanziert sich von ihr
- wenig bereit zur Selbstexploration
- ohne Zugang zu seinem inneren Erleben
- wenig in der Lage, sich in seinem Erleben zu verstehen; benutzt seine Kognitionen zur Interpretation seines Erlebens
- wenig bereit, sich über das, was in ihm vor sich geht, mitzuteilen.

- Er erlebt seine Probleme nicht als seine Probleme und strebt nicht nach persönlicher Veränderung
- und meidet enge, im Sinne von sich über innere Erlebensprozesse austauschende, Beziehungen zu anderen Menschen.

Im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird also Abwehr als Ausdruck einer Störung des Prozesses der Selbstentwicklung beschrieben – denn wir verstehen unter Selbstentwicklung die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept, das dadurch wächst.

Rogers berichtet, dass Inkongruenz und Abwehr in der Therapie erlebbar werden und sich dabei auflösen.

Schon in seinen ersten Veröffentlichungen ist zu lesen, dass ihm aufgefallen sei, dass Klienten, wenn sie selbst bestimmen können, worüber sie sprechen möchten, immer mehr über ihre Gefühle sprechen, die mit ihrem Selbst zu tun haben. Es gehe zunehmend darum, ob ihr Erleben ihrem Selbstkonzept entspricht, sie sich in ihrem Erleben als sie selbst erkennen und akzeptieren können. Sie erlebten zunehmend, und das mache ihnen Angst, dass ihr Erleben z.T. nicht mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmt, mit diesem inkongruent ist. Sie berichteten dann auch immer häufiger von Selbsterfahrungen, die sie jetzt machten aber früher abgewehrt hätten, z.B. verleugnet oder so verzerrt erlebt hätten, dass nicht deutlich werden konnte, dass sie nicht zu ihrem Selbstkonzept passten.

Er war überzeugt davon, dass es die angstfreie Atmosphäre in der Beziehung zu einem kongruenten bedingungslos positiv empathisch beachtenden Therapeuten ist, die es möglich macht, dass sich der Klient auch selbst seinem Erleben angstfrei und akzeptierend zuwendet mit dem Effekt, dass dieses sich entfalten und die Abwehr überwinden kann und klarer und vollständiger bewusst wird. Rogers nannte diesen Prozess der Befreiung der Erfahrung – und er nahm dabei Bezug auf die Psychoanalyse - Katharsis. Er wies auch auf die Aha-Erlebnisse in diesem Prozess hin und betonte deren emotionale Seite - im Unterschied zu den eher intellektuellen Erfahrungen von Einsicht im psychoanalytischen Sinne.

Voraussetzung für die Überwindung von Abwehr ist also nach Rogers, dass sich der Klient selbstbestimmt in einer Atmosphäre von Angstfreiheit seinem Erleben zuwendet – bzw. dass der Therapeut nicht direktiv ist und den Klienten empathisch begleitet ohne ihn in seinem Erleben zu bewerten. Dementsprechend sind Rogers Annahmen darüber, wie es zur Entwicklung von Inkongruenz kommt und zum Schutz des Selbstkonzepts durch die Abwehr von Erfahrung – vor allem der eigenen organismischen Bewertung der eigenen Erfahrung. Ich werde diese Annahmen im Folgenden kurz skizzieren.

Rogers hat angenommen, dass zur gesunden psychischen Entwicklung die Herausbildung eines *Selbstkonzepts* gehört.

Für die Entwicklung eines ersten Selbstkonzepts gilt analog den Bedingungen für die Selbstkonzeptentwicklung im psychotherapeutischen Prozess: Erfahrungen können nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden, dass sie von einer anderen kongruenten Person bedingungslos positiv empathisch beachtet werden.

Sobald sich ein erstes Selbstkonzept gebildet hat und erlebt werden kann:

„So erlebe ich“, „Das bin ich“,

wird auch ein Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung sowohl durch die eigene Person als auch durch wichtige Andere erlebt. Die Person möchte sagen und hören können:

„So erlebe und bin ich, und das ist auch gut“

bzw. „Das bist Du und Du bist in Ordnung“.

Und sobald ein erstes Selbstkonzept entstanden ist, werden nur noch Erfahrungen, die diese positive Selbstbeachtung durch die eigene Person und andere ermöglichen, vollständig als Selbsterfahrungen bewusst.

Rogers hat das so erklärt: Wenn das Kind nicht bedingungslos anerkannt werde, d.h. nur bei bestimmten Selbsterfahrungen empathische positive Beachtung erfahre, würden diese fremden Bewertungen seiner Erfahrungen mit den Erfahrungen assoziiert. Wenn sich später solche mit

fremder Bewertung assoziierte Erfahrungen wiederholten, mache das Kind nicht mehr seine eigene und von ihm selbst organismisch beurteilte Selbsterfahrung. Vielmehr erlebe es eine Selbstbeurteilung von der Art, wie es sie früher durch wichtige Andere erfahren hat. Man könne dann sagen, das Kind habe Bewertungsbedingungen internalisiert. Und das bedeutet: die eigene organismische Bewertung der Erfahrung wird ersetzt durch ihre Bewertung nach dem Muster ihrer früheren Bewertung durch wichtige Andere.

Die frühere Bewertung der Erfahrung durch wichtige Andere lautet – wie die Selbstbewertung unter dem Einfluss von internalisierten Bewertungsbedingungen heute - immer auch: „Nicht der bedingungsfreien positiven Beachtung wert“.

Das ist eine verharmlosende Verbalisierung der Erfahrung einer Selbstbeurteilung auf der Grundlage von internalisierten Bewertungsbedingungen. Die Beurteilung „nicht der bedingungsfreien positiven Beachtung wert“ kann nämlich als vernichtend erlebt werden und so, als beträfe sie die ganze Person - und nicht nur bestimmte Selbsterfahrungen. In der Regel wird nicht bewusst, dass solche Selbstbewertungen nach dem Muster einer früheren Bewertung durch wichtige Andere erfolgen, also eigentlich fremde sind.

Diese eigentlich fremden Beurteilungen der Erfahrung sind eine Ursache der Verteidigung gegen das Erleben, der Abwehr der Erfahrung. Sie führen

- zum strukturgebundenen Erleben,
- zur Verslossenheit gegenüber dem Prozess des Bewusstwerdens der eigenen Erfahrung und ihrer organismischen Bewertung,
- zur Angst vor der Selbsterfahrung
- und davor, dass andere sie sehen könnten.

Das Konzept der internalisierten Bewertungsbedingungen ist dem psychoanalytischen Konzept eines Über-Ich nicht unähnlich.

Aber das Menschenbild, im Rahmen dessen Rogers auch seine Vorstellungen von Abwehr und ihrer Motivierung entwickelt, unterscheidet sich sehr stark von dem Freuds. Das bringt Rogers selbst zum Ausdruck, indem er Freud zur Notwendigkeit der Kontrolle des impulshaften Es durch das Über-Ich und zur Notwendigkeit der Abwehr z.B. so zitiert:

„Unsere Seele, jenes kostbare Instrument mittels dessen wir uns im Leben behaupten, ist nämlich keine in sich friedlich geschlossene Einheit, sondern eher einem modernen Staat vergleichbar, in dem eine genuß- und zerstörungssüchtige Masse durch die Gewalt einer besonnenen Oberschicht niedergehalten werden muss ... Den Kern unseres Wesens bildet (also) das dunkle Es ... Das einzige Streben dieser Triebe ist nach Befriedigung ... Aber sofortige und rücksichtslose Triebbefriedigung, wie sie das Es fordert, würde oft genug zu gefährlichen Konflikten mit der Außenwelt und zum Untergang führen ... es gehorcht dem unerbittlichen Lustprinzip ...“ (Rogers, 1978, S. 27f).

Dagegen sagt Rogers: „Im Gegensatz zu der Auffassung, dass die tiefsten Instinkte des Menschen destruktiv sind, bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass Menschen, denen die Möglichkeit gegeben wird, wahrhaft zu werden, was sie zutiefst sind, wenn sie die Freiheit haben, ihre eigentliche Natur zu entfalten, immer eine deutliche Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchmachen“ (Rogers, 1983, S. 136).

„Diese Tendenz zur Ganzheit kann den Organismus beispielsweise in einem Augenblick veranlassen, Nahrung oder sexuelle Befriedigung zu suchen. Doch solange diese Bedürfnisse nicht überwältigend stark sind, wird ihre Befriedigung auf eine Weise angestrebt, die z.B. das Verlangen nach Selbstachtung mehr steigert als es zu vermindern ...“ (a.a.O. S. 137).

Rogers versichert uns immer wieder, dass die Aktualisierungstendenz eine positive Richtung habe, auch wenn sie sich im Erleben triebhafter Bedürfnisse und dem Bestreben diese zu befriedigen äußert.

Eine Person, die in ihrem Selbsterleben stark von internalisierten Bewertungsbedingungen bestimmt ist, wird über sich selbst aber eher wie Freud als wie Rogers denken und Angst haben, sich selbst einfach das eigene Leben leben zu lassen und dabei die eigenen Selbsterfahrungen machen zu lassen. Sie meint eher, sich im Zaum halten und damit vor Ablehnung, berechtigter

Kritik und auch Selbstkritik schützen zu müssen. Das ist oft keineswegs bewusst. Aber wir als Therapeuten können am Prozesskontinuum und am strukturgebundenen Erleben ablesen, wie das aussieht, wenn sich eine Person an der Selbsterfahrung hindert.

Eine erste Antwort auf die Frage:

Wie geht der Gesprächspsychotherapeut mit der Abwehr um?

lautet also: Die zweite Bedingung für den erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess ist, dass der Klient inkongruent ist. Das heißt: Der Gesprächspsychotherapeut erwartet und achtet bevorzugt auf Hinweise auf das Erleben von Inkongruenz in den Mitteilungen des Klienten. Und er geht mit Äußerungen des Erlebens von Inkongruenz, von Angst vor der Erfahrung und von Abwehr der Erfahrung genau so um, wie es dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot entspricht: Er versucht den Klienten in diesem Erleben empathisch zu verstehen, und zwar möglichst genau, so genau, als sei es das eigene Erleben. Er versucht es in allen seinen Facetten nachzuvollziehen, aber nicht mit seinem eigenen Erleben zu verwechseln. Er konzentriert sich darauf, wie der Klient sich selbst erlebt und in diesem Erleben beurteilt und achtet dabei darauf, ob er selbst den Klienten in dessen Selbsterfahrungen, auch im Erleben seiner Abwehr, gleich bleibend positiv beachten kann.

Dabei können Modelle, Vorstellungen davon, wie im Detail Inkongruenz und Abwehr erlebt werden und wie Hinweise darauf aussehen können, dass sich eine Person ihrer Erfahrung verschließt, durchaus hilfreich sein.

Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich im Folgenden als Beispiel auf die Vorstellungen des holländischen Psychiaters Hans Swildens (1991; 1993; 2003; 2015) hinweisen.

Swildens war einer der ersten Gesprächspsychotherapeuten, die - wie Anna Freud - eine Beschreibung unterschiedlicher psychischer Störungsbilder auf der Grundlage von unterschiedlichen Formen von Inkongruenz und Abwehr vorgeschlagen haben.

Swildens geht wie Rogers davon aus, dass sich bei nur bedingter empathischer Beachtung und Wertschätzung des Kindes in seinem Erleben ein verletzliches Selbstkonzept herausbildet, dass in seiner Integrität bei bestimmten Erfahrungen als bedroht erlebt wird. Um die Unvereinbarkeit bestimmter neuer Erfahrungen mit dem Selbstkonzept nicht zutage treten zu lassen und das Selbstkonzept zu schützen, würden neue Erfahrungen manipuliert. Das Ausmaß der Gefährdung des Selbstkonzepts durch Erfahrung lasse sich unter anderem daran ermessen, ob und wie sich die Person den zentralen Themen des Menschseins stellt:

- der *Faktizität*, dem Gewordensein, so und nicht anders auf die Welt gekommen zu sein und diese und auch deshalb keine andere Lebensgeschichte zu haben
- der *Existentialität*, dass wir eine Zukunft haben, an deren Ende der sichere Tod steht, der Endlichkeit des Lebens
- der *Leiblichkeit*, der Körpergebundenheit des Lebens und Erlebens
- der *Mitmenschlichkeit*: wir sind und werden durch Andere, die wir uns nicht aussuchen können, die, die wir sind.

Wichtiger als die Namen der Operationen zur Abwehr von Erfahrungen – die alle psychoanalytischer Herkunft seien – sei die Frage, was jeweils aus der Selbsterfahrung ausgeklammert wird - und wie die Verteidigung gegen die Erfahrung aussieht.

Die Mythe, die persönliche Lebensgeschichte, die wir uns und anderen erzählen, die unsere Identität konstituiert, mit allem, wovon in ihr berichtet wird und was durch sie verschwiegen wird, berichtet vom persönlichen Gewordensein aber auch vom Nichtgewordensein. Sie enthält die Erklärung für das Selbstkonzept und für das Alibi: die Übersetzung der Unfähigkeit, das Selbst zu werden, das man in Wahrheit ist, in Verhalten: Das Alibi enthalte die Antwort auf die Frage, was die Person tut statt zu leben und sich dessen bewusst zu werden. Das Alibi mache die Art der Verteidigung gegen die Erfahrung sichtbar.

Swildens weist darauf hin, dass wir Menschen uns, wenn wir uns bedroht fühlen, wie die Tiere durch verschiedene Verhaltensweisen zu schützen versuchen:

- durch *Erstarren* – besonders deutlich bei depressivem Erleben
- durch *Flucht* – Angstpatienten sind dauernd auf der Flucht vor möglichem Erleben, schließlich auf der Flucht vor der Angst vor der Angst usw.

- durch *Täuschung* – es wird ein Erleben vorgespielt, damit niemand auf den Gedanken kommt, zu fragen, was wirklich erlebt wird, und durch
- *Kontrollieren* – alles wird daraufhin untersucht, ob es zu bestimmten gefährlichen Erfahrungen führen könnte, die verhindert werden müssen, notfalls durch Angreifen, in die Flucht schlagen, zerstören etc.

Die inkongruente Person reagiert, wenn ihr Erfahrung droht, die ihr Selbstkonzept in Frage stellen könnte, wie auf einen angreifenden Feind und verpasst dadurch ihr tatsächliches Leben:

In der andauernden Beschäftigung damit, was in der nahen oder fernen Zukunft zu befürchten und/oder in der Vergangenheit falsch gelaufen ist, gerät die gegenwärtige Selbsterfahrung aus dem Blickwinkel.

- Die depressiv erstarrte Person erlebt nicht ihr Leben sondern ihre Lebensunfähigkeit.
- Die ängstliche ist in ihrer Angst vor der Angst dauernd auf der Flucht vor ihrer Erfahrung, vermeidet nicht nur Angstquellen sondern ihr Leben.
- Das tut auch die Person, die Erleben zur Verdeckung des wahren Erlebens sucht, indem sie sich selbst und/oder anderen etwas vorspielt oder gar bestimmtes Erleben durch Veränderung des Bewusstseinszustandes, wie bei der Einnahme von Drogen z.B., künstlich herstellt.
- Der Zwang zur Kontrolle gefährlichen Erlebens und seiner Auslöser schließlich kann zum ausschließlichen Erlebensinhalt werden.

Welche Auswirkungen es für unser Verstehen eines Klienten hat, wenn wir seine Vermeidung des Erlebens der menschlichen Lebensbedingungen mitbekommen

- des Gewordenseins
- des Lebens in einem Körper und zwar in diesem
- einer Zukunft, an deren Ende der Tod steht
- in Abhängigkeit von anderen Menschen, die wiederum von uns und unserem Umgang mit unserem Erleben abhängig sind
- und dass wir diesen Bedingungen nicht entkommen können und dagegen gar nichts tun können, egal was es für uns und unser Selbstverständnis bedeutet,

was es also für einen Klienten bedeutet, wenn er in diesen Selbsterfahrungen und ihrer Abwehr nicht angenommen oder allein gelassen worden ist mit dem Effekt, dass er sich heute solchen Erfahrungen nicht überlassen kann und will,

das möchte ich jetzt Ihrem Vorstellungsvermögen überlassen.

Sie werden vielleicht entdecken, dass sich neue Möglichkeiten des Verstehens auftun.

Zum Schluss möchte ich mich und Sie noch kurz mit der „Übertragung“ beschäftigen.

Wir gehen als Gesprächspsychotherapeuten davon aus, dass es unsere Aufgabe ist, den Klienten in seinem Sich-Selbst-Erleben empathisch zu verstehen und zu respektieren. Wir gehen aber auch davon aus, dass der Klient im therapeutischen Gespräch dauernd überprüft, ob unsere Mitteilungen bezüglich dessen, was wir von seinem Erleben jetzt empathisch verstanden haben, wirklich seinem inneren Erlebensprozess, seinem „felt sense“, entsprechen.

Und wir nehmen an, dass sich der Klient in einem gelingenden therapeutischen Prozess zunehmend selbst seinen Selbsterfahrungen zuwendet und dabei selbst entdeckt, dass und wo er Erfahrungen macht, die nicht mit seinem Selbstkonzept übereinstimmen, wie er damit umgeht und wie sich das anfühlt.

Ich habe bisher Rogers Überlegungen zur Genese der Abwehr – die Behinderung der Aktualisierung durch das Bestreben Erfahrungen zu vermeiden, die das Selbstkonzept in seiner bestehenden Form in Frage stellen - dargestellt und Swildens differentielle Modellvorstellungen von der Verteidigung gegen bedrohliche Selbsterfahrung. Beide Konzepte helfen, den Klienten in seinem durch Abwehr bestimmten Erleben empathisch zu verstehen und anzunehmen.

Man kann aber auch sagen: „Ja, so verläuft ein therapeutischer Prozess, wenn er läuft.“ Was aber, wenn er nicht läuft? Wenn der Klient in seiner Inkongruenz verharrt, ohne dass ihm diese bewusst wird, und in seiner Abwehr der Selbsterfahrung im Hier und Jetzt? Wenn er bei seiner Symptomatik bleibt und nicht auf sich selbst schaut?

Psychoanalytikern gilt die Übertragung als der Königsweg zum Abgewehrten.

Sie gehen davon aus, dass sich in dem, wie der Klient den Therapeuten erlebt und behandelt, zeigt, was er sich von seinen frühen Bezugspersonen gewünscht hat und was er mit ihnen erlebt hat, vor allem was den Umgang mit dem Erleben des Klienten als Kind angeht. Klienten wünschen sich bzw. befürchten genau das heute vom Therapeuten - und zwar um so mehr, je weniger sie von den Erfahrungen, die sie als Kind mit den frühen Bezugspersonen gemacht haben, in ihr Selbstkonzept integrieren konnten. Sie erwarten Beurteilungen ihres Erlebens und versuchen diesen Beurteilungen zuvor zu kommen. Dabei kann es dazu kommen, dass sie dem Therapeuten unterstellen, dass er so ist, wie sie das befürchten, bzw. dass sie überzeugt davon sind, wahrzunehmen, was sie befürchten wahrnehmen zu müssen.

Ich habe den Begriff der Übertragung hier in einer Form zu veranschaulichen versucht, die mit dem Klientenzentrierten Konzept kompatibel ist, wobei viele Gesprächspsychotherapeuten finden, dass der Begriff der Übertragung nicht mit dem Klientenzentrierten Konzept kompatibel ist.

Rogers hat berichtet, dass Übertragung häufig vorkomme. Sie sei ein eher störendes, möglichst zu vermeidendes Phänomen, das möglichst schnell aufzulösen sei z.B. dadurch, dass der Therapeut transparent ist. Andere Gesprächspsychotherapeuten, z.B. Shlien (1990), haben vertreten, dass es die Übertragung gar nicht gebe, jedenfalls nicht so, wie sie von den Psychoanalytikern beschrieben und gedacht sei.

Heute wird eher, z.B. von Finke (2004), beschrieben, dass sehr wohl so etwas wie Übertragung in psychotherapeutischen Prozessen zu beobachten sei. Er weist aber zugleich darauf hin, dass der Therapeut mit seinem eigenen Verhalten und Erleben viel dazu beitrage, wie er vom Klienten wahrgenommen wird. Nicht jede Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten sei eine Fiktion des Klienten.

Rogers empfiehlt mit übertragungsbedingtem Erleben des Klienten wie mit anderen Mitteilungen des Klienten über sein Erleben umzugehen, sie als Selbsterfahrungen aufzugreifen und als solche empathisch bedingungslos positiv zu beachten.

Das ist nicht immer einfach. Manchmal ist es sogar ausgesprochen schwer, eine Befürchtung des Klienten empathisch und nicht wertend aufzugreifen, z.B. wenn der Klient in seiner Angst oder Angstabwehr dem Therapeuten bestimmte Motive unterstellt.

Ein Mitarbeiter von Rogers, Carkhuff, hat schon 1969 eine Skala entwickelt, auf der zu raten ist, ob und wie der Therapeut Äußerungen des Klienten über seine Beziehung zum Therapeuten aufgreift. Er hat sie Skala zur Einschätzung der „immediacy“, also „Unmittelbarkeit“ des Therapeuten genannt. Sie hat fünf Stufen:

1. Der Therapeut ignoriert alle Beziehungsanspielungen des Patienten.
2. Der Therapeut greift die Bezugnahme auf seine Person gelegentlich indirekt, meistens aber gar nicht auf.
3. Der Therapeut geht in sehr allgemeiner Weise auf die Beziehungsanspielungen des Patienten ein.
4. Der Therapeut greift die Beziehungsandeutungen des Patienten in behutsamer Weise auf.
5. Der Therapeut bezieht sich direkt und intensiv auf die seine Person betreffenden Andeutungen.

Je höher das Ranking des Therapeutenverhaltens auf dieser Skala, desto besser für den Therapieverlauf.

Im Deutschen wird heute seltener von Immediacy als vom „Beziehungsklären“ gesprochen.

Finke widmet ihm viele Seiten in seinem Buch „Gesprächspsychotherapie“ und stellt „Gesprächsregeln“ für das „Beziehungsklären“ (Finke, 2004, S. 60) auf. Sie beinhalten auch die Empfehlung, mit Übertragungsäußerungen wie mit anderen selbstexplorativen Äußerungen des Klienten umzugehen:

1. „Greifen Sie Ihre Person betreffende Bemerkungen, Klagen, Lob, Wünsche, unbedingt auf.
2. Versuchen Sie, die hinter solchen Bemerkungen stehenden Gefühle und Erwartungen und Vorstellungen zu erfassen und zu verbalisieren.
3. Zeigen Sie Interesse an den Vorstellungen, Phantasien und Wünschen, die der Patient in Bezug auf Ihre Person und Ihre Rolle als Therapeut hat.

4. Verweilen Sie bei der Beschäftigung des Patienten mit Ihrer Person, verdeutlichen Sie die verschiedenen Aspekte dieser Einstellung, bevor sie biografische Zusammenhänge ansprechen.
5. Denken Sie immer daran, dass auch Äußerungen des Patienten, die nicht direkt die Beziehung thematisieren, als Botschaft an Sie gemeint sein können.“

Diese 5 Punkte sind eine Aufzählung, nicht eine Skala.

Wenn Sie sich jetzt daran erinnern, was Sie an Äußerungen Ihrer Klienten über Sie in Ihren Therapiegesprächen erlebt haben, dann werden Sie merken:

Unsere Klienten erwarten von uns, nicht bedingungslos angenommen zu werden, wünschen sich aber, dass wir das tun.

Sie fürchten und erwarten von uns und unterstellen uns Beurteilungen, die ihren internalisierten Bewertungsbedingungen entsprechen.

Es ist oft gar nicht leicht, in den Aussagen des Klienten über uns die Mitteilung einer Selbsterfahrung des Klienten zu sehen, also seines Erlebens in seinem Inneren Bezugsrahmen.

Auch wenn wir getroffen sind von dem, was der Klient über uns sagt, oder wir ihm einfach recht geben möchten: Es ist wichtiger, was es für den Klienten bedeutet, uns so wahrzunehmen wie er es tut, als ob wir so sind, wie er uns wahrnimmt.

Literatur

- Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2014). *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen, Modelle, Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations, a primer for lay and professional helpers*. Vol. 1: Selection and training. Vol. 2: Practice and research. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (22. Aufl., 2012). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie, Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Keil, W. W. (2003). Abwehr. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 15-16). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: a study of a science*, Vol. 3 (pp. 184-256). New York: McGraw Hill. (Deutsch: Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1978). *Die Kraft des Guten*. München: Kindler (zitiert aus der ungekürzten Lizenzausgabe, Buchclub Ex Libris, Zürich, 1980).
- Rogers (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (22. Aufl., 2013). Frankfurt/M.: Fischer (Reihe: Geist und Psyche).
- Shlien, J.M. (1990). Eine Gegentheorie zur Übertragung. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann & W.M. Pfeiffer (Hrsg.), *Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Jahrbuch 1990* (S. 43-74). Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag. (Original erschienen 1988: Prozessgerichtete gesprekstherapie)
- Swildens, H. (1993). Kurze Einführung in das Thema der Psychopathologie. In: J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 63-70). Köln: GwG-Verlag.

- Swildens, H. (2003). Mythe. In: G. Stumm, J. Wilschko & W. W.Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 213-214). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Swildens, H. (2015). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen* (5. erweiterte Auflage). Köln: GwG-Verlag.