

**Theoretische Annahmen  
personenzentrierter Beraterinnen und Berater,  
die mit Familien arbeiten**

**Eine qualitative Studie**

**Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.**

**der Philosophischen Fakultät**

**der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

**vorgelegt von**

**Torsten Ziebertz**

**Erstgutachterin: Univ. Prof. Dr. Christine Schwarzer**

**Zweitgutachter: Univ. Prof. Dr. Eckhard König**

## **Vorwort**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Prof. Dr. Klaus Sander, Dr. Eberhard Krüger und Dr. Norbert Posse möchte ich meinen tief empfundenen Dank aussprechen für die viele Zeit und Geduld, die sie mir in zahllosen fachlichen Diskussionen entgegen gebracht haben.

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die Beraterinnen und Berater, die sich bereitwillig und engagiert auf die Interviews eingelassen haben. Ihnen gebührt ein besonderer Dank.

Mein Dank gilt ebenso Ulrich Esser, Prof. Dr. Jürgen Kriz und der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meiner Familie:

Meinen Kindern Enya, Elian und Emilia, die es immer wieder geschafft haben, mich vom Schreibtisch wegzulocken und mich daran erinnerten, dass es noch anderes im Leben gibt als eine Dissertation.

Meiner Frau, Denise Ziebertz, die in den letzten Jahren zu viel auf mich verzichten musste, danke ich für ihr Vertrauen, ihre Liebe und ihren Rückhalt.

Oberhausen, im April 2011

Torsten Ziebertz

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	2
<b>1. Einleitung</b>	7
1.1. Einführung in das Thema	7
1.2. Aufbau der Arbeit	13
<b>Teil A</b>	
<b>2. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie</b>	15
2.1. Definitionen	15
2.2. Historische Entwicklung	17
2.3. Entwicklung der Gesprächspsychotherapie	19
2.4. Exkurs: Der personenzentrierte Begriff der Person	22
2.5. Theoretische Grundlagen	24
2.6. Inkongruenzerfahrungen des Menschen	37
2.7. Exkurs: Die Humanistische Psychologie	38
2.8. Das therapeutische Beziehungsangebot	41
2.9. Prozesskontinuum	48
2.10. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierter Ansatz – heute	51
<b>3. Stand der Forschung</b>	52
3.1. Was hat Rogers über Familie geschrieben?	53
3.2. Warum lassen sich Rogers‘ Arbeiten nicht auf Familien übertragen?	55
3.3. Welche Arbeiten gibt es bereits zu einer Personzentrierten Theorie der Familie?	55
3.3.1. Personzentrierte Systemtheorie	56
3.3.2. Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie	63
3.3.3. Personzentrierte Familientherapie (Person-Centered Family Therapy)	65

<b>4. Die Familie</b>	68
4.1. Definitionen	68
4.2. Aktuelle Lebenssituation von Familien in Deutschland	70
4.2.1. Sinkende Heiratszahlen	71
4.2.2. Steigende Scheidungszahlen	71
4.2.3. Sinkende Geburtenzahlen	72
4.2.4. Wachsende Alternativen zur traditionellen Kleinfamilie	73
4.3. Zur Notwendigkeit von Familienberatung	74
4.4. Risiko- und Schutzfaktorenkonzept	76
4.4.1. Risikofaktorenkonzept	76
4.4.2. Schutzfaktorenkonzept	78
4.5. Von der Familie zum System	80
4.6. Definition von System	80
4.6.1. Abgrenzung System/ Umwelt	80
4.7. Grundprinzipien systemischen Denkens	81
4.7.1. Kybernetik 2. Ordnung	82
4.7.2. Konstruktivismus	83
4.7.3. Autopoiese	86
4.7.4. Selbstorganisation	88
4.7.5. Synergetik	88
4.8. Familiensystemtheorie	92
<b>5. Zusammenfassung</b>	96

## **Teil B**

<b>6. Grundhypothesen</b>	98
<b>7. Ziele der Untersuchung</b>	99
<b>8. Forschungsfragen</b>	99
8.1. Hauptfragestellung	99
8.2. Weitere Fragestellungen	100
<b>9. Design der Untersuchung</b>	101
9.1. Durchführung der Untersuchung	101
<b>10. Die Methoden der Untersuchung</b>	102
10.1. Die Erhebungsmethode: Das Leitfadenterview	102
10.2. Die Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	105
<b>11. Stichprobenbeschreibung</b>	110
<b>12. Untersuchungsergebnisse</b>	115
12.1. Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse	116
12.2. Reliabilitätskontrolle	133
<b>13. Auswertung der Fragebogen</b>	134
13.1. Theorieansätze	134
13.2. Weitere Lernfelder	141
13.3. Fragebogen zu systemischen Beratungsmethoden	144
<b>14. Die empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretischen Fragestellungen</b>	149
<b>15. Konsequenzen der Studie und Ausblick</b>	154

<b>16. Literatur</b>	157
<b>17. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	171
<b>18. Eidesstattliche Erklärung</b>	173
<b>19. Lebenslauf</b>	174
<b>20. Anhang</b>	175
20.1. Interviewleitfaden	175
20.2. Anlage A: Skalierungsfragebogen	177
20.3. Anlage B: Persönliche und berufsbezogene Daten	178
20.4. Fragebogen zu systemischen Beratungsmethoden	179
20.5. Mittelwerte des Skalierungsfragebogens	180

## 1. Einleitung

*„Für die Ausbildung braucht es nicht nur ein Bündel klar differenzierter Techniken, sondern auch eine Reihe von übergreifenden Konzepten, die den Techniken erst Sinn verleihen“  
(Minuchin u. Fishman 1983, S. 25).*

### 1.1. Einführung in das Thema

Personzentrierte Berater und Therapeuten sind von ihrem originären Ansatz her für ein dyadisches Setting ausgebildet worden: *Ein Klient spricht mit einem Berater*. Dies beinhaltet auch die von Carl R. Rogers (1999, S.417 ff.) zu Grunde gelegte Persönlichkeitstheorie des Individuums. Hierin werden Grundannahmen formuliert, wie sich der einzelne Mensch psychologisch konstituiert und strukturiert (Wahrnehmung, Erleben, Verhalten, Kognition, Störungsannahme, Möglichkeiten der Veränderung).

Eine beträchtliche Zahl personzentrierter Berater<sup>1</sup> arbeiten aber heute in der Familien- und Elternberatung (vgl. Thurn u. Wils 1998, S.51), also in einem Bereich, in welchem ihnen nicht nur ein Mensch gegenüber sitzt, sondern eine Familie. Da es in Deutschland z. Z. keine explizite Ausbildung in „Personzentrierter Familienberatung und –therapie“ gibt, können wir also feststellen, dass diese Berater nun in einem Setting arbeiten, für welches sie originär nicht ausgebildet sind.

In dieser Arbeit soll nun der Frage nachgegangen werden, wie sich dieser Umstand auf das Denken der Berater auswirkt.

Das besondere Forschungsinteresse zielt dabei nicht auf die Ebene der konkreten Handlungen (Methoden und Interventionen), also auf die Frage: Wie können personzentrierte Berater methodisch mit Familien arbeiten, ohne dabei ihrem Menschenbild und ihrer Beziehungstriade (Kongruenz, Akzeptanz, Empathie) zu

---

<sup>1</sup> Im Weiteren wird der Begriff „Berater“ synonym für Berater und Therapeuten verwendet, da hier die Ansicht vertreten wird, dass im weiten Bereich der „Familienarbeit“ i.d.R. Beratung stattfindet, aber nicht immer Psychotherapie. Zur besseren Lesbarkeit wird die grammatikalisch männliche Form gewählt, es mögen sich aber beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlen.

widersprechen. Hierzu existieren zahlreiche Arbeiten (z.B. Wolf 1985, Schnabel 1986, Esser 1985/ 1987, Heekerens 1989, Goetze 2002, Ziebertz 2003, Behr 2006)

Es interessiert die Frage, welche Annahmen oder Hypothesen die Berater haben, wenn sie da eigentlich beraten.

- Was ist für diese Berater eigentlich eine Familie?
- Wie kommunizieren Familienmitglieder miteinander?
- Welche Risikofaktoren gibt es, die eine familiäre Störung begünstigen oder verursachen können?
- Welche Schutzfaktoren hat eine Familie, die eine familiäre Störung verhindern oder abmildern können?
- Welche Vorstellung haben die Berater, wie in einer Familie Veränderung geschehen kann, um eine Störung zu beheben oder abzuwenden?

Zu diesen Fragen gibt es bislang in Deutschland, sowie international, nur rudimentäre Ansätze.

Es wird vermutet, dass die Berater auf diesen Konflikt mit einer „kognitiven Dissonanz“ (Festinger 1978) reagieren.

Der Begriff „Dissonanz“ stammt aus der Musik und meint Misston oder Unstimmigkeit. Demgegenüber bedeutet das Pendant „Konsonanz“ harmonischer Gleichklang oder Übereinstimmung (vgl. Wieser 2007).

Die sozialpsychologische Theorie der Kognitiven<sup>2</sup> Dissonanz geht zurück auf Leon Festinger (1957, deutsch 1978) und meint „... den konflikthaften Zustand, den jemand erlebt, nachdem er eine Entscheidung getroffen hat, eine Handlung ausgeführt hat oder einer Information ausgesetzt worden ist, die zu vorherigen Meinungen, Gefühlen oder Werten im Widerspruch steht. Es wird angenommen, dass ein aversiver Zustand entsteht, den die Person gerne reduzieren oder beseitigen möchte, wenn ihre Kognitionen über das eigene Verhalten und die Einstellungen, die dieses Verhalten betreffen, dissonant (unvereinbar) sind. Aktivitäten zur Dissonanzreduktion verändern

---

<sup>2</sup> „By the term *cognition* (...) I mean any knowledge, opinion, or belief about the environment, about oneself, or about one's behavior“ (Festinger 1957, S. 3)

diesen unangenehmen Zustand und dienen dazu, von neuem Konsonanz unter den Kognitionen herzustellen“ (Zimbardo u. Gerrig 1996, S. 433).

Ein viel zitiertes Beispiel (Festinger 1957; Wieser 2007) für eine kognitive Dissonanz ist das des Rauchers. Ein Raucher hat die Einstellung, dass er gerne raucht. Zeitgleich ist er durch seine Umwelt der Erfahrung oder Information ausgesetzt, dass Rauchen stark gesundheitsgefährdend ist. Wie Festinger (1957; Festinger u. Carlsmith 1959) experimentell bewiesen hat, neigt der Mensch dazu, diese kognitive Dissonanz zu beseitigen und kognitive Konsonanz herzustellen. Dies kann nur gelingen, indem der Mensch seine Kognitionen verändert oder erweitert. Je stärker die Dissonanz ist, umso stärker ist auch der Druck des Individuums, diesen Druck zu beseitigen.

Bezogen auf das Raucher-Beispiel gäbe es folgende Möglichkeiten, die kognitive Dissonanz zu reduzieren:

1. Das Rauchen aufgeben, um keine Gesundheitsgefährdung zu riskieren
2. Informationen oder Erfahrungen, die auf eine Gesundheitsgefährdung hindeuten, vermeiden oder ignorieren
3. Weniger zu rauchen, damit die Gesundheitsgefährdung geringer ausfällt
4. Die Gesundheitsgefährdung in Kauf nehmen und weiter rauchen

(vgl. Wieser 2007)

Der in den personenzentrierten Diskurs hier neu eingeführte Begriff der Kognitiven Dissonanz bedeutet in der Übertragung auf die Beratungssituation, dass bei den Beratern dieser gedankliche Missklang aus widersprüchlichen Erfahrungs- bzw. Einstellungselementen entstehen könnte. Auf der einen Seite stehen die in der Ausbildung gelernten und ins Selbstkonzept integrierten wissenschaftlich fundierten Theorien und auf der anderen Seite die Erfahrungen in der Beratungspraxis mit den Familien. „In generell, if dissonance exists between two elements, this dissonance can be eliminated by changing one of those elements“ (Festinger 1957, S. 18). Da die Berater vermutlich ihre Beratungspraxis mit Familien nicht unbedingt ändern können oder wollen, bleibt nur der Ausweg, die eigenen Kognitionen zu verändern oder zu erweitern. „It is clear, that in order to eliminate a dissonance completely, some cognitive element must be changed. It is also clear, that this is not always possible.

But even if it is impossible to eliminate a dissonance, it is possible to reduce the total magnitude of dissonance by adding new cognitive elements” (Festinger 1975, S. 21)

Der Begriff der „Kognitiven Dissonanz“ könnte an den personenzentrierten Begriff der „Inkongruenz“ erinnern. In Abgrenzung zum Begriff der „Inkongruenz“ kann die Kognitive Dissonanz i.d.R. vom Individuum allein bewältigt werden, wohingegen die Inkongruenz als Therapie-Indikation gesehen wird, also externaler Hilfe bedarf.

Die Frage, was sich personenzentrierte Berater während ihrer Arbeit mit dem Klienten „Familie“ überlegen, führt zu ihren theoretischen Annahmen.

Bezogen auf den Ausgangspunkt dieser Arbeit wird vermutet, dass viele Berater ihre gelernten wissenschaftlichen Theorien erweitern, und eigene theoretische Vorstellungen bilden. Dies meint, dass sie in erster Linie die Persönlichkeitstheorie von Rogers (S. 21 ff.), die sich auf die Psychologie des einzelnen Menschen bezieht, erweitern auf ein Psychologie des Systems „Familie“. Dies bedeutet nicht, dass die Berater ihre „ . . . Leerstellen in ihren kognitiven Netzen einfach mit fertigen Wissenseinheiten auffüllen, sondern indem sie diese umformen und in schon vorhandene kognitive Strukturen integrieren“ (Ausubel 1974, zit. nach Vicini 1993, S.12). So bilden sich, aufbauend auf den gelernten wissenschaftlichen Theorien, eigene theoretische Annahmen (Vorstellungen, Ideen, Bilder usw.), welche bei den Beratern die o.g. kognitive Dissonanz reduziert oder auflöst.

Diese konkreten theoretischen Annahmen der Berater finden in der Literatur keine direkte Entsprechung, Beschreibung oder Erläuterung. Um eine größtmögliche Annäherung an den Begriff „theoretische Annahmen“ zu ermöglichen, scheint eine Suche nach ähnlichen oder verwandten Begriffen sinnvoll. Die größte Verwandtschaft besteht zum Begriff der „Subjektiven Theorien“ (z.B. Groeben, Scheele et al. 1988). Im Folgenden soll der Begriff „Subjektive Theorien“ kurz erläutert werden, da er den hier erforschten theoretischen Annahmen ähnlich ist. Zur Abgrenzung der beiden Begriffe ist zu sagen, dass subjektive Theorien ein weiter verzweigtes kognitives Netz ausloten, wohingegen sich die theoretischen Annahmen hier auf den Ausschnitt „Familie“ fokussieren.

Unter subjektiven Theorien ist nach Groeben und Scheele (1982, zit. in Vicini 1993, S.34) zu verstehen: „Ein Aggregat aktualisierbarer Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest impliziter Argumentationsstruktur, die eine (zumindest partielle) Explikation bzw. Rekonstruktion dieses Aggregats in Parallelität zur Struktur wissenschaftlicher Theorien erlaubt“. Der Begriff „aktualisierbar“ in dieser Definition meint, dass diese Kognitionen einer subjektiven Theorie „ . . . nicht jederzeit präsent und sprachlich formuliert sein müssen, dass sie aber – im Unterschied etwa zu gänzlich Unbewusstem oder Verdrängtem – im Dialog rekonstruiert werden können“ (Vicini 1993, S.35). Dementsprechend sind auch die hier zu erforschenden theoretischen Annahmen im Dialog, oder besser, im Leitfadeninterview, zu rekonstruieren. Die theoretischen Annahmen der jeweiligen Berater werden im gemeinsamen Dialog mit dem Interviewer exploriert, also ihre Kognitionen am Rande des Bewusstseins werden aktualisiert und miteinander verknüpft. Dabei sind keine objektiven Ereignisse von Interesse, sondern die Bedeutungen, die die Berater diesen Ereignissen zuschreiben. Subjektive Theorien bestehen aus einzelnen (subjektiven) Theorien, die in einer Beziehung zueinander stehen und grenzen sich so von einzelnen subjektiven Kognitionen ab

Subjektive Theorien entstehen durch den Versuch, den ständigen Austausch mit der Umwelt in seiner Komplexität zu reduzieren und damit für das Individuum nachvollziehbarer und prognostizierbarer zu machen. Subjektive Theorien sind beim Individuum also in einem ständigen Prozess von Bildung, Überprüfung, Verwerfung und Neubildung. Dabei strebt das Individuum immer in Richtung kognitive Konsonanz. „Unter dieser Perspektive wird hervorgehoben, dass das Erkenntnis-Objekt in der Lage ist, sich von seiner Umwelt zu distanzieren und unabhängig zu machen (...) Es stellt Fragen, entwirft und überprüft Hypothesen, gewinnt Erkenntnisse und bildet sich Vorstellungen, die zu seiner Orientierungsgrundlage werden (...) Über seine internen Prozesse, seine Sinn- und Bedeutungsstrukturen kann es Auskunft geben (...) Wie der Wissenschaftler wird er als Theoriekonstrukteur und Theoriebenutzer gesehen“ (Schlee 1988, S. 16).

Eine objektive, wissenschaftliche Theorie definiert sich in Abgrenzung dazu als ein „System von formalen Aussagen, das eine möglichst umfassende und konsistente

Erklärung aller Ereignisse und empirischen Daten innerhalb eines klar definierten, abgegrenzten Forschungsfeldes ermöglicht“ (Fröhlich 2000, S.439).

Perrez (1983, S. 312 ff.) stellt objektive und subjektive Theorien gegenüber:

Bei den objektiven Theorien folgt die Begriffsbildung expliziten, definitiven Regeln, wohingegen die Begriffsbildung bei subjektiven Theorien psychologischen Begriffsbildungsgesetzen folgt.

Im Rahmen der objektiven Theorien basieren die Kategorisierungsprozesse auf vorgegebenen Messvorschriften. Bei subjektiven Theorien basieren die Kategorisierungsprozesse auf psychologischen Gesetzmäßigkeiten.

Hypothesen objektiver Theorien werden aufgrund intersubjektiv nachvollziehbarer Regeln der Experimentallogik (Objektivität, Validität, Reliabilität) geprüft.

Hypothesen subjektiver Theorien werden aufgrund psychologischer, subjektiver und unsystematischer Erfahrungen geprüft.

Eine exakte Trennung zwischen objektiven und subjektiven Theorien ist im Bereich der Beratung erschwert, da auch objektive Theorien in ihrer Anwendung durch das individuelle Selbst des Beraters dringen und dabei einen subjektiven „Anstrich“ erhalten. Von daher kann Vicini (1993, S.37) nur zugestimmt werden, welcher annimmt, dass sich die Theorienutzung der Berater zwischen objektiven und subjektiven Theorien bewegt, die ergänzt, transformiert und ineinander verschachtelt werden. Er postuliert sogar: „In gewissen Gebrauchszusammenhängen wie beispielsweise einer Beratungssituation sind subjektive Theorien unersetzlich“ (Vicini 1993, S. 37). Die Berater werden ihre Theorien in der täglichen Beratungspraxis erweitern und verändern, je nachdem, ob daraus resultierende Vorgehensweisen den gewünschten Erfolg erzielen oder nicht (vgl. Kühnl 2000, S. 44). Für Rechten (1998) sind subjektive Theorien das verbindende Element zwischen wissenschaftlichen Beratungstheorien auf der einen Seite und der alltäglichen Beratungspraxis auf der anderen Seite (vgl. Kühnl 2000, S. 46).

Dieser Vorgang der Bildung von subjektiven Theorien verläuft sehr individuell, je nach Berater mit seinen persönlichen soziokulturellen, philosophischen und politischen Werten und Normen, sowie seinem Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund und beginnt nicht beim Punkt Null, sondern jeder Berater

bringt schon eine Disposition durch eigene (auch unbewusste) Erfahrungen (in der eigenen Familie) und andere Lernprozesse mit (vgl. Schmid 1995, S.24). Ebenfalls maßgeblich beteiligt an der Bildung von subjektiven Theorien ist auch das Umfeld, wie z.B. die Institution, die den Beratungsrahmen bietet (vgl. Vicini 1993, S.41). Noch einmal sei darauf hingewiesen, dass hier keine subjektiven Theorien über das umfassende Gebiet der Beratung erhoben werden, sondern der konkrete Ausschnitt der theoretischen Annahmen der Berater über „Familie“. Diese bilden das verbindende Element zwischen der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie auf der einen Seite und der alltäglichen Beratungspraxis mit Familien auf der anderen Seite. Die theoretischen Annahmen der Berater füllen diese kleine, aber wichtige, denn handlungsleitende Lücke aus und sollen hier erstmals einer wissenschaftlichen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Da theoretische Vorstellungen prozesshaft zu verstehen sind wird diese Arbeit einer Prozesshaftigkeit in der Art gerecht, dass in einer Quasi- Längsschnittstudie die Entstehung und Entwicklung, als auch das Ergebnis theoretischer Annahmen bei den Beratern untersucht wird.

## **1.2. Aufbau der Arbeit**

Der theoretische Teil A beginnt mit den Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, welche die Basis für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes bildet (Kapitel 2). Neben Definitionen, der historischen Entwicklung der Gesprächspsychotherapie, geht es hauptsächlich um die von Rogers formulierten theoretischen Grundlagen (Persönlichkeitstheorie und Inkongruenzkonzept). Eine Beschreibung des therapeutischen Beziehungsangebotes, des Prozesskontinuums und einem Ausblick auf den heutigen Stand der Gesprächspsychotherapie und des Personenzentrierten Ansatzes runden dieses Kapitel ab.

Das 3. Kapitel zeigt den aktuellen Stand der Forschung an der Gelenkstelle zwischen Personenzentriertem Ansatz und Familientheorie, welcher noch als rudimentär zu bezeichnen ist. Dies beginnt mit den Arbeiten Rogers‘ zu diesem Thema und wird dann erweitert auf die Personenzentrierte Systemtheorie, den theoretischen Ansätzen der

Klientenzentrierten Spiel- und Familientherapie, sowie der Personzentrierten Familientherapie.

Im 4. Kapitel wird das Zentrum der untersuchten theoretischen Annahmen referiert, die Familie. Nach Definitionen, der aktuellen Lebenssituation von Familien in Deutschland, sowie der sich daraus ergebenden Notwendigkeit von Familienberatung, wird erläutert, welche Risikofaktoren und Schutzfaktoren für Familien bestehen können. Dem mit Familie häufig in Zusammenhang gebrachten Begriff des *Systems* wird anschließend nachgegangen in Form von Definitionen und den Grundprinzipien des systemischen Denkens. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit der Familiensystemtheorie.

Das 5. Kapitel fasst den theoretischen Teil zusammen.

Der empirische Teil B stellt zunächst die Grundannahmen (Kapitel 6), Ziele (Kapitel 7), Forschungsfragen (Kapitel 8) und Design (Kapitel 9) dieser empirischen Untersuchung vor.

Die Kapitel 10 und 11 erläutern die Forschungsmethoden und die Stichprobenbeschreibung.

Die Untersuchungsergebnisse finden sich in den Kapiteln 12 und 13, gefolgt von einer Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 14) und den Konsequenzen der Studie (Kapitel 15).

In den Kapiteln 16-20 finden sich Literaturverzeichnis, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis, Eidesstattliche Erklärung, Lebenslauf und Anhang.

## **2. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie**

### **2.1. Definitionen**

Zunächst eine Beschreibung von Rogers selbst:

„Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert. Sie geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, dass diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich selbst erfährt, zugleich aber dem Klienten mitteilt. Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt; dass seine Hypothesen sich auf Material stützen, das aus therapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen gewonnen wurden, insbesondere auf Tonband- und Filmaufzeichnungen von Interviews, und dass diese Hypothesen der Überprüfung durch geeignete Untersuchungsmittel grundsätzlich offen stehen. Es hat sich gezeigt, dass dieser therapeutische Ansatz auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen anwendbar ist, in denen das gesunde psychologische Wachstum des Individuums angestrebt wird“ (Rogers 1975, deutsch 1999 c, S.17).

Im Vordergrund steht für Rogers kein technisch-methodisches Vorgehen des Therapeuten zur Symptomreduzierung, sondern die zwischenmenschliche Beziehung von Therapeut und Klient, die den Klienten als ganzheitliche Person wahrnimmt und seine Ressourcen prozesshaft fördert. Dieser Prozess ist, wie Rogers oben betont, durch Ton- und Filmaufzeichnungen, einer wissenschaftlichen Überprüfung durchaus zu unterziehen.

Nun eine neuere Beschreibung:

„Die Gesprächspsychotherapie behandelt gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrecht erhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und inadäquaten Verhaltensmustern führen.

Inkongruenzen als Fokus der Behandlung in der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der organismischen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie von verinnerlichten Werten und dem Selbstkonzept.

Wesentlich für die Ätiologie psychischer Störungen sind dabei die für die unterschiedlichen Krankheitsbilder ursächlichen differenziellen Formen der Inkongruenz. Diese ergeben sich aus dysfunktionalen Wechselwirkungen zwischen den unmittelbaren leib-seelischen Erfahrungen des Organismus, den internen Repräsentationen biografischer Gegebenheiten, pathogenen Symbolisierungsprozessen aktueller Lebensereignisse und spezifischen Belastungsfaktoren.

Das allgemeine Behandlungsziel einer Gesprächspsychotherapie besteht in der Linderung, bzw. Aufhebung der Symptomatik infolge einer Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen.

Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person- und prozessspezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird. Als spezifische Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik kommen in den verschiedenen Bereichen der Krankenbehandlung im ambulanten und stationären Sektor, in der Einzel-, Gruppen- und Paartherapie sowie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen *erlebenszentrierte, differenzielle* und *erfahrungsaktivierende* Methoden zu Anwendung, die bestimmte Aspekte der Gesprächspsychotherapie hervorheben und weiterentwickeln. Sie sind theoretisch und auch in ihrer praktischen Umsetzung nicht immer streng voneinander zu trennen und werden in der klinischen Praxis häufig miteinander verbunden zum Einsatz gebracht“ (Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 2004, zit. in: Kriz, Sluneko 2007, S. 9f.)

Diese Definition verlangt vom Leser eine profunde Kenntnis der Gesprächspsychotherapie und ihrer Begrifflichkeiten (Inkongruenz, organismische Erfahrung, Selbstkonzept, Symbolisierungsprozesse, Empathie, unbedingte

Wertschätzung, Selbstkongruenz), die in diesem Kapitel noch erklärt werden. In den ersten beiden Abschnitten wird expliziert, wie die menschliche Psyche durch prozesshaft verbundene internale Systeme zusammenwirkt. Deutlich wird an dieser Definition, dass die Gesprächspsychotherapie mittlerweile in Deutschland einen hohen Grad an Differenziertheit erreicht hat in Bezug auf Störungslehre, differenzielle Indikation, Setting, Klientel und methodisches Vorgehen.

## **2.2. Historische Entwicklung**

Die klientenzentrierte Psychotherapie wurde von dem amerikanischen Psychologen **Carl R. Rogers** begründet und entwickelt.

Rogers selber sah seine Arbeit immer in engem Zusammenhang zu seinen persönlichen Erfahrungen in Privatleben und Beruf. So finden sich in seinen Büchern relativ viele autobiographische Bezüge, die hier kurz zusammengefasst sein sollen. Dies erscheint deshalb wichtig, weil neben der wissenschaftlichen Entwicklung auch persönliche Erfahrungen und der Aspekt „Zeitgeist“ im Zusammenhang mit neuen Ideen berücksichtigt werden müssen (siehe Thorne 1992, Groddeck 2002).

Carl Rogers wurde 1902 in Oak Park, USA geboren.

Er war das Vierte von sechs Kindern und wuchs in einem strengen, religiösen Elternhaus auf, welches ihm wenig sozialen Kontakt zur Umwelt erlaubte. So wurde er zu einem einsamen Einzelgänger, der sich sehnte nach echten zwischenmenschlichen Gesprächen und Begegnungen. „Ich wusste, meine Eltern liebten mich, aber es wäre mir nie in den Sinn gekommen, ihnen persönliche oder private Gedanken oder gar Gefühle mitzuteilen, weil ich wusste, dass diese beurteilt und für mangelhaft befunden worden wären“ (Rogers 1980a, S.185).

Als Rogers zwölf war, kaufte sein Vater eine Farm, wo die Familie von nun an lebte. Hier entwickelte sich Rogers' großes Interesse für die Naturwissenschaften, insbesondere für die Landwirtschaft. So begann er einige Jahre später ein Studium im Fachbereich Agrarwissenschaft.

Während der ersten Jahre wandelte sich sein Berufsziel ganz erheblich, nämlich zum Theologen. Die Ursache dafür sah er selber in der Teilnahme an religiösen

Studententreffen. Sicher spielte hier auch seine eigene religiöse Erziehung und Sozialisation mit hinein.

So besuchte Rogers 1924 das Union Theological Seminary, um sich auf die spätere Kirchenarbeit vorzubereiten. Während des dortigen Studiums merkte er, dass ihn die theologischen Fragen durchaus interessierten, er aber nicht in einem Bereich arbeiten wollte, in dem man immer von ihm verlangen würde, an eine bestimmte religiöse Doktrin zu glauben. Er wollte einen Bereich finden, der ihm die Freiheit der Gedanken beließ.

So kam es, dass Rogers am Teacher's College der Columbia Universität Psychologie studierte und mit dem Doktorgrad abschloss. Am Ende seines Studiums bekam er eine Stelle in Rochester, New York, in der entwicklungspsychologischen Abteilung der „Gesellschaft zur Verhinderung von Grausamkeiten an Kindern“. Seine Aufgabe war, Beratungsgespräche mit Eltern zu führen. In diesem praktischen psychologischen Dienst ging er vollkommen auf und gewann neue Einsichten über das Wesen therapeutischer Gespräche, die schließlich den Grundstein legten für den klientenzentrierten Ansatz.

1940 nahm Rogers eine Professur an der Ohio State Universität an. Während dieser Lehrtätigkeit wurde ihm klar, dass er einen ausgeprägten eigenen Standpunkt über das Führen therapeutischer Gespräche entwickelt hatte. Als er einige dieser Ideen in einem Aufsatz 1940 zusammenfasste, kam er sehr ins Zentrum der Kritik. Dennoch überzeugt von seinen Ideen, schrieb er 1942 sein erstes Buch „Counseling and Psychotherapy“ (dtsh.: Die nicht- direktive Beratung 1999a).

Später übernahm Rogers Professuren an den Universitäten von Chicago und Wisconsin.

Ab 1963 arbeitete er in La Jolla, Kalifornien am „Center for the studies of the person“. Die letzten zehn Jahre widmete er sich hauptsächlich der Friedensarbeit. Ganz kurz vor seinem Tod wurde Rogers für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen.

Carl Rogers starb 1987 in New York.

### **2.3. Entwicklung der Gesprächspsychotherapie**

Die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie wird in der Literatur ( z.B. Quitmann 1996, Pavel 1977) in drei Phasen unterteilt:

#### **1. Die nicht- direktive Phase ( ca. 1940- 1950)**

Im Mittelpunkt dieser Phase steht Rogers' erstes Buch „Counseling and Psychotherapy“ (1942). Rogers beschreibt hier seinen Standpunkt zur Beratung/ Psychotherapie (schon hier benutzte er diese beiden Begriffe synonym) als eine neue Technik, die erlernt werden kann und beim Klienten eine Einsicht fördert.

Die grundlegende Hypothese lautet:

„Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“ ( Rogers 1999 a ,S. 28).

Eine wichtige Neuerung dieser Therapie war, dass nun nicht mehr von einem „Patienten“ die Rede war, sondern von einem „Klienten“, der selbstständig und eigenverantwortlich seine Entscheidungen trifft. Das Therapeutenverhalten bestand in dieser Phase hauptsächlich aus einem reinen Reflektieren der geäußerten Gefühle des Klienten. Der Beziehungsaspekt wird in seiner Bedeutung nur knapp und allgemein erläutert. Das Ziel des Buches war, eine Reihe von Hypothesen zur Beratung zu formulieren und sich damit deutlich von der Psychoanalyse und dem Behaviorismus abzugrenzen.

In einem bis dahin weitgehend geheimnisvoll, fast mystisch behandelten psychotherapeutischen Prozess ist Rogers der Pionier der empirischen Psychotherapieforschung, indem er seine Gespräche auf Schellack- Platten aufnahm und später im Kollegenkreis supervidierte und auf ihre Wirksamkeit überprüfte. „Ich kann unsere Aufregung damals kaum beschreiben, als wir uns um das Tonbandgerät drängten, wo wir uns selbst hören konnten, und immer wieder die kritischen Stellen abspielten, an denen das Gespräch eindeutig danebenging“ (Rogers 1980b, S.75).

## 2. **Die gefühlsverbalisierende Phase** ( ca. 1950 – 1957)

Im Mittelpunkt dieser Phase steht Rogers' Buch „Client- Centered Therapy“ (1951). Dieses Buch ist eine Ergänzung und Erweiterung der „Nicht- direktiven Beratung“.

Rogers distanziert sich hier von seiner ursprünglichen Annahme, dass sein Ansatz eher eine Technik ist. „Empathie“ und „Akzeptanz“ dürfen nicht als reine Technik benutzt werden, sondern müssen innere Einstellungen des Therapeuten sein. Hinzu kam die „Kongruenz“ als dritte notwendige und hinreichende Therapeuten-Variable.

Neu war weiterhin, dass der Therapeut nicht nur die offensichtlichen Gefühle des Klienten aufgreift, sondern versucht, möglichst präzise und differenziert dem inneren Erleben des Klienten zu folgen. „Wenn Rogers zwischen 1950 und 1957 die Betonung auf „Einstellung“ legt, dann impliziert das auch das Beteiligtsein bzw. persönliches Betroffensein des Therapeuten in der Gesprächssituation“ (Quitmann 1996, S.149).

Diese Phase ist geprägt durch enorme wissenschaftliche Bemühungen. Rogers und seine Mitarbeiter haben begonnen, durch zahlreiche empirische Studien die Wirksamkeit der klientenzentrierten Therapie zu belegen. Rogers war sehr ehrgeizig darin, endlich in wissenschaftlichen (besonders in psychiatrischen und psychologischen) Kreisen mit seinem Therapieansatz Anerkennung zu finden.

## 3. **Die erlebenstherapeutische Phase** (ca. 1957 bis heute)

Die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird als das Wesentliche herausgestellt. „Der von Gendlin und Zimrig (1955) eingeführte Begriff des Erlebens ( experiencing) wird zum Schlüsselbegriff in dieser Phase. Psychotherapie kann demnach nur hilfreich sein, wenn es zu einem tiefen zwischenmenschlichen Kontakt und zu einem Prozess des Austauschs interpersoneller Erfahrung zwischen Th. (sic!) und Kl. (sic!) kommt“ (Pavel 1977, S.34).

Die „Kongruenz“ des Therapeuten wird somit das wichtigste Merkmal.

„Nicht die genaue Verbalisierung der Gefühle des Kl. ist entscheidend ( . . . ), sondern ob das therapeutische Handeln den Erlebnisrahmen des Kl. trifft, ihn sich

selbst näher bringt und der intensive phänomenale Kontakt zwischen Th. und Kl. nicht abreißt“ (Pavel 1977, S.35).

Dieser Wandel wurde eingeläutet durch Rogers' Verbindung zu dem Begegnungsphilosophen Martin Buber und existenzanalytisch orientierten Therapeuten. Buber's „Dialogisches Prinzip“, welches die Existenz des Menschen in Beziehungen sieht, speziell die „Ich- Du – Beziehung“, beeinflusste Rogers sehr. Die „Ich- Du- Beziehung“ ist eine Beziehung „. . . in der beide Partner sowohl den eigenen Standpunkt wie auch den Standpunkt des anderen aus einer Subjekt- Perspektive heraus erföhlen. In klientenzentrierter Sprache würde das heißen, dass beide Partner einander begegnen, indem sie sich gleichzeitig einföhlen in „beide Bezugsrahmen““ (v. Balen 1992, S.170f.)

Die klientenzentrierte Therapie wurde in dieser Zeit von Rogers und seinen Mitarbeitern ausgeweitet auf „Encounter- Gruppen“ (Begegnungsgruppe), Pädagogik, Gruppentherapie, Spieltherapie, Psychiatrie usw.

Anfang der sechziger Jahre brachte der Hamburger Psychologieprofessor Reinhard Tausch das Konzept in den deutschsprachigen Raum und gab ihm den Namen **„Gesprächspsychotherapie“**. „Tausch brachte diese neue Methode (...) nach Deutschland und etablierte sie gegen viele Widerstände an der Universität. Seine Hamburger Professorenkollegen drohten damals, ihn beim Gesundheitsamt anzuzeigen, weil Psychologen keine Psychotherapie ausüben dürften. Tausch reagierte taktisch geschickt. „Gespräche können sie mir nicht verwehren“, dachte er und erfand den Begriff „Gesprächstherapie“ – als „Tarnnamen“, wie er heute sagt. Mit durchschlagendem Erfolg. Die Gesprächstherapie (später Gesprächspsychotherapie, T.Z.) verbreitete sich in keinem anderen Land so sehr wie in Deutschland“ (Geuter 2007, S. 67) 1972 wurde in Deutschland die „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie“ ( GwG) gegründet, die das Konzept durch Entwicklung von Aus- und Weiterbildungen etablierte.

Es war bald nicht mehr nur die Rede von der klientenzentrierten Psychotherapie, sondern von dem **„Personzentrierten Ansatz“**, welcher seine Anwendung, wie eben angedeutet, in den unterschiedlichsten Bereichen und mit den verschiedensten Menschen fand und immer noch findet. „Ich stellte fest, dass ich nicht bei einer neuen

Methode angelangt war, sondern bei einer grundsätzlich verschiedenen Betrachtung des Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1977, S. 17).

Im Zuge dieser neuen „Namensgebung“ wurde der Begriff der „Person“ relevant und seine Bedeutung und Implikationen im Weiteren herausgearbeitet.

#### **2.4. Exkurs – Der personenzentrierte Begriff der Person:**

Rogers selbst und später sein Mitarbeiter Schmid haben sich intensiv mit dem Begriff der „Person“ auseinandergesetzt und seine Bedeutung für den Personzentrierten Ansatz herausgearbeitet.

Rogers hat den Begriff der Person nie systematisch definiert, sondern ausgehend von seinen Erfahrungen oft beschrieben (vgl. Schmid 1995, S. 116)

Person (von lateinisch: *persona*) meint für Rogers das Ganze des Menschen, der Mensch in seinem ganzen Bestand. „Person ist also ein übergeordneter Begriff, der den Organismus und das Selbst miteinschließt“ (Schmid in Rogers, Schmid 1998, S. 129)

Für Rogers war jedoch weniger die Frage „Was *ist* Person?“ relevant, sondern vielmehr die Frage „Wie *wird* Person?“. Für seine Arbeit, allgemein gesagt, die „Entwicklung der Persönlichkeit“ (was nicht zufällig der Titel seines erfolgreichsten Buches ist) war diese Frage grundlegend. Rogers hatte ein prozesshaftes Verständnis von der Person und keine statische Einteilung der Psyche.

Das Werden der Person geschieht für Rogers durch das Zusammenwirken der beiden grundlegenden menschlichen Säulen „Individualität“ und „Beziehung“. In seiner Individualität ist der Mensch einzigartig, unverwechselbar, selbstständig und durch seine innewohnende Aktualisierungstendenz grundsätzlich auf Wachstum und Entwicklung hin ausgerichtet. Um aber dieser Ausrichtung folgen zu können, um zur *Person* zu werden, bedarf es der sozialen Umwelt, konkret, der zwischenmenschlichen Begegnung. „Rogers versteht die Person stets in dynamischer Wechselwirkung zu ihrer Umwelt und weist darauf hin, dass die Umweltbedingungen für das Wachstum der Persönlichkeit fördern oder beeinträchtigen können (...) Die Integration in diese Umwelt und die Entfaltung der Persönlichkeit werden dabei als dialektischer Prozess gesehen“ (Schmid in Rogers, Schmid 1998, S. 143).

Genau aus diesem dialektischen Prozess zwischen Individualität und Relationalität gewinnt der Personzentrierte Ansatz seine Kraft: Durch die Beziehung (zu einem Therapeuten, Berater, Lehrer o.ä.) kann der Mensch in seinem Person-Werden unterstützt werden. So verstanden ist die personale Begegnung für ein Menschsein konstitutiv (vgl. Krüger 1993, S. 84).

Im Laufe der Zeit wurde Rogers die enorme Bedeutung der *Beziehung* zwischen Therapeut und Klient immer klarer, so dass er sie in den Mittelpunkt seiner Therapietheorie stellte (z.B. 1998a), wie folgendes Zitat verdeutlicht: „Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jedweden Zwanges oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohlstrukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit (...) und der Verantwortlichkeit. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotioneller Freiheit innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen, wie in keiner anderen Beziehung“ (Rogers 1999a, S. 107).

Schmid (1995, S. 105) erläutert die allgemeine Bedeutung der menschlichen Beziehung ähnlich: „Vom Beginn des Lebens an erfährt sich der Mensch in Beziehungen, dabei lernt er, sich selbst und andere zu verstehen – und mißzuverstehen. Eine Korrektur von Beziehungserfahrungen ist naturgemäß nur durch neue Beziehungserfahrungen möglich. Geeignete Bedingungen sollen eine Art von Beziehung schaffen, in der es weitgehend angstfrei gelingen kann, sich auf eine neue Sicht von sich selbst und anderen einzulassen“.

Rogers bezieht sich in seinem Verständnis von *Beziehung* auf den Philosophen Martin Buber, welcher in seinem Hauptwerk „Ich und Du“ (1995, Erstveröffentlichung 1923) ausführt, dass der Mensch zwingend auf die Beziehung zu anderen Menschen angewiesen ist, um selbst zum Mensch zu werden. Diese „Ich-Du-Beziehung“ (wie Buber sie nennt) meint ein Gespräch, in welchem sich zwei Menschen in einer Weise begegnen, die förderlich für die gegenseitige personale Entwicklung des Menschen ist (vgl. Krüger 1993, S. 112).

## **2.5. Theoretische Grundlagen**

Rogers fasste 1951 (deutsch 1999b, S. 417 ff.) seine **Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens** in 19 Thesen zusammen, da er davon ausging, dass der Therapeut, um wirksam arbeiten zu können, theoretische Vorstellungen von der menschlichen Natur und ihrer Funktionsweise braucht. Hiermit beschreibt er die Entwicklung des menschlichen, individuellen Erlebens und Verhaltens in Abhängigkeit von seiner sozialen Umwelt.

Die wichtigsten Begriffe der Gesprächspsychotherapie werden anhand der 19 Thesen erläutert.

### **These 1:**

„Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist“.

Kommentar:

Das Individuum erlebt die Welt als absolut subjektive Erfahrungen, die entweder bewusst oder unbewusst wahrgenommen werden. Jegliche Erfahrungen werden im Organismus gespeichert und können durch Symbolisierungen dem Individuum bewusst werden. Dies geschieht bei Erfahrungen, die der Erhaltung und Erhöhung des Organismus dienen. Erfahrungen, die potentiell den Organismus erniedrigen oder schwächen, werden nicht symbolisiert (vgl. Krüger 1993, S. 94f.)

Im Unterschied zum Alltagsbegriff „Erfahrung“ bezieht sich der Begriff bei Rogers nicht auf die Vergangenheit, sondern ausschließlich auf einen jeweils gegenwärtigen Prozess (vgl. Höger 2006, S. 58). Erfahrung ist alles, „... was sich innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick abspielt und was potenziell der Gewährleistung zugänglich ist. Er schließt Ereignisse ein, deren sich das Individuum nicht gewahr ist, ebenso wie die Phänomene, die im Bewusstsein (consciousness) sind“ (Rogers 1998a, S. 23).

### **These 2:**

„Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum ``Realität``“.

Kommentar:

Das Individuum reagiert nicht auf eine objektive, wirkliche Realität, sondern auf seine subjektive Wahrnehmung, welche für das Individuum zur Realität wird. Mit dieser These hat Rogers im Prinzip schon das Konzept des späteren „Konstruktivismus“ vorweggenommen (v. Glasersfeld 1981, 1985, 1996, 2008; v. Foerster 1981, 1988, 2008; Watzlawick 1981, 1991, 2005), welches besagt, dass es keine „Wahrheiten“ gibt, sondern nur „Wahrnehmungen“, und diese sind bei jedem Menschen unterschiedlich. Diese Wahrnehmungen werden vom Individuum mit Bedeutungen und Bewertungen verbunden und in das innere Bezugssystem integriert.

Im Personzentrierten Ansatz wird der in dieser These verwandte Begriff „Organismus“ gesehen als eine „... Bezeichnung für die Natur, die integrierte Gesamtheit aller physischen und psychischen Funktionen des Menschen. Er ist der Ort aller Vollzüge des lebendigen Daseins eines Individuums, wie sie sich in der Interaktion zwischen ihm und der ihn umgebenden Welt entfalten, mit der er sich in ständigem Austausch befindet. Alle zu ihm gehörenden Organe, Funktionen, Merkmale usw. wie sie als Phänomene oder in theoretischen Konstrukten beschrieben werden, sind jeweils Ausdruck seiner Lebensvollzüge“ (Höger 2006, S. 38).

Für das soziale Gebilde „Familie“ bietet diese These sehr bedeutsame Implikationen, z.B. bei Konstruktionen wie Streit – Frieden, Schuld – Nicht-Schuld, Wahrheit – Lüge, Gewinnen – Verlieren. Über diese Konstruktionen gibt es in Familien oftmals sehr unterschiedliche „Realitäten“, wovon eben keine „wahr“ ist – oder alle!

### **These 3:**

„Der Organismus reagiert auf das Wahrnehmungsfeld als ein organisiertes Ganzes“.

Kommentar:

Das Individuum reagiert auf seine subjektive Wahrnehmung in ganzheitlicher, zielgerichteter Form, physisch wie psychisch. Der Organismus ist also nicht eine Anzahl von isolierten, nebeneinander stehenden Einzelteilen, sondern ein System von miteinander interagierenden, verbundenen Elementen. Dies bedeutet, dass eine

Veränderung eines Elementes möglicherweise Veränderungen anderer Elemente und sogar des gesamten Organismus bewirken kann.

In dieser These verweist der Begriff „organisiert“ darauf, dass der Organismus eine innewohnende Ordnung besitzt, die trotz permanenter Veränderungen bestehen bleibt.

#### **These 4:**

„Der Organismus hat eine grundlegende Tendenz, den Erfahrung machenden Organismus zu aktualisieren und zu erhöhen“.

Kommentar:

Diese These ist sicherlich die grundlegendste Annahme von Rogers' Persönlichkeitstheorie. Dieses Streben des Individuums nach Selbstverwirklichung nennt er „Aktualisierungstendenz“. Rogers hat diesen Begriff von dem Neurologen und Gestalttheoretiker Goldstein übernommen. Rogers sah die Aktualisierungstendenz als ein Axiom, d.h. eines Grundsatzes, der im strengen Sinne nicht beweisbar ist. Auf diesem Axiom als leitendem Prinzip baute Rogers seine Persönlichkeits- und Therapietheorie auf. Er definiert die Aktualisierungstendenz als „... die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1998a, S. 21). Wenn der Mensch die Möglichkeit, die Freiheit hat, zu werden, was er zutiefst ist, wird er sich entwickeln in Richtung Erhaltung, Entfaltung, Selbstverwirklichung, Diese Sichtweise therapeutisch so konsequent umzusetzen, war zur damaligen Zeit als radikal zu bezeichnen.

In seinem therapeutischen Handeln vertraute Rogers auf die Kraft der Aktualisierungstendenz, da er davon ausging, dass das Individuum sowieso nicht von außen determinierbar sei, sondern sein Verhalten und Erleben selbst organisiert. Der Gedanke der Selbstorganisation ist heute ein zentrales Konzept der modernen Systemtheorien (siehe dazu Kriz 1999, Haken und Schiepek 2006, W. Kriz 2000, Cramer 1993). In den unterschiedlichen Disziplinen der Systemtheorie ist es längst keine Frage mehr, *ob* sich in einzelnen Organismen oder komplexen Systemen

selbstorganisierte Ordnungsmuster bilden, sondern dort ist die Frage, *wie* sie dies tun (vgl. Höger 2006, S. 53).

**These 5:**

„Verhalten ist grundsätzlich der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine Bedürfnisse, wie sie in dem so wahrgenommenen Feld erfahren wurden, zu befriedigen“.

Kommentar:

Das Individuum reagiert mit seinem Verhalten auf seine wahrgenommene Wirklichkeit, um psychische und physiologische Bedürfnisse zu stillen mit dem Ziel, entsprechend der Aktualisierungstendenz, den Organismus zu erhalten und zu erhöhen.

Selbst wenn das soziale Umfeld das Verhalten des Individuums eher als schädlich für ihn ansieht, wird das Individuum sein Verhalten als optimale Befriedigungsmöglichkeit des Organismus in der aktuellen Situation verstehen (vgl. Krüger 1993, S. 97).

Diese These findet ebenfalls oft in Familien ihre praktische Bedeutung, wenn z.B. ein Kind Verhaltensweisen, bzw. Verhaltensauffälligkeiten entwickelt, die von außen beobachtet sinnlos wirken, im Gesamtkontext der Familie gesehen aber durchaus ihren Sinn haben und z.B. stabilisierend oder kompensierend wirken.

**These 6:**

„Dieses zielgerichtete Verhalten wird begleitet und im allgemeinen gefördert durch Emotion, eine Emotion, die in Beziehung steht zu dem Suchen aller vollziehenden Aspekte des Verhaltens, und die Intensität der Emotion steht in Beziehung zu der wahrgenommenen Bedeutung des Verhaltens für die Erhaltung und Erhöhung des Organismus“.

**These 7:**

„Der beste Ausgangspunkt zum Verständnis des Verhaltens ist das innere Bezugssystem des Individuums selbst“.

Kommentar:

Emotionen begleiten das Verhalten des Individuums und variieren in der Intensität je nach empfundener Bedeutung für die Erhaltung und Erhöhung des Organismus.

Diese Thesen 6 und 7 ergeben sich aus den Thesen 2 und 5. Das Individuum konstruiert seine eigene Realität und richtet sein Verhalten nach dieser Realität aus. Der innere Bezugsrahmen ist „der gesamte Bereich der Erfahrungen, die in einem gegebenen Moment dem Gewährwerden des Individuums zugänglich sind. Er umfasst den gesamten Umfang der Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die dem Bewusstsein zur Verfügung stehen“ (Rogers 1998a, S. 37). Will beispielsweise ein Therapeut einen Klienten möglichst vertieft verstehen, so muss er versuchen, sich in das innere Bezugssystem des Klienten einzufühlen und hinein zu versetzen. Dies gelingt nur, wenn der Therapeut frei und offen ist für sein Gegenüber und nicht sein eigenes inneres Bezugssystem auf den Klienten überträgt.

**These 8:**

„Ein Teil des gesamten Wahrnehmungsfeldes entwickelt sich nach und nach zum Selbst“.

**These 9:**

„Als Resultat der Interaktion mit der Umgebung und insbesondere als Resultat wertbestimmender Interaktion mit anderen wird die Struktur des Selbst geformt – eine organisierte, fließende, aber durchweg begriffliche Struktur von Wahrnehmungen von Charakteristika und Beziehungen des Selbst zusammen mit den zu diesen Konzepten gehörenden Werten“.

Kommentar:

Nicht alle Elemente der Wahrnehmung werden nach und nach zum Selbst, sondern nur die Teile, die innerhalb der Kontrolle des Selbst wahrgenommen werden.

In der Personzentrierten Theorie ist das „Selbst“ einer der wichtigsten Begriffe. Rogers kam auf diese Bedeutung, da er in den Therapien wiederholt die Beobachtung machte, dass die Klienten von sich aus viel über ihr Selbst sprachen.

Das Selbst enthält das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung, die ein Mensch von sich und seiner Umwelt hat. „Das Selbst ist eine organisierte, in sich geschlossene begriffliche Gestalt.. Sie setzt sich zusammen aus den Wahrnehmungen der Charakteristika des >Ich< oder >Mich< und den Wahrnehmungen der Beziehungen des >Ich< oder >Mich< zu anderen sowie zu verschiedenen Aspekten des Lebens, zusammen mit den Bewertungen, die mit diesen Wahrnehmungen verbunden sind. Es ist eine Gestalt, die dem Bewusstsein zugänglich, aber nicht immer im Bewusstsein gegenwärtig ist“ (Rogers 1998a, S. 26).

Höger (2006) macht darauf aufmerksam, dass der Begriff „Gestalt“ in dieser Definition meint, „... dass das Selbst eine in sich gegliederte Einheit darstellt, zwischen deren Bestandteilen (den einzelnen Inhalten) eine besondere Beziehung der gegenseitigen Beeinflussung besteht, d.h. die Bedeutung jedes Teils wird von seinem Kontext wesentlich mit bestimmt“ (S. 65).

Die allgemeine Aktualisierungstendenz des Organismus, die sich auf das Selbst richtet, nannte Rogers „Selbstaktualisierungstendenz“. Dies ist keine eigene Aktualisierungstendenz des Selbst, sondern nur der Teil der allgemeinen Aktualisierungstendenz, der sich auf das Selbst bezieht, um dieses zu erhalten und zu entfalten, „... damit es als Repräsentations- und Orientierungssystem mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt hält. Darüber hinaus leistet es damit auch einen wichtigen Beitrag für die Weiterentwicklung des gesamten Organismus und der Persönlichkeit“ (Höger 2006, S. 69).

Der Begriff „Selbstaktualisierungstendenz“ darf nicht verwechselt werden mit dem Begriff „Selbstorganisation“, welcher der Systemtheorie entstammt und bedeutet, dass sich ein System von sich aus, von selbst, organisiert. Im Personenzentrierten Ansatz wäre dies eher mit der allgemeinen Aktualisierungstendenz gleichzusetzen.

#### **These 10:**

„Die den Erfahrungen zugehörigen Werte und die Werte, die ein Teil der Selbst-Struktur sind, sind in manchen Fällen Werte, die vom Organismus direkt erfahren werden, und in anderen Fällen Werte, die von anderen introjiziert oder übernommen,

aber in verzerrter Form wahrgenommen werden, so als wären sie direkt erfahren worden“.

Kommentar:

Nach Rogers bildet sich durch eine Vielzahl eigener positiver und negativer Erfahrungen in der Kindheit ein System von Wertvorstellungen, mit welchem wir äußere Einflüsse und Situationen bewerten. Er nennt dieses System das Organismische Wertungssystem. Dieses Organismische Wertungssystem wird aber nicht nur von eigenen Erfahrungen genährt, sondern auch von äußeren Erfahrungen. Das Organismische Wertungssystem stellt für die Person eine Steuerungsinstanz dar, die ihr Rückmeldung darüber gibt, wie die Erfahrungen zur Erhöhung und Entfaltung des Organismus zu bewerten sind.

Nicht nur eigene Erfahrungen bilden das Selbst eines Individuums, sondern auch äußere Einflüsse und Bewertungen, die vom Individuum aber verzerrt wahrgenommen werden, so als wären sie eigene Erfahrungen. Hierbei ist es möglich, dass die eigenen direkten Erfahrungen des Organismus im Widerspruch stehen zu Bewertungen von anderen Personen. Das Individuum steht nun in dem Konflikt, nur das Eine befriedigen zu können, was immer gleichzeitig bedeutet, das Andere zu ignorieren oder zumindest verzerrt wahrzunehmen, damit es in das Selbstkonzept passt. Rogers sieht dies als den Beginn der psychischen Fehlanpassung.

**These 11:**

„Wenn Erfahrungen im Leben des Individuums auftreten, werden sie entweder

- a) symbolisiert, wahrgenommen und in eine Beziehung zum Selbst organisiert,
- b) ignoriert, weil es keine wahrgenommene Beziehung zur Selbst-Struktur gibt,
- c) geleugnet oder verzerrt symbolisiert, weil die Erfahrung mit der Struktur des Selbst nicht übereinstimmt“

Kommentar:

In a) werden die Erfahrungen vom Individuum wahrgenommen und übernommen ins Selbst, da sie mit diesem übereinstimmen. In b) werden die Erfahrungen ignoriert, weil sie irrelevant sind. In c) werden sie verzerrt wahrgenommen, weil die Erfahrungen im Widerspruch zum Selbst stehen. In der Verzerrung werden die

Erfahrungen so umgedeutet, dass sie in Übereinstimmung (Kongruenz) mit dem Selbst stehen und es nicht mehr bedrohen.

Dies sei an einem einfachen Beispiel verdeutlicht: Eine Person hat ihre Auto-Fahrprüfung nicht bestanden, weil sie einem anderen Auto die Vorfahrt genommen hat. In a) wird diese Erfahrung von der Person derart übernommen mit Aussagen wie: „Ich habe nicht richtig aufgepasst. Ich war schlecht vorbereitet. Es war allein meine Schuld. Beim nächsten Mal muss ich mich mehr konzentrieren.“ Diese Person wird schon vorher in ihrem Selbst verankert haben, dass sie zwar Auto fahren kann, aber immer die Möglichkeit besteht, dass sie einen Fehler macht und durchfällt. Somit kann sie diese Erfahrung so wahrnehmen, da sie das Selbstkonzept nicht gefährdet. Hat eine Person jedoch die Meinung im Selbstkonzept verankert, dass sie perfekt Auto fahren kann und niemals durchfallen wird, dann bedroht diese Erfahrung das Selbst dieser Person und sie wird entweder b) diese Erfahrung für sich soweit es geht ignorieren und verdrängen oder c) sie wird diese Erfahrung verzerrt wahrnehmen wie z.B.: „Der andere Autofahrer hat nicht aufgepasst. Der Fahrprüfer hat mich viel zu streng bewertet. Die Sonne hat mich geblendet. Ich war nicht schuld.“ Diese verzerrten Wahrnehmungen erlauben es der Person ihr Selbst - Ich kann perfekt Auto fahren – aufrecht zu halten.

So ist bei dieser Person eine Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung entstanden, die bei diesem alltäglichen Beispiel vermutlich keine Therapieindikation bei der Person auslösen wird.

Aber auch im klinischen Bereich finden sich Wahrnehmungsverzerrungen, die sich z.B. hervortun, wenn ein alkoholkranker Mensch mit Aussagen wie, „Ein Gläschen in Ehren kann keiner verwehren. Mann gönnt sich ja sonst nichts“, sein Selbstkonzept – Ich bin kein Alkoholiker – aufrechterhält.

### **These 12:**

„Die vom Organismus angenommenen Verhaltensweisen sind meistens die, die mit dem Konzept vom Selbst übereinstimmen“ .

Kommentar:

Die Art und Weise, wie ein Individuum sich verhält, ist meist in Übereinstimmung (Kongruenz) mit dem Selbstkonzept. „Als Kongruenz/ Inkongruenz zwischen Selbst

und Erfahrung wird im Klientenzentrierten Konzept das Ausmaß bezeichnet, in dem bei einer Person ihre Erfahrungen mit deren Symbolisierungen im Selbst übereinstimmen, d.h. in das Selbst integriert wird“ (Höger 2006, S. 70).

Jedwede Erfahrung eines Individuums wird von dessen Organismus und dessen Selbst bewertet und dementsprechend weiterverarbeitet. „Es besteht Kongruenz, wenn die Erfahrungen des Organismus samt deren Bewertungen (...) vollständig und genau symbolisiert werden können. Die Erfahrungen können dann auch in die Selbsterfahrung integriert werden bzw. stellen keine Bedrohung für das Selbstkonzept dar. Die Person empfindet sich als mit sich selbst im Einklang und in einem weitgehend ausgeglichenen und sicheren Zustand. Im Falle der Inkongruenz wird das Selbst mit seinen Inhalten durch die Erfahrung in Frage gestellt, also bedroht. Dann wirkt sich die Selbstaktualisierungstendenz so aus, dass

- nicht zum Selbstkonzept passende Erfahrungen abgewehrt werden und
- die entfaltenden Funktionen der Selbstaktualisierungstendenz beeinträchtigt werden. Es wird keine neue Erfahrung in das Selbstkonzept integriert“ (Höger 2006, S. 70)

**These 13:**

„Verhalten kann in manchen Fällen durch organische Bedürfnisse und Erfahrungen verursacht werden, die nicht symbolisiert wurden. Solches Verhalten kann im Widerspruch zur Struktur des Selbst stehen, aber in diesen Fällen ist das Verhalten dem Individuum nicht zu eigen“ .

Kommentar:

„Der Druck des organischen Bedürfnisses kann so stark werden, dass der Organismus sein eigenes suchendes Verhalten initiiert und so die Befriedigung des Bedürfnisses herbeiführt, ohne dass er jemals eine Beziehung zwischen dem suchenden Verhalten und dem Selbstkonzept herstellt“ (Rogers 1999b, S.439). Das Individuum kann sich sein Verhalten in diesem Fall selbst nicht erklären. Das bewusste Selbst besitzt keine Kontrolle über das Verhalten (vgl. Krüger 1993, S. 100).

**These 14:**

„Psychische Fehlanpassung liegt vor, wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinneserfahrungen leugnet, die demzufolge nicht symbolisiert und in die Gestalt der Selbst-Struktur organisiert werden. Wenn diese Situation vorliegt, gibt es eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung“.

**Kommentar:**

Solch ein Individuum leidet an einer Nicht- Übereinstimmung zwischen ihrem bewussten Selbst und den gemachten Erfahrungen (Inkongruenz). Die gemachten Erfahrungen passen nicht zum Selbst, wirken sogar bedrohend auf seine weitere Existenz und müssen deswegen ignoriert oder verzerrt wahrgenommen werden.

**These 15:**

„Psychische Anpassung besteht, wenn das Selbst-Konzept dergestalt ist, dass alle Körper- und Sinneserfahrungen des Organismus auf einer symbolischen Ebene in eine übereinstimmende Beziehung mit dem Konzept vom Selbst assimiliert werden oder assimiliert werden können“.

**Kommentar:**

Dieses Individuum ist das Gegenteil zu dem Individuum in These 14. Alle gemachten Sinnes- und Körpererfahrungen (die positiven und auch die negativen) werden bewusst angenommen und als Teil des Selbst in das Selbstkonzept eingebunden. Dieses Individuum ist absolut kongruent, also in psychischer Übereinstimmung mit sich selbst. Dieses absolut kongruente Individuum („fully-functioning-person“) ist für Rogers das große Endziel seiner Therapie, wobei ihm klar ist, dass es mehr ein theoretisches Ideal bleibt, aber in der Realität in dieser Form nicht dauerhaft erreicht werden kann.

**These 16:**

„Jede Erfahrung, die nicht mit der Organisation oder der Struktur des Selbst übereinstimmt, kann als Bedrohung wahrgenommen werden, und je häufiger diese Wahrnehmungen sind, desto starrer wird die Selbst-Struktur organisiert, um sich zu erhalten“.

Kommentar:

Wenn die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung wächst, wird das Selbst Abwehrmechanismen organisieren, die es schützen. Je stärker diese Abwehrmechanismen werden, umso schwieriger sind konstruktive Verhaltensänderungen zu erreichen. Ohne diese Abwehrmechanismen müsste das Selbst diese Erfahrungen zulassen, was einen völligen Zusammenbruch des Selbst zur Folge hätte. Das Individuum wird in dieser Phase einen Leidensdruck spüren, was wiederum eine Motivation für die Annahme von Hilfe bedeuten kann.

**These 17:**

„Unter bestimmten Bedingungen, zu denen in erster Linie ein völliges Fehlen jedweder Bedrohung für die Selbst-Struktur gehört, können Erfahrungen, die nicht mit ihr übereinstimmen, wahrgenommen und überprüft und die Struktur des Selbst revidiert werden, um derartige Erfahrungen zu assimilieren und einzuschließen“.

Kommentar:

Diese These ist eine wichtige Grundlage für Rogers' Therapie, oder genauer gesagt, die therapeutische Beziehung. Der Therapeut schafft eine akzeptierende Atmosphäre, in welcher der Klient, frei von Bewertung oder Bedrohung, gemachte Erfahrungen langsam in sein Selbstkonzept einbinden kann. Das Selbstkonzept erweitert sich und zuvor widersprüchliche Erfahrungen werden integriert

**These 18:**

„Wenn das Individuum all seine Körper und Sinneserfahrungen wahr- und in ein konsistentes und integriertes System aufnimmt, dann hat es notwendigerweise mehr Verständnis für andere und verhält sich gegenüber anderen als Individuen akzeptierender“ .

Kommentar:

Die in These 16 beschriebenen Abwehrmechanismen gegenüber neuen Erfahrungen, bedeuten natürlich auch, Abwehr gegenüber Erfahrungen mit anderen Menschen. Werden dann diese Abwehrmechanismen fallengelassen, kann das Individuum den anderen wieder akzeptierender wahrnehmen. Konkret bezogen auf die Erfahrung der

personenzentriert-therapeutischen Beziehung bedeutet dies, dass ein Mensch, der eine so gestaltete Beziehung erfährt, diese Erfahrungen auch an andere Menschen seines sozialen Umfeldes weitergibt. Dies gilt nach Rogers auch für den Bereich der Familie (Rogers 1998b, S. 307 ff.).

**These 19:**

„Wenn das Individuum mehr von seinen organischen Erfahrungen in seiner Selbst-Struktur wahrnimmt und akzeptiert, merkt es, dass es sein gegenwärtiges Wert-System, das weitgehend auf verzerrt symbolisierten Introjektionen beruhte, durch einen fortlaufenden, organismischen Wertungsprozess ersetzt“.

**Kommentar:**

Anstelle der verzerrten und von außen übergestülpten Erfahrungen, Normen und Werte tritt ein organismisches Wertungssystem, das dem Individuum seine eigenen Werte und Normen vermittelt. Diese dienen in höchstem Maße der Erhöhung und Entfaltung des Organismus.

Zur wissenschaftstheoretischen Einordnung schreibt Sander (1999, S.52), dass „... die Persönlichkeitslehre von Rogers keine monistische, sondern eine dualistische Motivationslehre vor (stellt). Die Aktualisierungstendenz als leitendes Organisationsprinzip der menschlichen Entwicklung wäre unvollständig, fände sie nicht ihre Begrenzung in dem Bedürfnis nach positiver Annahme. Während das erste Prinzip die „egozentrische Seite“ der Entwicklung beschreibt (Autonomie, Entfaltung, Verwirklichung), umfasst das zweite Prinzip die „sozialzentrische Seite“ (Angenommen-Werden, Geachtet-Werden, Beachtung-Finden usw.). Beide Prinzipien sind dialektisch aufeinander bezogen und erklären einen großen Teil menschlicher Antriebe, menschlicher Konflikte und gesellschaftlicher Prozesse“.

Diese Thesen bilden sozusagen das Menschenbild der personenzentrierten Therapie. Im Einklang mit Rogers sieht Moldzio (2004, S. 2) das Menschenbild als einen vortheoretischen Bereich an, welcher das Fundament einer jeden theoretischen Grundlagenbildung darstellt. Moldzio definiert „Menschenbild“ wie folgt: „Das

individuell lebensgeschichtlich geprägte und soziokulturell überformte Menschenbild ist eine chaotisch mannigfaltige Sammlung sowohl expliziter als auch meist latenter (Vor-) Annahmen, Haltungen, Hoffnungen und Urteilen mit handlungsleitendem Charakter zur Beantwortung der Kantischen Frage „Was ist der Mensch?“ (2004, S. 24).

Moldzio (2004, S. 26) geht von drei wesentlichen Funktionen von Menschenbildern aus:

1. Die *orientierende Funktion*: Sie bietet Orientierungspunkte, die zu bestimmten Leitbildern verbunden werden können. Letztere leiten das Verständnis vom Menschen und die wissenschaftliche Erkenntnis in ihrer Denk- und Fragerichtung und haben somit hermeneutisch-heuristischen Wert. Davon ausgehend werden andersartige Erkenntnisse kritisiert oder bestätigt und neue Erkenntnis- und Verstehenshorizonte erschlossen.
2. Die *identitätsstiftende Funktion*: Sie ist für die Einheit der Wissenschaften zentral. Zur wissenschaftlichen Standortbestimmung gehört die Reflexion auf ein zugrunde liegendes Menschenbild. Sie legt für eine Forschungsgemeinschaft den mehr oder minder verbindlichen Rahmen fest, innerhalb dessen sich die Wissenschaft weiterentwickelt und Konsens bezüglich ihrer Prämissen besteht.
3. Die *normative Funktion*: Diese umfasst die ethische Dimension, die Aussagen zu den Werten und zum „richtigen“ Handeln trifft. Die Rolle von Werten und Normen impliziert auch ein für wünschenswert erachtetes Idealbild als Zielvorstellung. Die regulative Funktion von Menschenbildern greift in der Medizin direkt in die Planung des Therapiezieles ein und ist damit letztendlich auch leitend für die Indikationsstellung und Methodenwahl.

Zu erwähnen ist auch hier der sozialzentrische Aspekt des Menschenbildes, welches nach außen gerichtet das Weltbild des Individuums mitkonstituiert.

## **2.6. Inkongruenzerfahrungen des Menschen**

Wie in den Thesen 13 und 14 schon kurz dargestellt, leidet ein Mensch an psychischer Fehlanpassung, „wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinneserfahrungen leugnet“ (Rogers 1999b, S. 440).

Sander (1999, S. 51) skizziert hierfür ein Beispiel:

„Wenn ein Mensch Anerkennung und Liebe früher immer nur in Abhängigkeit von seinen Leistungen erfahren hat, hält er sich eigentlich nur dann für liebenswert, wenn er etwas leistet. In seinem Selbstkonzept sind Geliebt- Werden und Leistungserbringung eng miteinander gekoppelt. Liebe ohne Leistung ist für ihn nicht vorstellbar. Macht er nun die gegenteilige Erfahrung, wird er dies zunächst überhaupt nicht glauben können. Er wird auch diese ihm entgegengebrachte bedingungslose Zuneigung nicht als solche erleben können, sondern sie als abhängig von Leistungserwartungen sehen. Er wird anfangs alles daran setzen, dass sein altes Selbstkonzept erhalten bleibt. Wenn es gar nicht mehr anders geht und die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbstkonzept zu offensichtlich wird, kann sich ein schmerzhafter Prozess zur Reorganisation des vormals starren in ein flexibles Selbstkonzept entwickeln. Dieses würde den Aspekt beinhalten: „Ich werde auch geliebt, ohne dass ich etwas geben muss.“ Es stellt sich dann eine stärkere Kongruenz ein: Selbstkonzept und Erleben sind wieder stärker im Einklang.“

Eine Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrungen lösen beim Menschen innere Spannung aus. „Wenn das Individuum sich bis zu einem gewissen Grad dieser Spannung oder Diskrepanz bewusst wird, empfindet es Angst, spürt es, dass es nicht integriert ist“ (Rogers 1999 b, S.440). Für eine erfolgreiche Therapie sollte sich das Individuum dieser inneren Spannung zumindest ansatzweise bewusst sein.

Nach Rogers ist also eine, zumindest zum Teil, bewusst gespürte Inkongruenzerfahrung zwischen dem Selbstkonzept des Klienten und seinem Erleben eine Indikation für eine beginnende Gesprächspsychotherapie. Andererseits zielen Vorgehensweisen, wie sie z.B. Speierer (1994) in seiner „Inkongruenz-Dynamik“ aufzeigt, darauf hin, bei bestimmten Störungen die Inkongruenz-Wahrnehmung zu

erreichen, bzw. zu erhöhen, also sozusagen den Leidensdruck zu erhöhen, um erfolgreich therapeutisch arbeiten zu können.

Mit seinem „Differentiellen Inkongruenzmodell“ hat Speierer (z.B. 1994, 2007) in Ergänzung zu Rogers eine allgemeine und störungsspezifische Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie vorgestellt. Wie der Name schon sagt, steht bei diesem Modell das subjektive Erleben von Inkongruenz, die Inkongruenzentstehung und die Inkongruenzfolgesymptome im Mittelpunkt. Speierer definiert Inkongruenz als „... eine über Angst hinausgehende in vielerlei Hinsicht unangenehme Erlebensqualität. Das Erleben von Inkongruenz kann angesichts von Erfahrungen aus Vergangenheit, Gegenwart und von Gedanken an die Zukunft aktualisiert werden“ (Speierer 2002 zit. in Biermann-Ratjen 2006, S. 458).

Laut Speierer geht Rogers einzig und alleine von einem sozialkommunikativen Defizit als Quelle der Inkongruenz aus, er dagegen geht von drei Inkongruenzquellen aus (nach Speierer 2002 zit. in Biermann-Ratjen 2006, S. 458f.):

- **Sozialkommunikative Inkongruenzquellen** in Form von Defiziten an erlebter Wertschätzung, Empathie und Kongruenz sowie mangelhafte verbale und nichtverbale Ausdrucksformen („Symbolisierung“) in den persönlich relevanten interaktionellen Beziehungen der Vergangenheit einschließlich der frühen Kindheit bis zu Gegenwart.
- **Dispositionelle Inkongruenzquellen**, das sind bio-neuro-psychologische Anfälligkeiten bzw. Vulnerabilitäten bzw. erniedrigte Toleranzgrenzen für Inkongruenzerleben, das noch mit dem Erleben von Gesundheit verträglich ist. Dazu kommen bio-neuro-psychologische Auslöser von Inkongruenzquellen.
- **Lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen**, das sind sozialkommunikativ und nicht-sozialkommunikativ vermittelte, selbstbedrohlich erlebte Lebensereignisse.

### **2.7.Exkurs- Die Humanistische Psychologie**

In diesem Exkurs wird ein kurzer Einblick in die Humanistische Psychologie gegeben. Wie schon erwähnt, gehört Rogers mit seinem Persönlichkeitskonzept zu den Begründern der Humanistischen Psychologie.

Die Humanistische Psychologie entstand in den fünfziger und sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in den USA, wo sie, neben Psychoanalyse und Behaviorismus, als „dritte Kraft“ der Psychologie bezeichnet wurde.

Interessant ist die Tatsache, dass sich diese Entwicklung zuerst in den USA in Gang gesetzt hat. Maßgeblich daran beteiligt waren nämlich deutsche Psychologen und Psychiater wie Kurt Goldstein, Erich Fromm, Fritz Perls, Charlotte Bühler und Ruth Cohn, die alle während des Nazi-Regimes aus Deutschland in die USA emigrierten. Dort trafen diese Vertreter der europäischen Existenzphilosophie und Phänomenologie auf einen pragmatischen, demokratischen und humanistischen Geist der amerikanischen Wirtschaftsreform. Diese Ansätze verbanden sich und mündeten in einer neuen psychologischen Richtung (vgl. Quitmann 1996, S. 12).

Zu den o.g. Namen gesellten sich u.a. noch die Amerikaner Carl Rogers und Abraham Maslow, und zusammen gründeten sie 1962 die American Association of Humanistic Psychology. Dies war vor allem eine Protestbewegung, nicht nur eine Ergänzung, sondern eine ausgesprochene und deutlich formulierte Abgrenzung zu den behavioristischen und psychoanalytischen Richtungen. In ihrem zentralen Anliegen, eine andere, humane Sicht vom Menschen zu propagieren, war sie vor allem Protest.

Bugental formulierte 1964 fünf Prinzipien der Humanistischen Psychologie (nach Quitmann 1996, S. 14 f.):

1. Der Mensch in seiner Eigenschaft als menschliches Wesen ist mehr als die Summe seiner Bestandteile,  
d.h. obwohl die Kenntnis der Teilfunktionen des Menschen wichtiges Wissen darstellt, betont Bugental die Einzigartigkeit und das Person-Sein des Menschen.
2. Das menschliche Existieren vollzieht sich in menschlichen Zusammenhängen,  
d.h. die Einzigartigkeit des Menschen drückt sich z.B. darin aus, dass seine Existenz immer an zwischenmenschliche Beziehungen gebunden ist.
3. Der Mensch lebt bewusst,  
d.h. unabhängig davon, wie viel dem menschlichen Bewusstsein jeweils zugänglich ist, ist die jeweils verfügbare Bewusstheit ein Wesensmerkmal des Menschen und Grundlage für das Verstehen menschlicher Erfahrung.

4. Der Mensch ist in der Lage zu wählen und zu entscheiden,  
d.h. dieses Postulat folgt gewissermaßen aus dem vorherigen; denn wenn ein Mensch bewusst lebt, braucht er nicht in der passiven Zuschauerrolle zu verharren, sondern kann durch aktives Entscheiden seine Lebenssituation verändern.
5. Der Mensch lebt zielgerichtet,  
d.h. der Mensch lebt auf ein Ziel, bzw. Werte hin hin, die die Grundlage seiner Identität sind; das unterscheidet ihn von anderen Lebewesen. Dieses Gerichtet-Sein hat einen doppelten Charakter, d.h. der Mensch intendiert gegensätzlich z.B. auf Ruhe und Erregung gleichermaßen.

Auch in ihrer wissenschaftstheoretischen Standortbestimmung setzt die Humanistische Psychologie neue Maßstäbe, indem sie sich z.B. gegen den geltenden wissenschaftlichen Anspruch der Objektivität stellte und stattdessen betonte, dass der Forscher als Mensch auch immer selbst Teil der Forschung über den Menschen ist.

Im Menschenbild der Humanistischen Psychologie finden sich die verschiedensten philosophischen, psychologischen und religiösen Strömungen, z.B.

- Europäische Philosophie (Existenzphilosophie, Phänomenologie)
- Östliche Philosophie (Buddhismus, Zen)
- Die Schriften des Alten Testaments
- Europäische Psychologie (Psychoanalyse)
- Amerikanische Psychologie (Behaviorismus)

Dementsprechend liefert die Humanistische Psychologie bis heute keine in sich geschlossene Theorie oder gar ein einheitliches Psychotherapieverfahren.

Die Vertreter der Humanistischen Psychologie stimmen in ihren grundsätzlichen Auffassungen vom Menschen überein. Diese sind nach Sander (1999, S. 46) vor allem:

- Autonomie und soziale Interdependenz,
- Selbstverwirklichung,
- Ziel- und Sinnorientierung allen menschlichen Strebens,
- Ganzheit des Leib-Seelisch-Körperlichen

Für die Fragestellung dieser Arbeit ist der Aspekt der „sozialen Interdependenz“ besonders bedeutend, da in der Familie die einzelnen Familienmitglieder in hoher Interdependenz stehen.

## **2.8. Das therapeutische Beziehungskonzept**

Bei dem Konzept der klientenzentrierten Psychotherapie steht nicht das technische Wissen und Können des Therapeuten im Vordergrund, sondern die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Wie diese beschaffen sein muss, hat Rogers zuerst 1957 (deutsch 1998c) in einem Aufsatz beschrieben und dazu sechs Bedingungen definiert, die als „notwendig und hinreichend“ für konstruktive Persönlichkeitsveränderung im Rahmen von Psychotherapie gekennzeichnet sind:

### **1. Zwei Menschen – ein Therapeut und ein Klient – befinden sich in einem psychologischen Kontakt.**

Sie beginnen, eine Beziehung zueinander aufzubauen; nehmen sich gegenseitig wahr, reagieren aufeinander und sind zumindest ansatzweise in der Lage, ein Gespräch zu führen. Diese Bedingung ist z.B. nicht erfüllt, wenn der Klient akut psychotisch ist oder unter starkem Drogeneinfluss steht.

### **2. Der Klient befindet sich in einem Zustand von Inkongruenz.**

Der Klient fühlt sich ängstlich, unsicher, uneins mit sich selbst. Er spürt, dass es etwas gibt, was nicht stimmig ist mit ihm, oder in ihm. Diese Gefühle erzeugen einen gewissen Leidensdruck beim Klienten.

### **3. Der Therapeut hingegen ist kongruent.**

Der Therapeut ist im Kontakt zum Klienten mit sich selbst eins und integriert. Er kann in dieser Beziehung echt und er selbst sein. Sein Erleben stimmt mit seinem erwarteten Selbstbild überein. Der Therapeut kann sein ganzes Erleben in der Beziehung zum Klienten bewusst werden lassen. Dies bedeutet nicht, dass er dieses dem Klienten dauernd mitteilt, aber das bewusste Erleben muss da sein.

**4. Der Therapeut erlebt sich als dem Klienten unbedingt zugewandt.**

Der Therapeut kann den Klienten wertschätzen und akzeptieren und diese Wertschätzung ist nicht an bestimmten Bedingungen (z.B. Verhaltensweisen) gebunden, die der Klient erfüllen muss.

**5. Der Therapeut kann sich durch ein einführendes Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten einfühlen.**

Der Therapeut fühlt sich in den Klienten und sein Erleben, und wie der Klient sich und sein Erleben bewertet, ein. Er teilt dem Klienten seine Erfahrungen der Empathie mit, also was er als Therapeut vom inneren Erleben des Klienten verstanden hat.

**6. Beim Klienten muss zumindest in Ansätzen die Mitteilung des Therapeuten von dem, was dieser verstanden hat und bedingungslos annehmen kann, ankommen.**

Diese Bedingung wird auch als „Ansprechbarkeit des Patienten für das therapeutische Beziehungsangebot“ bezeichnet (vgl. Kriz 2007, S. 19).

In den weiteren Jahren der Entwicklung der therapeutischen Beziehung kristallisierten sich die o.g. Bedingungen drei, vier und fünf als die Kernbedingungen des therapeutischen Beziehungsangebotes heraus und wurden von Rogers explizit beschrieben.

Diese drei Merkmale sind:

- **Echtheit oder Kongruenz**
- **Wertschätzung oder bedingungsfreies Akzeptieren**
- **Präzises einführendes Verstehen oder Empathie**

**Echtheit oder Kongruenz:**

Zu dieser, wie Rogers selber sagt, wichtigsten Einstellung des Therapeuten schreibt er: „Eine Therapie ist mit größter Wahrscheinlichkeit dann erfolgreich, wenn der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten er selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder Maske zu verbergen. Der theoretische Ausdruck hierfür ist Kongruenz;

er besagt, dass der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaft empfindet, deutlich gewahr wird und dass ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so dass er sie dem Klienten mitzuteilen vermag, wenn es angemessen ist. Auf diese Weise ist der Therapeut in der Beziehung transparent für den Klienten und lebt offen die Gefühle und Einstellungen, die ihn im Augenblick durchströmen. Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut seiner selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern dass er sie auch durch sein Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann“ (Rogers 1999c, S.30 f.).

„Dabei beschreibt der Begriff >Kongruenz< im Sinne von Übereinstimmung, Deckungsgleichheit die wirkliche Bedeutung: Das Innere des Beraters soll mit dem übereinstimmen und deckungsgleich sein, was er äußerlich sagt, tut oder ausdrückt“ (Sander 1999, S.62).

Dies bedeutet natürlich auch, dass der Therapeut seine negativen Einstellungen gegenüber dem Klienten äußert. Hierbei ist wichtig, dass der Therapeut nur seine Empfindungen äußert und kein Urteil über den Klienten. „Dieses Konzept könnte leicht missverstanden werden. Es besagt gewiss nicht, dass der Therapeut den Klienten mit all seinen Problemen oder Empfindungen belasten soll ( . . . ) Aber er soll die Gefühle, die in der Beziehung permanent wieder auftauchen, akzeptieren und auch äußern. Er soll der Versuchung widerstehen, sich hinter einer professionellen Maske zu verbergen“ (Sander 1999, S. 32).

Die Kongruenz des Therapeuten wirkt quasi modellhaft und bringt den Klienten dazu, ebenfalls echt und kongruent zu sein und über seine Gefühle und Empfindungen zu sprechen.

Kongruenz kann vom Therapeuten oder Berater nicht einfach wie eine Technik gelernt werden, da Echtsein „ . . . eine grundlegende Einstellung (ist), die sich jedoch durch persönliche Weiterentwicklung, durch ein Sich – selbst – Kennenlernen erwerben lässt“ (Weinberger 2004, S.40).

### **Wertschätzung oder bedingungsfreies Akzeptieren:**

Das zweite Merkmal ist die positive Wertschätzung, oder auch bedingungsfreies Akzeptieren genannt. Damit ist gemeint, dass der Therapeut seinen Klienten bedingungslos so annimmt, wie er ist, mit allen Gedanken, Gefühlen und

Verhaltensweisen. Positive wie auch negative Seiten des Klienten werden weder bewertet, noch verurteilt. Der Klient muss emotional spüren können, dass der Therapeut ihn tatsächlich so annimmt, wie er ist, und zwar nicht nur berufshalber, sondern aus einem echten Interesse heraus.

Weinberger (2004, S.46) macht deutlich, dass der Klient, der gerade am Anfang der Beratung noch sehr unsicher ist, darauf angewiesen ist, spürt, dass der Berater ihn akzeptiert und annimmt mit seinen Problemen.

Rogers selbst schreibt dazu:

„Je mehr ich den Einzelnen zu akzeptieren vermag, je mehr Zuneigung ich für ihn empfinde, desto leichter kann ich eine für ihn nützliche Beziehung schaffen.

Akzeptieren heißt hier ein warmherziges Anerkennen dieses Individuums als Person von bedingungslosem Selbstwert - wertvoll, was auch immer seine Lage, sein Verhalten oder seine Gefühle sind. Das bedeutet Respekt und Zuneigung, eine Bereitschaft, ihn seine Gefühle auf seine Art haben zu lassen. Es bedeutet ein Annehmen seiner Gefühle, Rücksicht auf seine momentanen Einstellungen, gleichgültig wie negativ oder positiv sie sind, wie sehr sie Einstellungen, die er in der Vergangenheit gehabt hat, widersprechen. Das Akzeptieren jeden schillernden Aspekts dieses anderen Menschen lässt die Beziehung für ihn zu einer Beziehung der Wärme und Sicherheit werden. Die Sicherheit, als Mensch gemocht und geschätzt zu werden, ist anscheinend ein höchst wichtiges Element einer hilfreichen Beziehung“ (Rogers 1999b, S. 47).

Ebenso wie das Merkmal „Kongruenz“ ist auch die „Akzeptanz“ nicht durch Übungen oder Trainings zu erreichen, sondern hängt ab von der biographischen Persönlichkeit des Therapeuten und der Art und Weise, wie er sich selber akzeptiert.

Bei allem theoretischen Anspruch ist die „absolute“ Akzeptanz in der Praxis als ein Ideal anzusehen, welches zwar anzustreben ist, aber nicht zu jedem Zeitpunkt absolut verwirklicht werden kann. Oftmals kann der Therapeut die Akzeptanz gegenüber seinem Klienten aufgrund dessen „absonderlichem“ Verhalten oder Erleben nicht aufrechterhalten. An diesem Punkt wird die enge Verknüpfung der Akzeptanz mit dem Merkmal Kongruenz deutlich: Spürt der Therapeut einen Mangel an Akzeptanz, sollte er sich selber explorieren, wo die Ursache dafür liegt. Liegt die Ursache in der Beziehung zum Klienten, ist es wichtig, dass der Therapeut sein Empfinden ausdrückt

und mit dem Klienten zusammen im Sinne einer Beziehungsklärung seine Akzeptanz wiederherstellt.

Bleibt beim Therapeuten über längere Zeit eine positive Akzeptanz des Klienten aus, wird dies negative Folgen haben. „Spürt der Klient, dass er vom Therapeuten nicht akzeptiert wird, wird er in seinem Prozess der Selbstexploration behindert, vor allem wohl dadurch, dass er sich in der Beziehung zu Therapeuten mit dessen Bewertungen auseinandersetzen muss und somit kaum Raum bleibt zur Klärung der Beziehung, die er zu sich selbst hat“ (Biermann-Ratjen et al. 1983, S.21).

Und auf der anderen Seite, also wenn der Therapeut akzeptierend ist:

„Ist die therapeutische Beziehung derart, dass der Therapeut ein hohes Ausmaß an Wertschätzung über einen längeren Zeitraum gegenüber seinem Klienten erlebt, so bedeutet das, dass der Klient das Beziehungsangebot des Therapeuten annehmen kann. Das wiederum bedeutet, dass er zu sich selbst genau die Beziehung aufgenommen hat, die ihm der Therapeut entgegengebracht hat, d.h. er interessiert sich für das, was in ihm selbst vor sich geht als in einer Person von Wert“ (Biermann, Ratjen et al. 1983, S. 27f.).

### **Präzises einführendes Verstehen oder Empathie:**

In dem dritten Therapeutenmerkmal, der „Empathie“ oder dem „einführenden Verstehen“ ist Rogers wohl am häufigsten missverstanden worden. Nach Rogers bedeutet „Empathie“, dass der Therapeut die Fähigkeit besitzt „ . . . die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung präzise und sensibel zu erfassen. Ein solch einführendes Verstehen heißt, dass der Therapeut in der Welt des Klienten zu Hause ist. Es ist ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten mit ihren ganz privaten personalen Bedeutungen, als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der „Als- ob- Charakter“ nie verloren geht“ (Rogers 1999 c, S.23).

Hiermit ist nicht gemeint, dass der Therapeut die letzten Worte des Klienten einfach nur „papageienhaft“ wiederholt. Lange Zeit wurde Rogers aber so interpretiert, dass der Therapeut nur „spiegelt“ oder die Gefühle des Klienten „reflektiert“, in dem Sinne: „Jetzt sind Sie traurig. Das macht Sie wütend. Sie fühlen sich vernachlässigt“ etc.

Die Empathie ist so anfangs zu einer rein mechanischen Technik geworden, die Therapeuten anwenden. Rogers hat sich, für seine Verhältnisse, sehr heftig gegen diese Interpretationen gewehrt (vgl. Rogers 1962, S.185 zit. in Quitmann 1996, S.152).

„Viele Konflikte liegen im emotionalen Bereich und lassen sich daher auch nicht intellektuell oder rational lösen. Vielmehr muss der Klient auf der emotionalen Ebene zu einer Lösung seines Problems kommen“ (Weinberger 1998, S.56).

Aber: Der Therapeut soll nicht nur die bewussten Gefühle des Klienten aufnehmen, sondern auch die „ . . . neblige Zone am Rande der Gewährwerdung“ (Rogers 1999 c, S. 24), also die Gefühle, die der Klient zwar spürt, aber noch nicht in sein Bewusstsein gekommen sind.

Dadurch „ . . . lernt der Klient sich selber besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft ( . . . ) abläuft, in seinem Bewusstsein zulassen. Auf so tiefgreifende und umfassende Weise verstanden und akzeptiert zu werden ist ein sehr bestärkendes Erlebnis. Es fördert und klärt das wachsende Vertrauen, das der Klient zu seinem Selbstbild gewinnt“ (Rogers 1999c, S.24).

Reinhardt Tausch gab dieser Therapeutenvariabel in Deutschland den Namen „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (Tausch 1973, S.79). Er definiert es wie folgt:

„Der Psychotherapeut sucht an Hand des sprachlichen Ausdrucks des Klienten dessen Erlebniswelt insbesondere die Gefühlserlebnisse so zu sehen, wie der Klient sie empfindet bzw. wie er sich selbst und seine Umwelt sieht. Er sucht gleichsam die persönlich- gefühlsmäßige Erlebniswelt des Klienten mit dessen eigenen Augen, „von der Innenseite des Klienten“ her zu sehen. Das, was der Psychotherapeut jeweils von der vom Klienten zum Ausdruck gebrachten phänomenalen Welt und den Gefühlen verstanden hat, kommuniziert er dem Klienten sprachlich in konkreter, verständlicher Form“ (Tausch 1973, S. 86).

Es bleibt festzustellen, dass diese Interpretation den Vorteil hat, dass sie entsprechende Skalen und Ratings (Truax und Carkhoff 1966, 1967) einer empirischen Überprüfbarkeit zugänglich gemacht wird, indem ausgezählt werden kann, wie viele Gefühlsworte der Therapeut benutzt. Diese technisch-betonte Herangehensweise stellt allerdings eine Abkehr von Rogers dar, der, wie in der

eingangs zitierten Definition, die Beziehung und den Prozess in den Mittelpunkt stellte.

Dies impliziert allerdings den Nachteil, dass sich ein solches Vorgehen einer empirischen Überprüfbarkeit unter wissenschaftstheoretischen Gütekriterien weitgehend entzieht.

Bei den Äußerungen des Therapeuten über die Gefühle des Klienten ist es wichtig, dass diese Äußerungen nie in einem feststellenden Tonfall, sondern in einem fragenden Tonfall formuliert werden. Der Therapeut weiß ja nie hundertprozentig, ob seine Äußerungen richtig sind, dies weiß nur der Klient selbst. „Damit der Klient aber ständig aktiv mitarbeitet, Ihre Erwiderungen und damit seine Empfindungen Schritt für Schritt reflektiert und differenziert, ist es unbedingt notwendig, dass Sie Ihre Äußerungen immer fragend, offenlassend formulieren“ (Weinberger 1998, S.57), in dem Sinne: „Habe ich Sie richtig verstanden, dass . . . ?“.

Empathie, auch wenn sie keine reine Technik ist, kann dennoch gut geübt und trainiert werden, z.B. anhand von videounterstützten Rollenspielen oder auf Tonband aufgenommenen Beratungsgesprächen, was ja ganz in der Tradition von Rogers und seinen Mitarbeitern steht. Beim späteren Anhören oder Ansehen der Bänder und Filme kann man anhand eines Stufenmodells (Tausch 1973, S.82f.) feststellen, inwieweit die Verbalisierung persönlich- emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten verwirklicht wurde.

Wenn dies der Fall ist, wird der Klient in seiner Selbstexploration (Selbsterkundung) gefördert.

„Wenn der Klient den Therapeuten an seinen Symbolisierungsprozessen teilhaben lässt, indem er über das spricht, was in ihm vor sich geht (es verbalisiert), sprechen wir davon, dass der Klient sich selbst exploriert“ (Biermann-Ratjen et al. 1983, S.15).

„In funktionalem Sinne dient die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte durch den Therapeuten zu nichts anderem als eben zu dieser Förderung der Selbstexploration des Klienten oder, etwas ungewöhnlich ausgedrückt, die Empathie des Gesprächspsychotherapeuten dient der Förderung der >Selbstexploration< des Klienten“ (Biermann Ratjen et al. 1983, S.19). Die Autoren machen aber auch deutlich, „ . . . dass die Verbalisierung der Bewertungen (u.a. gefühlsmäßige) der

inneren Erfahrungen eindeutig den Vorrang vor der Verbalisierung der Erfahrungen selbst haben sollten“ (Biermann-Ratjen 1989, S.17).

Wichtiger als die Tatsache, dass der Klient eine Erfahrung macht, ist also die Frage, wie er diese Erfahrung emotional bewertet.

## **2.9. Das Prozesskontinuum:**

Rogers hat zur Beschreibung der Entwicklung von Klienten im Verlauf einer erfolgreichen Psychotherapie das sog. „Prozesskontinuum“ vorgestellt (z.B. 1998a, 1998b, 1999c). Der Prozess verläuft hierbei über 7 Stufen bzw. Dimensionen. „Die Skala wird ein Kontinuum genannt, weil sie diesen Prozess in seinen einzelnen Dimensionen, wie er sich im Verlauf der erfolgreichen Therapie entwickelt, in Stufen beschreibt, die ineinander übergehen“ (Biermann-Ratjen 2006, S. 102).

### **1. Stufe: Veränderung in der Beziehung zu den Gefühlen:**

Am untersten Ende des Kontinuums sind dem Klienten seine eigenen Gefühle gar nicht bewusst oder werden von ihm als nicht zu ihm gehörend wahrgenommen. Der emotionale Bedeutungsgehalt eigener Erfahrungen wird nicht wahrgenommen. Der Klient hat starre, rigide Konstrukte über sich und seine Umwelt. Er kommuniziert nur über Äußeres. Mögliche Probleme werden gar nicht gesehen und somit hat der Klient keinen bewussten Wunsch nach Veränderung. Die Prognose in Bezug auf einen Therapieerfolg ist schlecht.

### **2. Stufe: Veränderung in der Art des Erlebens:**

Auf dieser Stufe werden Gefühle zwar beschrieben, aber distanziert und Ich-fern, so als ob der Klient die Gefühle nicht selber hätte. Die Gefühle werden objektiv beschrieben und somit vom eigenen Erleben abgerückt. Die eigenen Gefühle sind dem Klienten fremd. Der Klient macht keinen Unterschied zwischen einer äußeren Tatsache und seiner persönlichen Einstellung oder Bewertung dieser Tatsache. Eine typische Aussage dieser Phase: „Das Symptom war einfach eine tiefe Depression“. Nicht *er* war deprimiert, sondern es war einfach ein Symptom (vgl. Rogers 1999c, S. 146). Begriffe wie „nie“ oder „immer“ sind ebenfalls typisch.

### **3. Stufe: Veränderung in den persönlichen Konstrukten:**

Auf dieser Stufe redet der Klient viel, aber zaghaft über persönliche Gefühle. Dies geschieht noch immer eher beschreibend und nicht aus seinem gegenwärtigen Erleben. Der Klient fängt langsam an, seine rigiden Konstrukte in Frage zu stellen und ihre Gültigkeit zu überprüfen. Die durch den Therapeuten erlebte Akzeptanz führt zu dieser Lockerung. Nach wie vor distanziert sich der Klient von seinen negativen Gefühlen. Zum ersten Mal wird die Möglichkeit einer Veränderung gespürt. Das starre Selbst- und Weltbild des Klienten bekommt erste Risse. Diese Risse erzeugen eine innere Spannung, die der Klient spürt und die ihm Angst macht. Er wird sich seiner Inkongruenz langsam bewusst. Auf dieser Stufe wird die Therapie meistens begonnen.

### **4. Stufe: Veränderung in der Mitteilung des Selbst:**

Nun fängt der Klient langsam an, seine Gefühle als unmittelbar gegenwärtig zu erfahren. Er äußert seine Gefühle oder zuweilen brechen sie sogar hervor. Der Klient lässt seine äußere Fassade fallen. Diese neue Erfahrung des Selbst löst beim Klienten Misstrauen und Furcht aus. Die vormals rigiden Konstrukte des Klienten werden spürbar gelockert und vom Klienten kritisch in Augenschein genommen. Die eigenen Anteile an den Problemen werden dem Klienten langsam bewusst. Auf dieser Stufe findet der Schwerpunkt der Therapie statt.

### **5. Stufe: Veränderung in der Beziehung zu Problemen:**

Der Klient nimmt seine Probleme immer mehr wahr und sieht seine Verantwortlichkeit an diesen Problemen und Gefühlen in Beziehungen zu anderen Menschen. Der Klient hat das Bedürfnis, seine inneren Reaktionen zu untersuchen und deren Bedeutung für seine Probleme. Er lebt seine problematischen Gefühle in der Beziehung zum Therapeuten aus. Der Klient fängt langsam an, diese Gefühle zu akzeptieren. Er reagiert oft mit Erstaunen über sich selbst und die zahlreichen Facetten des eigenen Ich. Der Klient hat einen Wunsch nach Selbstkongruenz: „Ich will der sein, der ich bin.“

## **6. Stufe: Veränderung in zwischenmenschlichen Beziehungen:**

Der Klient hat die Fähigkeit, seine Gefühle als sichere Basis zu sehen, von der aus er sich selber erkunden kann. Er bringt seine Gefühle offen in die therapeutische Beziehung und kann sie frei äußern. Der Klient ist nah an seinem inneren Erleben und kann es angstfrei in die Beziehung bringen. Die Selbstakzeptanz aller (positiven wie negativen) Gefühle steht für den Klienten im Vordergrund. Der Klient erkennt seine Konstrukte als solche.

## **7. Stufe: Das obere Ende des Kontinuums – die „fully-functioning-person“:**

Diese letzte Stufe des Kontinuums ist eher ein Ideal des sich voll entfaltenden Menschen (fully-functioning-person). Der Klient erlebt alle Gefühle unmittelbar und nuancenreich. Sein Selbsterleben ist für ihn der einzige gültige Bezugspunkt. Der Klient hat ein unerschütterliches Vertrauen in sich selbst. Das Selbstbild und das Erleben stimmen absolut überein. Der Klient hat das Stadium der vollkommenen Kongruenz erreicht.

„Hier fürchtet sich die Person nicht länger mehr vor dem Erleben von Gefühlen in Unmittelbarkeit und detaillierter Reichhaltigkeit. Das geschieht nicht nur in der Therapie, sondern ebenso in Beziehungen außerhalb. Dieses Emporquellen des Erlebens im Augenblick bildet einen Bezugspunkt durch den die Person fähig ist zu wissen, wer sie ist, was sie will und welche Einstellung sie hat – positive wie negative. Sie ist sich selbst gegenüber akzeptierend, hat Vertrauen in ihren eigenen organismischen Prozess, der weiser ist als ihr Verstand alleine. Jedes Erleben bestimmt seine eigene Bedeutung und wird nicht als eine vergangene Struktur interpretiert. Das Selbst ist das subjektive Bewusstsein dessen, was sie gerade erlebt. Sie ist kongruent geworden, ihrem Erleben entsprechen Symbole, die sie ihm im Bewusstsein gegeben hat, und in ihrer Kommunikation ist sie imstande, diese Einheit auszudrücken“ (Rogers 1998, S. 210).

In der Praxis ist dieses Ideal kaum zu erreichen.

Wie schon angedeutet, sind Menschen, die auf Stufe eins und zwei stehen, für eine Therapie kaum zu motivieren, wohingegen Menschen auf Stufe sechs und sieben eine Therapie schon fast nicht mehr nötig haben, da sie ein stabiles und flexibles Selbst

haben. Psychotherapie findet also demnach hauptsächlich im Bereich der Stufen drei bis fünf statt.

So ist es aber auch denkbar, dass ein Klient die Therapie beispielsweise auf der zweiten Stufe beginnt und auf der vierten Stufe wieder beendet, und „... sowohl Klient als auch Therapeut können damit durchaus zufrieden sein, dass ein substantieller Fortschritt erzielt worden ist. Wenn überhaupt, kommt es nur selten vor, dass ein Klient, der die erste Phase vollkommen repräsentiert, sich bis zu einem Punkt hin bewegt, der typisch für die siebte Phase wäre. Sollte dies vorkommen, wäre es eine Sache von Jahren“ (Rogers 1998b, S. 159).

In einem Prozess von „Stufen“ zu sprechen, könnte den Eindruck einer linear-kausalen Vorstellung erwecken, im Sinne von „wenn A, dann B, dann C“. Rogers betont jedoch den stetigen, fließenden nichtvorhersehbaren Charakter dieses Prozesses (z.B. 1998b, S. 136/ 159).

## **2.10. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierter Ansatz - heute:**

Die Gesprächspsychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr differenziert weiterentwickelt in Bereiche wie z.B. *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie* (zielt auf eine störungsspezifische Ausrichtung, bei welcher unter phänomenologischer Sicht der Klient in seinem existentiellen Prozess aktiv vom Therapeuten gefördert wird; z.B. Swildens 1991, 2007), *Differenzielles Inkongruenzmodell* (Speierer 1994, 2007, siehe Kapitel 2.6), *Emotionsfokussierte Therapie* (zielt auf einen experientiellen Prozess der Symbolisierung von Erfahrung bzw. ihrer Integration in die Selbsterfahrung mithilfe therapeutischer Prozessdirektiven aus Focusing und Gestalttherapie; z.B. Greenberg 2006, Bischoff und Greenberg 2007), *Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie* (zielt auf Grundlage der Emotions- und Kognitionspsychologie auf Klärung und Repräsentation affektiver und kognitiver Schemata mithilfe gezielter Bearbeitungsangebote durch den Therapeuten; z.B. Sachse 2005, 2007), *Entwicklungslehre* (Biermann-Ratjen 2006), *Systemtheorie* (Kriz 1999, siehe Kapitel 3.3.1.), *Anthropologie* (Schmid 2007) usw. und darüber hinaus – neben diesen theoretisch abgrenzbaren Ansätzen – auch eine stärkere Beachtung psychodiagnostischer (Tscheulin 2007) und indikationstheoretischer (Eckert 2006) Gesichtspunkte.

Trotz dieser Entwicklungen ist die Gesprächspsychotherapie den anderen beiden großen Therapieverfahren in Deutschland (Tiefenpsychologische Therapie und Verhaltenstherapie) in einem Punkte noch unterlegen: Nach wie vor hat die Gesprächspsychotherapie keine sozialrechtliche Anerkennung, was konkret bedeutet, dass Gesprächspsychotherapie nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden kann. Obwohl Fachverbände wie die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) seit Jahrzehnten gegen diesen Ausschluss auch juristisch vorgehen (und dabei durch zahlreiche empirische Wirksamkeitsnachweise der Gesprächspsychotherapie unterstützt werden) konnte dieses Ziel bislang noch nicht erreicht werden (siehe dazu Frohburg 2007).

Neben der Gesprächspsychotherapie haben sich aber auch noch Anwendungsgebiete entwickelt, die gleichberechtigt unter dem Dach des Personzentrierten Ansatzes stehen:

*Beratung* (Weinberger 1998, Sander 1999, Sander und Ziebertz 2006), *Management* (Seewald 2006, Ryback 2000), *Jugendarbeit* (Langer und Langer 2005), *Neurowissenschaft* (Lux 2007), *Erwachsenenbildung* (Kunze 2003), *Schule und Unterricht* (Bender et al. 1999), *Gesundheitsförderung* (Paulus und Deter 1998), *Kinder- und Jugendtherapie* (Schmidtchen 1996, 2001; Behr 2006, Goetze 1981, 2002; Goetze u. Jaede 1998; Boeck-Singelmann et al. 1997, 2002; Riedel 2008) usw.

### **3. Stand der Forschung:**

Nachfolgend wird die aktuelle personzentrierte Forschung im Bereich der Familientheorie untersucht, um zu evaluieren, welche Verknüpfungspunkte zwischen personzentrierter Theorie und Familientheorie bestehen.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich seit Jahrzehnten mit einer methodischen Erweiterung der personzentrierten Beratung (z.B. Wolf 1985, Schnabel 1986, Esser 1985/ 1987, Heekerens 1989, Goetze 2002, Ziebertz 2003, Behr 2006).

Integrative Arbeiten auf der Ebene der Theorie sind in der Literatur nach wie vor selten.

Selbst die heute als „klassisch“ zu bezeichnende Arbeit von Virginia Axline (deutsch 1993), welche im englischen Original zuerst 1947 erschien, richtet den therapeutischen Blick ausschließlich auf das Kind und übersieht fast dessen familiäre Bezugspersonen oder familiäre Einbindungen.

Die Arbeiten von Virginia Satir (z.B. 1993, 1994), welche einem humanistisch-experientiellen Ansatz zuzurechnen sind, beziehen sich zwar auf die ganze Familie, legen dabei ihren Schwerpunkt aber ebenfalls auf die Ebene der Methoden. Auch in ihren theoretischen Überlegungen bleibt Satir eher pragmatisch-kasuistisch. In der großen Bedeutung, die sie, neben dem Selbstwert der individuellen Person, der interpersonellen Kommunikation beimisst, nähert sie sich schon deutlich einem systemischen Verständnis der Familie (vgl. Satir 1993).

### **3.1. Was hat Rogers über Familie geschrieben?**

Vorangestellt sei gesagt, dass Rogers niemals mit Paaren oder Familien therapeutisch gearbeitet hat (vgl. O’Leary u. Mearns 2008). Wie Bott (2001, S. 366) ausführte, vermutete Rogers sogar selbst, dass die von ihm formulierten „notwendigen und hinreichenden therapeutischen Bedingungen“ (vgl. Kapitel 2.8) in Bezug auf Paare und Familien eben genau diesen Anspruch nicht erfüllen könnten.

Rogers (1998a, S.66) formulierte zwar eine rudimentäre Theorie der Familie, welche aber im Grunde eine Ableitung seiner Therapie- Theorie ist und sich auf die zwischenmenschliche Beziehung zweier Personen (analog zur Berater- Ratsuchender- Beziehung) bezieht. Somit „zerlegt“ er die Familie in ihre Zweier- Beziehungen. Die charakteristischen Dynamiken familiärer Kommunikation und Interaktion lässt Rogers dabei außen vor wie auch Cain feststellt „ In my assessment, Rogers never moved from an individual to a group or systems perspective in his thinking. (...) Primarily, he paid enormous attention to the individual within a group, and very little attention to the group as a whole and its dynamics” (1989, S. 249).

An anderer Stelle beleuchtet Rogers (1998b, S. 307 ff.) allerdings die Veränderungen, die ein Mensch durch seine personenzentrierte Therapie in seinem Familienleben impliziert: „Es liegt eine solche Befreiung, eine so beglückende Auflockerung von

Abwehrhaltungen in der Erfahrung, verstanden zu werden, dass das Individuum diese Atmosphäre auch für andere schaffen möchte“ (1998b, S. 316). Dies könnte vermuten lassen, dass Rogers annahm, dass die heilsame Entwicklung eines Familienmitgliedes quasi automatisch eine Entwicklung des ganzen Familiensystems in Gang setzen würde. Bott (2001) führt aus, wie zahlreiche personzentrierte Autoren dieser Sichtweise widersprechen (z.B. Cain 1989, Anderson 1989, Esser und Schneider 1989, Bott 2001).

Rogers schrieb auch ein Buch über Paarbeziehungen, welches sich aber ebenfalls nicht einer Theorie des Paares bzw. Familie oder speziell der Paar- und Familientherapie zuwendete, sondern sich mit unterschiedlichen Partnerschaftsformen auseinandersetzt, die Rogers im Laufe seiner Gruppenarbeiten kennen gelernt hat (vgl. Esser und Schneider 1989, S. 221)

Es blieb aber (und bleibt es weitestgehend auch bis heute) im Personzentrierten Ansatz die Einbettung des Einzelnen in familiäre Beziehungsstrukturen theoretisch unterbelichtet (vgl. Anderson 1989, S. 296, Kriz 2004, S.63, Gaylin 2008, Burgess Moser u. Johnson 2008).

Dieses verwundert umso mehr, wenn man die Tatsache betrachtet, dass Rogers seine Karriere als Familienberater begann: Zwölf Jahre lang arbeitete er in einer Beratungsstelle in Rochester. Aus dieser Zeit stammt auch seine erste größere Veröffentlichung, die sich ebenfalls mit dem Thema „Kind und Familie“ beschäftigte (The clinical treatment of the problem child, 1939). Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Das soziale Wesen des Menschen wird in den Arbeiten Rogers' schon unbestreitbar deutlich, wie von Rogers und Schmid (1998) anhand des Begriffs der „Person“ expliziert wurde: Die individuelle „Person“ ist ohne ihr soziales Umfeld gar nicht denkbar. „Der Mensch wird nur unter Menschen ein Mensch. Person als Relationalität“ (Rogers u. Schmid 1998, S. 56). So verstanden ist die „personale Begegnung“ für ein Menschsein konstitutiv (vgl. Krüger 1993, S. 84). Wie schon erwähnt, ist die Ich-Du-Beziehung, wie Buber (1995) sie dargestellt hat, als eine wichtige Grundlage für Rogers galt.

### **3.2. Warum lassen sich Rogers' Arbeiten mit Gruppen nicht auf Familien übertragen?**

Schon früh gab es Anstrengungen, die personenzentrierte Psychotherapie aus ihrem dyadischen Setting herauszuholen und für die Arbeit mit Gruppen nutzbar zu machen. So fand der personenzentrierte Ansatz in den weiteren Jahrzehnten große Verbreitung in Gruppenpsychotherapien und Encounter-Gruppen (z.B. Schmid 1996, Rogers 1970). Aber auch in diesen Settings ist das Ziel – ebenso wie in der Einzelberatung – die Förderung und Entwicklung, bzw. Heilung des Individuums, wenn auch hier durch das Medium „Gruppe“.

Im Unterschied dazu geht es in der Familienberatung darum, rigide Kommunikationen in Familien zu verändern. Auch unterscheidet sich die Familie in der Dynamik von einer Therapie- oder Encountergruppe. Die Dynamik familiärer Kommunikation und Interaktion hat ihre besondere Stabilität durch den Bezug auf eine gemeinsame Geschichte, auf ein gemeinsames Familienparadigma und auf gemeinsame Sinndeutungsmuster. Weiterhin charakteristisch ist die hohe Intimität und Körperlichkeit in der Familie, sowie spezifische Erwartungen an Geborgenheit und Sinnbestätigung (vgl. v. Schlippe u. Schweitzer 2003, S. 76). Wie im nächsten Kapitel noch erläutert wird, nimmt Gaylin (2002, S. 321) an, dass es eine Familienaktualisierungstendenz als Teil der Selbstaktualisierungstendenz gibt.

Aus theoretischer Sicht lässt sich das personenzentrierte Konzept von daher nicht eins zu eins auf den Bereich der Familie übertragen – wie auf den Bereich einer Encounter- bzw. Therapiegruppe.

### **3.3. Welche Arbeiten gibt es bereits zu einer Personenzentrierten Theorie der Familie?**

Hier sind für Deutschland vornehmlich die Ansätze von **Jürgen Kriz** und **Stefan Schmidtchen** zu nennen, welche damit auch den aktuellen Stand der Forschung zu diesem Thema darstellen. In den USA hat **Ned Gaylin** einige Ansätze veröffentlicht, welche in Deutschland bisher relativ unberücksichtigt geblieben sind.

Weitere Aufsätze stammen von Pavel (1989), Cain (1989), Schlünder (1999), O'Leary (1999, 2008) und Bürki und Hobi (2000). Dies verdeutlicht, dass es schon seit Ende der Achtziger Jahre Veröffentlichungen in Deutschland und den USA gibt, die sich diesem theoretischen und praktischen Mangel annahmen. Cain formulierte schon 1989: „Our basic dilemma, as I see it, is a lack of adequate theory to help us develop, modify, and refine our manager of therapeutic practice. To date, most person-centered family practitioners (...) apply Rogers' individual model of therapy to the couple or family, with little modification. Yet those who have spent a fair amount of time on the front lines know that the family is a significantly different beastie than the individual" (S. 248).

### **3.3.1. Die Personzentrierte Systemtheorie**

Jürgen Kriz entwickelt seit den Neunziger Jahren die Personzentrierte Systemtheorie (z.B. 1998, 1999a, 2004), aus dem Bedürfnis heraus, für wesentliche Aspekte psychotherapeutischer und klinisch- psychologischer Prozesse angemessene Modellvorstellungen bereitzustellen (vgl. Kriz 2004, S. 13). Kriz' Kritik richtet sich darauf, dass in der klinischen Psychologie nach wie vor Beschreibungen und Erklärungen vorherrschen, die dem mechanistischen Weltbild des 19. Jahrhunderts entsprechen. Dort wurden (und werden teilweise noch heute) „... eher Dinge statt Prozesse, Statik statt Dynamik, kontinuierliche Veränderung statt qualitativer Sprünge (...), enge Kausalität von Wirkfaktoren statt ökologisch-vernetzter Wirkungsweisen, isolierte Ursache-Wirkungsmodelle statt systemischer Rückkopplungsmodelle, Analyse und Synthese statt Ganzheitlichkeit als fundamentale Begriffe und Konzepte herangezogen“ (Kriz 2004, S. 13f.).

So finden sich, laut Kriz, Prozessbeschreibungen wie „Blockierungen“ , „Bewältigung“, „Zielfindung“, „Wirkfaktoren“, „Kontrolle“, die eher an mechanische Vorgänge wie das Schmieden eines Werkstücks oder das Ausbeulen einer Blechdose erinnern (vgl. Kriz 2004, S. 14).

Nun verzichtet die Personzentrierte Systemtheorie jedoch nicht auf den Einbezug naturwissenschaftlicher Konzepte, zumal sich gerade humanistisch-psychologische Ansätze gut decken mit moderner naturwissenschaftlicher Systemtheorie. Die Personzentrierte Systemtheorie ist angetreten, mechanistische Metaphern für Lebensprozesse durch adäquatere zu ersetzen.

Der erste Teil des Begriffspaars „Personzentrierte Systemtheorie“ lässt hier die Vermutung aufkommen, dass es sich hier um eine Theorie handelt, welche sich ausschließlich aus dem Personzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers ableitet. Die Personzentrierte Systemtheorie nimmt eine psychologische Perspektive ein, um das Erleben vom Menschen (eingebunden in sein soziales Umfeld) verstehbar zu machen, welche sich auch am Menschen- und Weltbild, wie es besonders Carl Rogers und „sein“ Personzentrierter Ansatz dargelegt hat, orientiert (vgl. Kriz 2004, S.15 f.). Maßgeblich einflussnehmend ist aber ebenso der zweite Begriffsteil „Systemtheorie“. Dieser „... steht für ein konzeptionelles Feld, das (angelehnt an die Vorstellungen der Synergetik von Hermann Haken und zunächst ausgehend von den Naturwissenschaften) Phänomene auf unterschiedlichen Mikro- Makro- Prozessebenen miteinander in Verbindung bringen kann. Hierbei stehen Fragen von Stabilität, selbstorganisierter Strukturbildung und deren Veränderung, etc. im Zentrum des interdisziplinären Diskurses (...)“ (Kriz 2004, S.16).

Die Kernfrage der Personzentrierte Systemtheorie ist, wie Ordnung in unserer Lebenswelt entsteht, wie Menschen ihre Lebenswelt strukturieren. Diese Frage beantwortet Kriz zunächst mit Beispielen aus der naturwissenschaftlichen Forschung, um diese Ergebnisse schließlich auf soziale Systeme zu übertragen.

Schon die Humanistische Psychologie betonte die Prozesshaftigkeit des Lebens. Ein Satz von Heraklit von Ephesos (540 – 480 v.Chr.) wird in diesem Zusammenhang gerne zitiert: „Man kann nicht zweimal in denselben Fluss steigen“ Die Welt *ist* nicht, sondern sie *geschieht*, und sie geschieht zwischen den Polen Chaos und Ordnung. Im einen Extrem „Chaos“ finden wir „... eine Welt voller Dynamik, mit unglaublich komplexen Evolutionsprozessen, ständigem Entstehen und Vergehen von Entitäten auf allen Ebenen zwischen der Mikrowelt (zum Beispiel Elementarteilchen) und der Makrowelt (Sterne und Galaxien), mit dynamischen Stoffwechselprozessen als Basis des Lebens und mit hochdynamischen Wahrnehmung-, Gedanken-, Gefühls- und Handlungsströmen der Menschen inmitten einer sich wandelnden materiellen und sozialen Umgebung (...)“ (Kriz 2004 S. 17). In einer solchen Welt hätte der Mensch theoretisch die Möglichkeit, jeden Moment als etwas absolut Einmaliges und Neues zu erleben. Diese Welt wäre hochkomplex, unvorhersagbar, chaotisch. Nach Kriz kann der Mensch diese Möglichkeit nicht nutzen, da er in einer solchen Welt vor Angst schier „wahnsinnig“ werden würde. Es gäbe für ihn nichts Vertrautes,

Vorhersagbares, Strukturgebendes. Zum (Über-)Leben braucht der Mensch Vertrautes, Haltgebendes, Vorhersagbares – kurz, der Mensch braucht Ordnung.

Da der chaotischen Evolution unserer Welt zunächst einmal keine Ordnung immanent zu sein scheint, ist der Mensch zwingend darauf ausgerichtet, Regelmäßigkeiten zu finden bzw. zu erfinden, um so dem Chaos eine Ordnung abzurufen. Die Gestaltpsychologie hat hierzu zahlreiche Experimente durchgeführt:

Punkte auf einem Blatt Papier werden vom Menschen zu Mustern oder Bildern geordnet; eine willkürliche Abfolge von Tönen wird, wenn irgend möglich, als eine Melodie wahrgenommen (vgl. Kriz 2004, S. 19).

Ein Experiment dazu ist die „Serielle Reproduktion“:

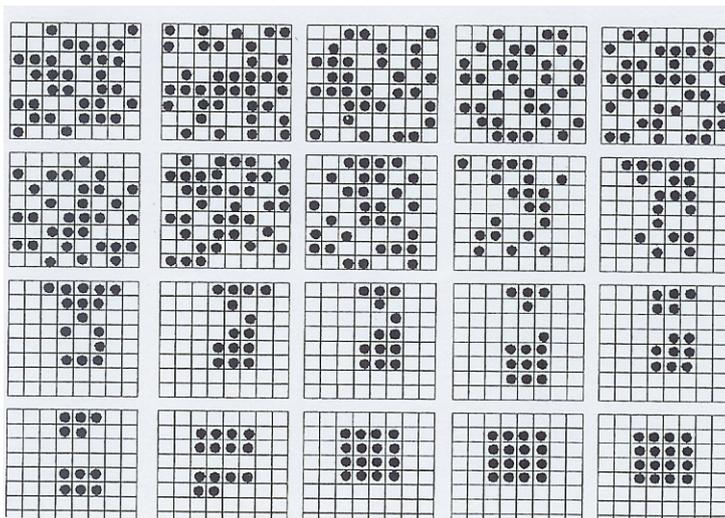


Abbildung 1: Die serielle Reproduktion (Kriz 2004, S. 36 f. nach Stadler u. Kruse 1990)

Eine Versuchsperson bekommt ganz kurz ein komplexes Punktemuster gezeigt (erstes Muster links oben). Die Versuchsperson versucht dann, es aus dem Gedächtnis zu reproduzieren (zweites Muster von links oben). Diese Reproduktion wird einer weiteren Versuchsperson gezeigt, die dann wieder eine Reproduktion erzeugt (drittes Muster von links oben) usw. Diese „serielle Reproduktion“ verändert das Punktemuster immer weiter, bis es so einfach und einprägsam ist, dass jede weitere Versuchsperson es problemlos reproduzieren kann (wobei natürlich nicht immer am Ende genau das Quadrat rechts unten wie in diesem Beispiel entsteht, sondern durchaus auch andere einfache, einprägsame Muster).

Mit einem anderen Beispiel verdeutlicht Kriz (2004, S. 25f.), dass Menschen auch in sozialer Interaktion miteinander Ordnung herstellen. Nach Beendigung eines Konzertes entsteht aus dem Chaos der vielfältigen Klatsch-Rhythmen der hunderten oder gar tausenden Besucher oft plötzlich ein gemeinsamer Klatsch-Rhythmus. Dieser wird aber nicht durch eine Fremdorganisation von außen eingeführt, dass z.B. jemand auf die Bühne geht und mit entsprechenden Anweisungen den Rhythmus vormacht. Da dies nicht geschieht, kann man den gemeinsamen Klatsch-Rhythmus nur als selbstorganisiert bezeichnen.

Auf einer höheren Ebene stellt der Mensch Ordnung über Sprache her. Sprache ermöglicht dem Menschen, die Welt in Kategorien zu unterteilen. Diese Kategorien sind regelmäßig und somit vorhersagbar: Uhrzeit, Morgens- Abends, Tag- Nacht, Wochentage, Monate, Jahreszeiten usw. „Durch Einführung von Kategorien werden jeweils viele einmalige Situationen als „gleiche“ behandelt: Jeder Morgen hat zwar genau genommen seine Einmaligkeit, doch die Kategorie „Morgen“ lässt diese außer Acht. Stattdessen lässt sich „Morgen“ mit „Abend“ vergleichen, und die Abfolge solcher Kategorien schafft zugleich Regelmäßigkeit, was wiederum Voraussagbarkeit und Planbarkeit ermöglicht. Die Reduktion eines komplexen, einmaligen Prozesses in regelhaft wiederkehrende Klassen von Phänomenen strukturiert das Chaos, ermöglicht Prognosen, reduziert damit die Unsicherheit und schafft so Verlässlichkeit“ (Kriz 2004, S. 20).

Die Systemtheorie nennt diesen Vorgang „Komplexitätsreduktion“, was als kognitive Leistung des Menschen zu verstehen, zu würdigen ist und uns von den ersten Lebenstagen an begleitet. Besonders gut lässt sich der Hang zur Ordnung bei kleinen Kindern beobachten. Kinder lieben und brauchen ihr wiederkehrenden Rituale (erst die Geschichte, dann das Lied, dann der Gute-Nacht-Kuss). Aber wehe, man verändert etwas!

Deutlich geworden ist, dass der Mensch notwendigerweise in der Lage ist, eine Ordnung aus seiner chaotischen Umwelt zu (er-) finden. Dies gibt ihm Halt und Vorhersagbarkeit. Der Hang zur Ordnung kann aber auch über sein Ziel hinausgehen. Manche Menschen, Familien, Teams, Organisationen erzeugen zu viel Regelmäßigkeit und statische Ordnung. Dann wird die Komplexität in einem solchen

Maß reduziert, dass die Welt starr, statisch, gleichförmig und langweilig erscheint. Ein solcher Mensch macht keine neuen, aufregenden Erfahrungen mehr, sondern nimmt immer nur noch ein Mehr desselben wahr. Die Wahrnehmung wird verengt auf einen oder wenige Aspekte. „When families submit themselves to therapy their therapists do actually find that in the course of time the spectrum of possible behavior patterns (and how these were perceived and mentally interpreted) has been reduced to a few different categories“ (Kriz 2006, S. 55). In diesem Zusammenhang tritt ein weiteres kognitives Phänomen hervor, was u.a. Kriz „Komplettierungsdynamik“ nennt. Dies beschreibt die Fähigkeit des Menschen, offene oder lückenhafte Gestalten (z.B. geometrische Formen oder Wörter) kognitiv zu vervollständigen. Diese Ergänzung kann natürlich auch „falsch“ sein. Besonders soziale Interaktionen scheinen hierfür besonders anfällig zu sein. „Wenn man dort die gesprochenen Worte und die Situationen nur nach dem längst Vertrauten und Bekannten absucht und innerlich oder äußerlich reagiert mit: „Ach – das kenne ich ja schon!“, und wenn man beim dritten Wort bereits abschaltet, den eigenen Gedanken nachhängt und gar nicht mehr auf das Neue hört, dann ist oft Ärger vorprogrammiert“ (Kriz 1999b, S. 12). Kriz beschreibt ein für diese Arbeit passendes Beispiel aus der Familientherapie: „Das ebenso typische wie alltägliche Beispiel in Paar- und Familientherapien schildert den Therapeuten, wie er einen der Partner fragt: „Haben Sie gehört, was Ihr Partner gerade gesagt hat?“, und dieser antwortet: „Nein, das zwar nicht, aber wie er mich ansah, war mir schon klar, was er sagen würde!“ (vgl. v.Schlippe u. Kriz 1993, S 224). „Die attrahierenden Reduktionsmechanismen und Komplettierungsdynamiken der Einzelnen lassen dann die Aussagen des Partners zu einem Trigger (Auslöser, T.Z.) werden, der nur ein Abspulen der „inneren Filme“ auslöst. Man reagiert auf die eigenen Vermutungen und Unterstellungen als eine äußere Realität, die zudem allzu selten infrage gestellt und überprüft wird. Schlimmer noch: „Wozu soll ich mich ändern, wenn der andere das sowieso nicht merkt“, ist eine ebenso häufig zu findende Aussage, die davon zeugt, dass Fluktuationen und Kreativität im Verhalten zwar immer wieder aufflackern, aber genauso oft durch die Macht der Sinnattraktoren in den alten Kategorien gedeutet werden. Damit verarmt dann aber zusehends diese nicht gewürdigte und wahrgenommene Flexibilität, sodass auch ein Beobachter von außen nicht nur Rigidität in den Kategorisierungen und Deutungen, sondern auch in den interaktiven Verhaltensmustern findet“ (Kriz 2004, S. 59f.)

Familietherapeuten werden davon berichten können, wie häufig ihnen familiäre Reduktionen begegnen wie: „**Jeden** Abend **derselbe** Streit und **dieselben** Probleme mit den Kindern, wir haben schon **alles** probiert, aber **nichts** hat geholfen!“

Sprachliche Kategorien haben zudem die Tendenz zur Verdinglichung von Prozessen. „Unter Verdinglichung wird verstanden, dass wir Prozessen und Phänomenen, die durch Akte der Erkenntnis und Sprache von uns erst geschaffen wurden, dann faktisch wie „Dingen“ gegenüber treten und sie als etwas An-sich-Seiendes behandeln“ (Kriz 1998, S. 40) Aus dem Bereich der Psychopathologie wird z.B. von **der** Verhaltensstörung, **der** Schizophrenie oder **dem** Alkoholiker gesprochen. Prozesshafte Sichtweisen und Entwicklungen sind so irgendwann nicht mehr möglich.

Deutlich wird, dass es in sozialen Systemen keine Wahrheiten geben kann, sondern nur Wahrnehmungen. Wie Kriz herausgearbeitet hat sind Wahrnehmungen zwangsläufig verschieden und verschieden reduziert. Dies erschwert die Kommunikation zwischen zwei Menschen erheblich.

Die Personzentrierte Systemtheorie interpunktiert die Abfolge zweier Kommunikationen K1 und K2 zwischen den Personen P1 und P2 derart, dass die einzelne Person mit ihrer „selbstreferenten Kommunikation“ wieder ins Zentrum der systemischen Überlegungen rückt, nachdem sie in einigen kommunikationstheoretischen Ansätzen (z.B. die soziologische Systemtheorie von Luhmann [1984], welche besagt, dass Kommunikation direkt an Kommunikation anschließt) sozusagen „herausgeworfen“ wurde (vgl. Schweitzer, v. Schlippe 2003, S. 74).

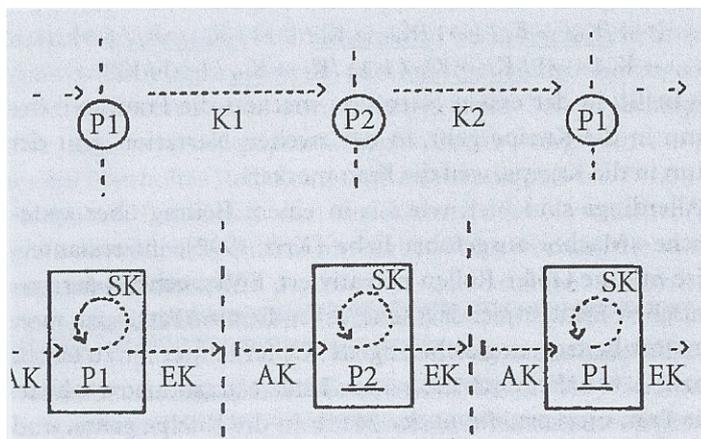


Abbildung 2: Interpunktionen der Kommunikationen K1 und K2 in der Personzentrierten Systemtheorie (Kriz 2004, S. 46)

K1 und K2: Kommunikationen

P1 und P2: Personen

AK: afferente (ankommende) Kommunikation

EK: efferente (ausgehende) Kommunikation

SK: selbstreferente Kommunikation (das innere Selbstgespräch, vgl. Kriz 1999a, S. 153)

Eine ankommende (afferente) Kommunikation (AK) erreicht die Person 1 (P1), woraufhin diese eine ausgehende (efferente) Kommunikation (EK) weitersendet an Person 2 (P2) usw. Man könnte sagen, der *Ausdruck* von P1 ist der *Eindruck* von P2. Der Mensch agiert, bzw. reagiert hier als eine Art „Transformator“, indem er permanent Eindrücke verarbeitet und zu Ausdrücken transformiert (vgl. Kriz 1999a, S. 153) Die *Personzentrierung* der Systemtheorie von Kriz ergibt sich aus dem Prozess zwischen AK und EK, nämlich der „selbstreferenten Kommunikation“ (SK) der Person. Dies bezeichnet ein „inneres Selbstgespräch“ (vgl. Kriz 1999a, S. 153), welches der Mensch aufgrund seines reflexiven Bewusstseins zu führen in der Lage ist. „Jede Kommunikation muss somit stets durch das „Nadelöhr“ persönlicher Wahrnehmungen, Sinndeutungen – kurz: Narrationen -, bevor eine andere Kommunikation „anschließt““ (Kriz 2004, S. 47). Trotz aller Bezogenheit in soziale Umweltprozesse sieht sich der Mensch stets als Mittelpunkt seiner Narrationen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Mensch der Welt zwischen zwei extremen Polen begegnet: Auf der einen Seite finden wir das extreme Chaos mit seinen hochkomplexen, einmaligen, nicht voraussagbaren Prozessen, Auf der anderen Seite finden wir die extreme Ordnung mit ihren rigiden, statischen, verkrusteten Mustern und Festschreibungen. „Seinen jeweiligen Standort im Spannungsfeld zwischen diesen beiden Polen „Chaos“ und „Ordnung“ findet der Mensch nun natürlich nicht allein. Vielmehr wird er durch die Sinndeutungen und Interaktionsstrukturen der Gesellschaft wesentlich mitbestimmt. Und es ist bekannt, dass speziell der abendländischen Kultur eine besonders starke Tendenz zur Ordnung,

zur Reduktion und zur Verdinglichung von Prozessen nachgesagt wird“ (Kriz 2004, S. 22).

Hier bleibt kritisch zu fragen, ob Kriz nur das christliche Abendland meint, oder nicht auch die islamische Kultur der o.g. Tendenz zur Ordnung und Reduktion in mindestens dem gleichen Maße anhängt.

### **3.3.2. Die Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie**

Stefan Schmidtchen entwickelte in Deutschland die Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Diese ist als eine Kombination aus Spieltherapie mit dem Kind und Familientherapie mit der ganzen Familie zu verstehen. Während in den Anfängen der Kindertherapie (Axline 1947, deutsch 1997) die Eltern bzw. anderen Familienangehörigen sehr vernachlässigt wurden, „ ... muss man nach den revolutionären Sichtweisen der Familientherapie und Familiensystemtheorie davon ausgehen, dass ein Kind immer als ein Teil eines Familienganzen zu sehen ist und dass eine psychische Störung eines Kindes immer eine Widerhall einer psychischen Störung des interaktionellen Familiengeschehens ist. Insofern muss eine Kindertherapie immer mit einer Familientherapie einhergehen. Im Sonderfall ist es sogar denkbar, dass allein eine Familientherapie (ohne eine begleitende Kindertherapie) zum Abbau der psychischen Problematik des Kindes führen kann“ (Schmidtchen 1996, S.1).

In diesem Zitat wird deutlich, dass sich Schmidtchen von einer individuumszentrierten, bzw. kindzentrierten Sichtweise entfernt hat, zugunsten einer (auch) familienzentrierten Sichtweise. Eine Indikation für eine kombinierte Kinder- und Familientherapie besteht, wenn die Störungen des Kindes auf gestörte Wachstums- oder Problembewältigungsprozesse des Kindes, wie auch auf gestörte Interaktionen im Familiensystem zurück geht (vgl. Schmidtchen 1996, S. 69).

Schmidtchen beschäftigt sich in seinen Schriften nur ansatzweise mit einer theoretischen Konzeption der Familie (1996, 2001a), sein Arbeitsschwerpunkt liegt auf der praktischen Ebene der therapeutischen Interventionen.

In seinem Ansatz einer Konzeption der Familie entfernt sich Schmidtchen relativ weit von Rogers und bezieht sich eher auf systemische Konzepte wie Familiensystemtheorie (Schneewind 1991, siehe Kapitel 4.6.6.),

Familienentwicklungspsychologie (Schneewind in Oerter/ Montada 1998) und das ökologische Systemkonzept (Bronfenbrenner 1978).

Somit ist auch Schmidtchens Definition dessen, was unter einem Familiensystem zu verstehen ist, systemisch geprägt:

„Die Familie in Form der jeweiligen Herkunftsfamilie und der aktuellen Kernfamilie stellt eine der wichtigsten, frühesten und zeitlich dauerhaftesten Bezugsgruppen dar. Dabei wird das einzelne Familienmitglied als ein Subsystem eines umfassenden sozialen Systems mit einer erkennbaren Struktur von Verhaltensregeln angesehen. Zur Vereinfachung und zum Erhalt der Funktion des Familiensystems bilden sich sinnvoll aufeinander bezogene Wahrnehmungs- und Verhaltensregeln als Interaktionsregeln aus. Sie schränken einerseits das einzelne Familienmitglied ein, werden aber andererseits auch wiederum selbst von jedem einzelnen Familienmitglied mitgeprägt“ (1996, S. 29f.)

Wie gesagt, bezieht sich Schmidtchen auf die Familiensystemtheorie von Schneewind, der zum sogenannten „internen Erfahrungsmodell“ schreibt:

„Ein theoretischer Ansatz, der die Familie als System begreift, läuft Gefahr, das System zu verdinglichen und damit die Person aus dem Blickfeld zu verlieren. (...) Das Innerste einer Person lässt sich begrifflich als *internes Erfahrungsmodell* fassen. Gemeint ist damit die subjektive Repräsentation, die eine Person von sich, ihrer Umwelt und den Beziehungen zu ihrer Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt hat. Das interne Erfahrungsmodell lässt sich somit in ein *internes Selbstmodell*, ein *internes Umweltmodell* und ein *internes Beziehungsmodell* gliedern, wobei diese drei Partialmodelle in einem Wechselwirkungsverhältnis zueinander stehen. (...) Die einzelnen Personen innerhalb einer Familie verfügen in der Regel über jeweils unterschiedliche bzw. sich nur partiell überlappende subjektive Sichtweisen der Familienrealität, wobei sich die überlappenden Sichtweisen im *gemeinsamen Familienkonzept* erfassen lassen“ (Schneewind 1991, S. 106f.).

Schmidtchen versteht das oben beschriebene *interne Erfahrungsmodell* als nahezu übereinstimmend mit dem personenzentrierten, *individuellen Selbstkonzept* und ergänzt es um ein *individuelles Familienkonzept*. Das *individuelle Selbstkonzept* ist das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung, die ein Mensch von sich und seiner Umwelt

zu einem bestimmten Zeitpunkt hat. Nach Schmidtchen bildet der Einzelne, analog zu dem *individuellen Selbstkonzept*, ein *individuelles Familienkonzept* aus (vgl. Schmidtchen 2001, S. 177). Dieses enthält die bewussten Wertgehalte, Vorstellungen, Regeln, Glaubenssätze und Ideale des Individuums über familiäre Kommunikation und Interaktion im Allgemeinen. Das *individuelle Familienkonzept* formt sich zu einem großen Teil in der Kindheit durch Erziehung und Sozialisation in der Herkunftsfamilie. Ähnlich, wie sich im Erwachsenenalter das Selbstkonzept verändert, verändert sich weiterführend auch das *individuelle Familienkonzept*. Wieder bezugnehmend auf Schneewind (s.o.) entsteht dort, wo die *individuellen Familienkonzepte* der einzelnen Familienmitglieder kongruent sind, wo sie sich also überlappen, das *gemeinsame Familienkonzept* (Schmidtchen 2001, S. 177). Diese Schnittmenge enthält die gemeinsamen Wahrnehmungen, Regeln, Normen und Ziele aller Familienmitglieder über die Kommunikation und Interaktion in ihrer Familie. Das *gemeinsame Familienkonzept* als eine handlungsleitende Regelstruktur lässt sich bei längerer Beobachtung der Familie anhand ihrer spezifischen Interaktionsmuster erkennen (vgl. Schneewind zit. in Schmidtchen 1996, S. 30).

Jedoch vereint das *gemeinsame Familienkonzept* nicht alle *individuellen Familienkonzepte*. Vielmehr bleiben „Reste“ ausgeschlossen, deren Inhalte die anderen Familienmitglieder nicht teilen und die deshalb nicht in das *gemeinsame Familienkonzept* integriert werden. Wenn sich die einzelnen Familienkonzepte der Familienmitglieder gar nicht oder nur kaum überlappen, spricht Schmidtchen, in Analogie zum personzentrierten Inkongruenzmodell, von „familiären Inkongruenzen bzw. Konflikten“ (Schmidtchen 2001). Die Sichtweisen der Familienmitglieder weichen stark voneinander ab, was zu Konflikten führen kann.

### **3.3.3. Personzentrierte Familientherapie (Person-Centered Family Therapy)**

Im englischsprachigen Raum ist der US-Amerikaner Ned Gaylin für den Bereich der personzentrierten Familientherapie zu nennen.

In Deutschland scheinen seine Arbeiten relativ unbekannt zu sein, was möglicherweise daran liegt, dass sie fast ausschließlich nur im englischen Original vorliegen.

Gaylin nannte sein Konzept zunächst „Familienzentrierte Therapie“ (1990), entschied sich aber später für den Namen „Personzentrierte Familientherapie“, um sich zum

einen von den anderen systemischen Ansätzen abzugrenzen und zum anderen die Bedeutung der individuellen Person mehr hervorzuheben (vgl. Gaylin 1990, 2001, 2002, 2008)

„Die Anwendung der Familientherapie im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes ist sowohl natürlich als auch angemessen. Ihre Ideologie und ihre Methoden decken sich völlig mit jenen des Personzentrierten Ansatzes in der Arbeit mit Einzelpersonen. Im Gegensatz zu ihren systemorientierten Kollegen arbeiten personenzentrierte Familientherapeuten mit jedem Einzelnen im Rahmen seiner intimsten Lebenssphäre – der Familie. Am meisten wendet sich der personenzentrierte Familientherapeut jedoch dem Erleben der Familienmitglieder als Einzelpersonen zu, denn daraus entsteht ihr gemeinsames Bild als Familie“ (Gaylin 2002, S. 320). Gleichwohl wendet sich Gaylin auch den Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern zu: „Der Familientherapeut wechselt ständig zwischen der interpersonellen und der intrapersonellen Dynamik, die sich innerhalb der familientherapeutischen Sitzung abspielt, hin und her“ (Gaylin 2002, S. 327).

Gaylin legt seinen Schwerpunkt auf die Ebene der Methoden und Interventionen, also auf die Frage: Wie kann in personenzentrierter Weise mit Familien beraterisch/therapeutisch gearbeitet werden? Hierzu entwickelte er einige Methoden.

Aber auch im theoretischen Bereich entwickelte Gaylin Ansätze, die Familie personenzentriert zu beschreiben. Dabei hält er sich eng an das von Rogers entwickelte Persönlichkeits- und Therapiekonzept, welches er um zwei wesentliche Grundannahmen erweiterte – die *Familienaktualisierungstendenz* und die *interpersonelle Inkongruenz* (vgl. Eckert 2006, S.430). Dennoch sieht er, wie Schmidtchen und Kriz auch, die Familie als System oder Einheit: „The family unit is a living, organic whole that is never quite the same at any given moment in time. The family is continuously in flux because each person is composed of many self-elements all of which are continuously experiencing change. (...) Thus, metaphorically, the family may be seen as a kind of organic kaleidoscope composed of many selves, the elements of which are constantly changing in an interactive, fluid environment. Although the whole has an overall appearance that we all recognize, it is never really

quite the same from moment to moment. The interactive patterns are constantly changing due to subtle shifts caused by both external and internal forces” (Gaylin 2001, S.89).

Gaylin sieht eine *Familienaktualisierungstendenz* als Teil der Selbstaktualisierungstendenz, weil „die Familie ein so ursprünglicher Aspekt dessen ist, wer wir sind – wie wir uns selbst im Verhältnis zu anderen sehen - , dass sie in unserem Selbstkonzept enthalten ist und deshalb zu einem Teil unserer Selbstaktualisierungstendenz wird“ (Gaylin 2002,S.321). Er versteht die *Familienaktualisierungstendenz* als menschlichen Antrieb, unser „biologisches Schicksal“ zu erfüllen, d.h. unser ganzes Leben unserer Herkunftsfamilie bewusst zu sein und unseres Potenzials als Nachkommen im Hinblick auf eigene Familiengründung (Fortpflanzung und damit Erhaltung der Art) (vgl. 2002, S. 321). Die enorme Bedeutung, die Gaylin der Familie für das Individuum beimisst, wird deutlich, wenn er schreibt: „Aus diesem Grund kann die Familie als der Schmelztiegel, in dem das Selbst seine Form erhält, und als das Metall, aus dem wir geschmiedet sind, betrachtet werden“ (2002, S. 321). Und an anderer Stelle: „The very nature of the human condition is totally and completely interpersonal; basic and paradigmatic to the interpersonal nature is the context in which that nature is shaped – the human family” (Gaylin 2001, S. 6).

Die zweite Erweiterung bezieht sich auf das personenzentrierte Inkongruenz-Prinzip. „Es kommt nicht selten vor, dass eine Familie in Therapie kommt, weil eines ihrer Mitglieder – oft ein Kind – in einem Zustand der Inkongruenz lebt, der ernsthaft genug ist, dass er sein Verhalten negativ beeinflusst. (...) Aber die Situation ist selten nur das Problem eines Einzelnen. Deshalb ist auch der Grad der Kongruenz/ Inkongruenz anderer – wahrscheinlich aller – Familienmitglieder betroffen, wenn ein Kind unter einer es beeinträchtigenden Inkongruenz leidet. (...) Üblicherweise wird Inkongruenz als dem Einzelnen inhärent gesehen – ein intrapersoneller Zustand. Aber Familien können auch aufgrund einer *interpersonellen Inkongruenz* (Hervorhebung T.Z.) in die Therapie kommen“ (Gaylin 2002, S. 324f.).

Dies ist der Fall, wenn die einzelnen Familienmitglieder Ereignisse oder Erfahrungen so unterschiedlich erleben, dass die Integrität der Einheit in Gefahr ist (vgl. Gaylin 2002, S.325).

Intrapersonelle und interpersonelle Inkongruenz befinden sich, nach Gaylin, in wechselseitiger Beeinflussung: „Person-centered family therapy attends to both the intra- and interpersonal nature of the individual and does so within the family context“ (Gaylin 2001,S.93)

So kommt es nach Gaylin auch häufig vor, dass eine Familie ein Familienmitglied – meistens das Kind – als inkongruent vorstellt, als Problemkind (Gaylin benutzt hier den systemtherapeutischen Begriff „identifizierter Patient“ (2001, S. 109). Dieses Kind wurde aber erst vom System zu diesem gemacht und wird somit vom System benutzt, um entweder mit seinen Symptomen etwas auszugleichen oder auf etwas aufmerksam zu machen in der Familie (vgl. Gaylin 2001, S. 108f.). Wie in Kapitel ... noch ausführlicher dargestellt werden wird, ist dieses Konzept der „Symptomträgerschaft“ ein genuin systemtheoretisches.

Dies sind die aktuellen Forschungsansätze im Verknüpfungspunkt zwischen personenzentrierter Theorie und Familientheorie. Fraglich ist, ob personenzentrierte Berater dieses Ansätze kennen oder als relevant bzw. hilfreich genug einschätzen, um sie in ihre theoretischen Annahmen zu integrieren.

#### **4. Die Familie**

Nachdem die Seite der personenzentrierten Theorie bzw. Beratung ausgeführt wurde, soll nun die andere Seite der Verknüpfung, die Familie, erörtert werden. Hierzu wird die Literatur zur Familienforschung auf die Frage hin durchleuchtet: Was ist Familie? So lassen sich im empirischen Teil u.U. die theoretischen Annahmen der Berater auf die Literatur zurückführen.

##### **4.1. Definitionen**

Die Literatur zeichnet sich durch einen äußerst uneinheitlichen Zugang zum Begriff „Familie“ aus, je nach Fachrichtung (z.B. Soziologie, Psychologie, Recht) und Zeit der Veröffentlichung (noch bis in die 70er Jahre war der Begriff „Familie“ untrennbar mit dem Status „Ehe“ verbunden).

Die ehemalige Familienministerin Rita Süssmuth definierte 1981 die Familie als „biologisch- soziale Gruppe von Eltern mit ihren ledigen, leiblichen und/oder adoptierten Kindern“ (S.137, zit. nach Schneewind 1991, S.14). Diese Definition ist heute so nicht mehr haltbar, da sie vielfältigste familiäre und quasi-familiäre Lebensformen wie z.B. Pflegefamilie, Ein-Eltern-Familie, Großfamilie oder Patchwork-Familie sozusagen herausdefiniert.

Schneewind (1991) sieht die Erweiterung des Begriffes „Familie“ darin, bei der Suche nach einer Definition von einem psychologischen Familienbegriff auszugehen, also vom Erleben und Verhalten der „Familienmitglieder“. In den o.g. Formen des Zusammenlebens dürften sich die beteiligten Menschen wahrscheinlich durchaus als Familie fühlen und sich für einen außenstehenden Beobachter wie eine Familie verhalten.

Von daher schlägt Schneewind (1991) vor, „ . . . familiäre bzw. quasi-familiäre Personengruppen als intime Beziehungssysteme zu bezeichnen und sie anhand folgender vier Kriterien von anderen sozialen Beziehungssystemen zu unterscheiden ( . . . )

- (1) Abgrenzung. Damit ist gemeint, dass zwei oder mehr Personen ihr Leben in raum- zeitlicher Abhebung von anderen Personen oder Personengruppen nach bestimmten expliziten oder impliziten Regeln in wechselseitiger Bezogenheit gestalten. Der Aspekt der raum-zeitlichen Abhebung impliziert zum einen
- (2) Privatheit, d.h. das Vorhandensein eines umgrenzten Lebensraumes oder zumindest eines Mediums, in dem ein wechselseitiger Verhaltensaustausch möglich ist, und zum andern
- (3) Dauerhaftigkeit, d.h. einen auf längerfristige Gemeinsamkeit angelegten Zeitrahmen, der sich aufgrund wechselseitiger Verpflichtung, Bindung und Zielorientierung ergibt. Auf diesem Hintergrund gewinnt schließlich ein viertes Kriterium Gestalt, nämlich
- (4) Nähe, d.h. die Realisierung von physischer, geistiger und emotionaler Intimität im Prozess interpersonaler Beziehungen“

( S.16 f.).

Petzold (1992, S.41) kritisiert an dieser Definition, dass damit auch ein Paar, also zwei erwachsene Menschen, die in einem intimen Beziehungssystem zusammenleben, als Familie bezeichnet wird. Seiner Auffassung nach ist, in Ergänzung zu Schneewind, noch der Aspekt der „verschiedenen Generationen“ für eine Familie unerlässlich. Demnach ist seine Definition: „Familie kann also im psychologischen Sinne als eine soziale Beziehungseinheit gekennzeichnet werden, die sich besonders durch Intimität und intergenerationelle Beziehungen auszeichnet“ (Petzold 1992, S.42).

Dieser Definition wird hier zugestimmt, da sie auch familiäre Modelle wie Pflegefamilien, Patchwork-Familien, Ein-Eltern-Familien usw. umschließt, sich aber dennoch deutlich vom Begriff des „Paares“ abgrenzt.

#### **4.2. Aktuelle Lebenssituation von Familien in Deutschland**

In diesem Kapitel wird der heutige Status quo der Familie im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen beschrieben.

Wurde bislang die Institution „Familie“ selbstverständlich mit der Institution „Ehe“ verbunden, ist diese Gleichsetzung heute jedoch nicht mehr statthaft, da es sich um zwei verschiedene Beziehungsformen handelt (vgl. Petzold 1992, S. 11).

Hier wird im Weiteren die Beziehungsform „Familie“ fokussiert.

War die Familie durch die 50er Jahre des vorherigen Jahrhunderts geprägt durch stereotype Geschlechtsrollen (Mann als Ernährer, Frau als Mutter und Hausfrau), die in einer patriarchalisch aufgebauten, materiellen Zweckgemeinschaft, lebten, so brach die Studentenbewegung der späten 60er Jahre dieses rigide Konstrukt auf und pluralisierte es in Richtung Gleichberechtigung, Vielfalt der Beziehungsformen und sexuelle Freizügigkeit.

Nun sind auch diese Tage lange vorbei. Aber wo steht die Familie heute?

Zweifelsohne ist und war die Familie immer ein Resonanzboden, auf welchem sich gesellschaftliche Bedingungen und Veränderungen ausbreiteten. Durch die nach wie vor große Anzahl der Familien in Deutschland wirken diese Veränderungen in einer zirkulären Rückkopplung zurück und determinieren ihrerseits die gesellschaftlichen Bedingungen.

Dieser zirkuläre Lauf hat mindestens zu folgenden Entwicklungen geführt:

- Sinkenden Heiratszahlen
- Steigenden Scheidungszahlen
- Sinkenden Geburtenzahlen
- Wachsenden Alternativen zur traditionellen Kleinfamilie

#### **4.2.1. Sinkende Heiratszahlen**

Von 1960 bis 1985 nahm die Zahl der Eheschließungen in den alten Bundesländern ab von 521.000 auf 360.000 und stieg seitdem auf ca. 369.000 im Jahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2009).

„Als eine Erklärung für den Rückgang der Eheschließungen kann der gleichzeitige Anstieg des durchschnittlichen Erstheiratsalters dienen. Ledige Männer heirateten 1950 im Durchschnitt mit etwa 28 Jahren, ledige Frauen mit gut 25 Jahren“ (Engstler 2001, S. 84, zit. In Erler 2003, S. 84) Heute sieht es so aus: Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 32,7 Jahre und das der Frauen knapp 29,8 Jahre. Am Altersabstand zwischen den Geschlechtern hat sich dabei – sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern – in den fast fünf Jahrzehnten wenig geändert. Die jungen Männer sind im Schnitt zwei Jahre älter als ihr Bräute (vgl. Erler 2003, S. 84).

Die Ehe wird als Beziehungsform nicht gänzlich aufgehoben, aber doch deutlich aufgeschoben. In diese Berechnungen fließen auch die Zahlen der Wiederheiraten mit ein, bei denen das Durchschnittsalter zwangsläufig höher ist (vgl. Petzold 1992, S. 24).

Trotz dieses „Aufschubs“ ist ein Trend zur „Heiratsmüdigkeit“ zu beobachten. Dieses heißt jedoch nicht, dass das Zusammenleben in einer Familie kein erstrebenswertes Lebensziel mehr wäre, sondern vielmehr, dass Familie für viele Männer und Frauen nicht mehr zwangsläufig auf dem rechtlichen Status der Ehe begründet sein muss.

#### **4.2.2. Steigende Scheidungszahlen**

Laut dem Statistischen Bundesamt (2009) haben sich die Ehescheidungen seit 1960 mit einer Zahl von 49.000 mittlerweile fast vervierfacht auf die Zahl 187072 im Jahr 2007. Diese hohe Zahl wird nur etwas ausgeglichen durch die Zahl der Wiederverheiratungen (ca. 66 %) (vgl. Erler 2003).

Aber auch diese Zahl belegen keine sinkende Bedeutung von Ehe und Familie. Erler (2003) meint dazu: „Der Anstieg der Ehescheidungen ist nicht die Folge eines Bedeutungsverlustes der Ehe bzw. Partnerschaft, sondern vielmehr die Folge ihrer gestiegenen affektiven und psychischen Bedeutung und Wichtigkeit für die Beziehungspartner sowie deren gesunkene Bereitschaft, nicht erfüllte Erwartungen zu tolerieren“ (S. 90). Mit der Zahl der Scheidungen steigt auch die Zahl der Kinder, die von Scheidungen der Eltern betroffen sind. 1996 waren es in Deutschland 148.000 minderjährige Kinder, 2001 waren es bereits 153.000 (vgl. Erler 2003, S. 92). Diese Zahlen wären noch höher ohne die Tatsache, dass Scheidungen bei kinderlosen Paaren und Paaren mit volljährigen Kindern gehäuft auftreten (vgl. Petzold 1992, S. 25). Hoffmann-Riem (in Erler 2003, S. 92) geht davon aus, dass zukünftig 40 – 50 % der Kinder nicht in der Familie aufwachsen, in die sie hinein geboren werden.

#### **4.2.3. Sinkende Geburtenzahlen**

In der Bundesrepublik Deutschland ist seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts eine kontinuierliche Geburtenabnahme festzustellen. Im Jahr 2007 brachten (rein statistisch) 1000 Frauen 1370 Kinder zur Welt, was eine Geburtenziffer von 1,37 ergibt (Statistisches Bundesamt 2009). 1990 lag die Geburtenziffer bei 1,45 (vgl. Nave-Herz 2006, S. 62; Erler 2003, S. 86). Eine Erklärung dafür ist, dass Paare sich gezielt gegen ein Kind entscheiden. Aufgrund der emanzipierten Lebensperspektiven der Frauen in Richtung Beruf und Karriere wird der Kinderwunsch zugunsten dieser Lebensperspektiven „geopfert“, weil ein Kompromiss (Beruf *und* Kind) nicht möglich ist oder zumindest nicht möglich scheint.

Eine weitere Erklärung für die sinkenden Geburtenzahlen liegen in dem Anheben des Lebensalters der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes. Seit Mitte der 60er Jahre zeigt sich eine ausgeprägte biographische Rückverlagerung der Geburten im Lebenslauf der Frauen (vgl. Erler 2003, S. 95). Waren Frauen bei der Geburt des ersten Kindes 1970 durchschnittlich 24,3 Jahre alt, waren sie 1995 schon 28,2 Jahre alt. Als Grund für diese Verschiebung des Kinderwunsches in die Zukunft, wird die hohe berufliche Orientierung und das höhere Ausbildungsalter der Paare gesehen (Erler 2003; Nave-Herz 2006).

Die „biologische Uhr“ der Frau läuft diesem Trend jedoch zuwider, was bedeutet, dass eine Schwangerschaft irgendwann biologisch nicht mehr möglich oder zumindest unwahrscheinlicher wird und die Paare durch den biologischen Ablauf der Entscheidung für oder gegen ein Kind enthoben sind. Selbst wenn es noch zu der Geburt eines ersten Kindes kommt, bleibt noch umso weniger Zeit für ein zweites Kind.

Nave-Herz (1997) betont, dass Eltern in früheren Zeiten mit ihren Kindern materielle und/oder affektiv-emotionale und/oder sozial-normative Erwartungen verknüpft haben. Materielle Erwartungen bedeuteten, dass von den Kindern Mitarbeit im Haushalt erwartet wurde. Die sozial-normativen Erwartungen bezogen sich auf Statusgewinn durch Kinder und Vererbung von Besitz und Namen. Diese Erwartungen entsprachen einer Gesellschaft mit niedrigerem Industrialisierungsgrad. „Dies bedeutet in der Umkehrung, dass je höher der gesellschaftliche Industrialisierungsgrad ist, umso stärker werden mit Kindern immateriellen Werte verbunden, wie die Befriedigung emotional-affektiver Bedürfnisse, die Freude am Aufwachsen von Kindern, der Austausch von Zärtlichkeiten etc. Nur, für die Befriedigung immaterieller Bedürfnisse reicht *ein* Kind aus!“ (Erler 2003, S. 87).

#### **4.2.4. Wachsende Alternativen zur traditionellen Kleinfamilie**

Die o.g. Veränderungen haben nicht zu einer Abnahme oder gar Aufgabe des sozialen Konstruktes „Familie“ geführt, sondern eine Pluralisierung der Familie bewirkt. „Die moderne Familie scheint in Deutschland, und nicht nur hier, immer mehr zu einem bunt gewürfelten Flickenteppich geworden zu sein, auf dem zunehmend ursprünglich verwandtschaftlich definierte Verhältnisse durch erworbene soziale Rollen ersetzt werden“ (Erler 2003, S. 81). Die altvertraute Formel „Vater-Mutter-Kind(er)“ reicht für die Beschreibung von „Familie“ heute nicht mehr aus. Neben der traditionellen Kleinfamilie (in welcher heute nur noch ein Drittel der Familien in Deutschland leben) gibt es eine große – mit Sicherheit unvollständige – Liste an familiären Formen:

- Adoptivfamilie
- Pflegefamilie
- Ein-Eltern-Familien
- Großfamilien

- Patchworkfamilien
- Stieffamilien
- Living-apart-together-Familien
- Regenbogenfamilien
- usw.

All diesen Familienformen entspricht die in Kapitel 4.1. formulierte Definition von Schneewind (1991) und Petzold (1992).

Die traditionelle Kleinfamilie wird ergänzt (oder schon ersetzt?) durch eine Vielfalt unterschiedlicher Familienformen. Mit der Vielfalt der Familienformen wächst gleichzeitig auch deren Unbeständigkeit, d.h. der Übergang von einer Familienform in die andere scheint heute problemloser möglich.

Wie schwierig und folgenreich diese Übergänge aber für die betroffenen Individuen sein können, zeigt das folgende Kapitel.

### **4.3. Zur Notwendigkeit von Familienberatung**

Wenn auch in Bezug auf ältere Zahlen, belegt Schneewind (1991, S. 293) einen rasanten Zuwachs an Beratungsstellen in Deutschland. Darunter fallen z.B. psychosoziale Beratung, Familienberatung, Lebensberatung, Sozialberatung, Schwangerschaftsberatung, Beratung für Kinder, Jugendliche und Eltern. Während 1975 etwa 2000 Stellen genannt wurden, waren es 1987 schon rund 6000 Beratungsstellen. Aus diesen Zahlen lässt sich schlussfolgern, dass Menschen, die in Partnerschaften, Ehen oder Familien leben, zunehmend in Probleme geraten, zu deren Bewältigung sie auf professionelle Hilfe angewiesen sind (vgl. Schneewind 1991, S. 293).

Belardi (2005, S. 21) sieht die Ursachen für den gestiegenen Beratungsbedarf wie folgt:

- Seit Beginn der Industrialisierung hat sich die *Entwicklungsgeschwindigkeit* von Individualisierungs- und Modernisierungsprozessen und die Auflösung traditioneller Lebensbereiche gegenüber früheren Zeiten vervielfacht.
- Traditionelle Bindungen, etwa durch die Kirchen oder Gewerkschaften, haben weiter an Bedeutung verloren. Trotzdem oder deswegen stellen viele

Menschen die *Sinnfrage*. Alternative Lebensmöglichkeiten, auch gefährliche Kulte und Sekten, werden auch zu einer Herausforderung für die Sozialpädagogik.

- Der Wertewandel vom ökonomischen Leistungs- und Konsumdenken in Richtung auf Erhöhung der Lebensqualität hat auch bewirkt, dass der *Leistungsdruck* nicht mehr so ohne weiteres hingenommen wird. Für viele Menschen ist die Erhöhung ihrer persönlichen Lebensqualität wichtiger als bloßer materieller Wohlstand.
- *Lebensentwürfe* gelingen nicht mehr in der herkömmlichen Weise. Wir können unsere Zukunft nicht mehr so einfach planen, weil viele neue, unwägbare Faktoren hinzugekommen sind; weil die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sich schneller ändern als früher.
- Früher lebte man noch eher aus den Ressourcen von Vergangenheit und Gegenwart. Heute leben wir teilweise auch auf *Kosten der Zukunft*. Denken wir nur an die ungelösten Aufgaben der Ökologie, des Armutsgefälles zwischen Nord und Süd oder der künftigen Versorgungsprobleme für die älteren Generationen in unserem Lande.
- Der angesprochene Wertewandel hat auch eine starke Veränderung der Sichtweisen menschlichen Zusammenlebens hervorgerufen. Wenn es beispielsweise früher *normal* war, keine persönlichen Schwierigkeiten zu haben, so ist das heute wiederum zumindest problematisch, vielleicht sogar *unnormal*.
- Nicht immer denken wir daran, dass diese Veränderungen vor allem auch für die Millionen Migranten gelten. Denn diese sind nur binnen weniger Jahre aus wirtschaftlich unterentwickelten Gesellschaften und anderen Kulturkreisen zu uns gekommen. Viele von ihnen haben innerhalb einer Generation so viele Veränderungsprozesse erlebt wie die Deutschen im Verlaufe mehrerer Generationen.
- In der Sozialpädagogik weiß man schon lange, dass gesetzliche, sozialpolitische und institutionelle Hilfsmöglichkeiten als Antwort auf diese gesellschaftlichen Risiken häufig einem *Verspätungseffekt* unterliegen. Denn die zeitlichen Abstände zwischen den oftmals bei ihrer Entstehung noch unbekannt neuen Risiken und dem Offensichtlichwerden ihrer schädlichen

Folgen vergrößern sich. In der Zwischenzeit haben sich die Probleme angehäuft und verfestigt. Wenn die dann verspätet eintretenden Lösungsversuche fehlschlagen, verbreitet sich Pessimismus.

Durch diese vielfältigen Faktoren kann es heute keinen einheitlichen „Standard“ zur Lebensbewältigung geben.

Nach den Aussagen der ratsuchenden Familien sind die häufigsten Probleme, die zum Aufsuchen der Familienberatung führen:

1. Erziehungsschwierigkeiten (61,5%)
2. Entwicklungsauffälligkeiten (38,1%)
3. Beziehungsschwierigkeiten (34%)
4. Suchtprobleme (30%)

(Quelle: Bundesministerium für Familien 1998, S. 73, zit. in Sander 2002, S. 28)

Diese Probleme können als Risikofaktoren bezeichnet werden, denen allerdings auch die Schutzfaktoren entgegengestellt werden müssen

#### **4.4. Risiko- und Schutzfaktorenkonzept**

In der Entwicklungspsychologie (und benachbarter Disziplinen) wird heute nicht mehr nur auf schädigende Einflüsse auf den Menschen (Risikofaktoren) geschaut, sondern auch auf schützende Einflüsse (Schutzfaktoren) (Laucht et al. 1997, Holtmann u. Laucht 2008, Lösel u. Bender 2008, Oerter 1999, Wustmann 2004, Hartke et al. 2008).

Diese Faktoren können auf personaler und umweltbedingter Ebene Einfluss nehmen, wobei diese Ebenen als interdependent anzusehen sind.

##### **4.4.1. Risikofaktorenkonzept**

Als Risikofaktor wird ein Merkmal bezeichnet, „ . . . das bei einer Gruppe von Individuen, auf die dieses Merkmal zutrifft, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung im Vergleich zu einer unbelasteten Kontrollgruppe erhöht“ (Garmezy 1983 zit. nach Laucht 1999, S. 303)

Risikofaktoren lassen sich in *biologisch* begründete Risikofaktoren, wie z.B. chronische Erkrankungen und in *psychosoziale* Risiken, wie z.B. Vernachlässigung, Beziehungsprobleme oder widrige familiäre Lebensumstände unterteilen (vgl. Petermann et al. 1998, S. 204).

In der Entwicklungspsychologie werden Entwicklungsgefährdungen, die sich auf biologische und psychologische Bedingungen beziehen, als *Vulnerabilitätsfaktoren* bezeichnet. Entwicklungsgefährdungen, die sich auf psychosoziale Faktoren beziehen, werden als *Risikofaktoren* oder auch *Stressoren* bezeichnet.

Hier eine exemplarische Übersicht von Vulnerabilitäten<sup>3</sup>:

- Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen)
  - Neuropsychologische Defizite
  - Psychophysiologische Faktoren
  - Genetische Faktoren
  - Chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Herzfehler)
  - Geringe kognitive Fertigkeiten (niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung)
- (vgl. Wustmann 2004, S 36 ff.).

Nachfolgend eine exemplarische Übersicht über Risikofaktoren, die sich auf psychosoziale Merkmale beziehen:

- Chronische Armut und niedriger sozioökonomischer Status
  - Aversives Wohnumfeld
  - Elterliche Trennung und Scheidung
  - Psychische Störungen der Eltern
  - Niedriges Bildungsniveau der Eltern
  - Erziehungsdefizite
  - Elternschaft vor dem 18. Lebensjahr
  - Mehr als vier Geschwister
  - Häufige Umzüge/ Schulwechsel
- (vgl. Wustmann 2004, S. 38f.)

---

<sup>3</sup> Die in diesem Kapitel aufgelisteten Faktoren dienen nur als Übersicht und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Heute wird davon ausgegangen, dass biologische Risiken mit steigendem Alter an Bedeutung verlieren, aber psychosoziale Risiken an Einfluss gewinnen (vgl. Wustmann 2004, S. 36ff.).

Risikofaktoren treten selten einzeln auf, sondern häufiger in Kombinationen. Welche Auswirkungen negative Erfahrungen haben können, hängt zudem von der eigenen, subjektiven Bewertung der Risikobelastung ab. Wie eine Risikosituation beurteilt wird, liegt letztlich in der Perspektive des betroffenen Menschen oder der Familie.

#### **4.4.2. Schutzfaktorenkonzept**

Schutzfaktoren sind risikomildernde bzw. schützende Bedingungen und können als psychische Merkmale des einzelnen Menschen, oder aber Eigenschaften der sozialen Umwelt verstanden werden, die die Auftrittswahrscheinlichkeit eines gesunden Ergebnisses erhöhen.

Hiermit ist nicht nur das Fehlen von Risikofaktoren gemeint, sondern Schutzfaktoren sind eigenständige Qualitäten, die vorhandene Risikofaktoren zumindest teilweise kompensieren können.

Schutzfaktoren werden in *personale*, *familiäre* und *umweltbedingte* Einflüsse unterschieden, welche ebenfalls als interdependent anzusehen sind.

Nachstehend ein Modell nach Laucht et al. (1999) über protektive Faktoren:

##### Personale Ressourcen

- Weibliches Geschlecht (nur in der Kindheit)
- Erstgeburt
- Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)
- Positives Selbstwertgefühl
- Normale bis erhöhte Intelligenz
- Positives Sozialverhalten mit sozialer Attraktivität

##### Familiäre Ressourcen

- Stabile Bindung zu einer Bezugsperson
- Offenes und unterstützendes Erziehungsklima
- Familiäre Kohäsion

- Modelle positiver Bewältigung

#### Extrafamiliäre soziale Ressourcen

- Soziale Unterstützung
- Positive Freundschaftsbeziehungen
- Positive Schulerfahrungen

*Kindbezogene Faktoren* sind die Eigenschaften, die ein Kind von Geburt an aufweist, wie z.B. ein positives Temperament. *Resilienzfaktoren* sind Eigenschaften, die der Mensch in der Interaktion mit seiner Umwelt und durch die positive Bewältigung von schwierigen Lebensumständen erworben hat. *Umgebungsbezogene Faktoren* sind Merkmale innerhalb der Familie und im weiteren sozialen Umfeld des Kindes, z.B. eine stabile emotionale Bindung zu einer Bezugsperson (vgl. Wustmann 2004, S. 45f.).

Schutzfaktoren und erworbene Kompetenzen und Resilienzen lassen sich als Ressourcen eines Menschen zusammenfassen.

Ressourcen werden von Lazarus u. Folkmann (2006) in diesem Zusammenhang wie folgt definiert: „Cognitive and behavioral skills to manage specific external and/ or internal demands that are appraised as taxing or exceeding of the person“(S. 141).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Risiko- und Schutzfaktoren gegenseitig beeinflussen und sogar “die Seiten wechseln” können. So ist beispielsweise in einer gesunden Familie die familiäre Kohäsion ein Schutzfaktor, in gewalttätigen Familien ist sie jedoch ein Risikofaktor.

Im beraterischen/ therapeutischen Kontext gilt es stets beide Seiten im Auge zu behalten. Ein Ziel sollte es sicherlich sein, die Liste der Risikofaktoren nach Möglichkeit zu reduzieren, was aber vermutlich nicht vollständig gelingen wird. Dann gilt es, die Seite der Schutzfaktoren zu erweitern oder zumindest zu etablieren, so dass es dem Menschen möglich ist, die Risiken zu kompensieren.

Im empirischen Teil wird sich zeigen, wie die personenzentrierten Berater die Risiko- und Schutzfaktoren für Familien einschätzen und bewerten.

#### **4.5. Von der Familie zum System**

Wer heutzutage von „Familie“ spricht oder schreibt, kommt nicht umhin, auch den Begriff „System“ zu nennen. Eng verknüpft scheinen die beiden Begriffe zu sein, wie die Literatur zur Systemischen Therapie und Beratung zeigt (v. Schlippe u. Schweitzer 2003, Zander u. Knorr 2003, v. Schlippe u. Grabbe 2007, Simon et al. 2004, Ritscher 2006, Welter-Enderlin u. Hildenbrand 2008). Fast könnte man den fachlichen Dreischritt annehmen *Familie – System – Systemische Familienberatung*. Für diese Arbeit ist fraglich, ob die personenzentrierten Berater diesen Zusammenhang in ihren theoretischen Annahmen abbilden.

Von daher soll auch hier nicht unterlassen werden, den Begriff „System“ zu involvieren und näher zu beleuchten.

#### **4.6. Definition von „System“**

Eine „allgemein gültige“ Definition des Systembegriffs (System, gr.: Synhistamein = zusammen stehen) existiert nicht. Kriz (1999, S. 193) definiert, bezugnehmend auf Hall und Fagen (1956), ein System als Menge von Elementen (Objekten) und bestimmten Relationen zwischen diesen Elementen. Kennzeichnend sind dabei die Relationen zwischen den einzelnen Elementen. Als Gegenbeispiel nennt W. Kriz (2000, S. 18) einen Sandhaufen, bei welchem zwischen den Elementen (Sandkörnern) keine Relationen im Sinne von interaktionellen Verbindungen oder Beziehungen bestehen. Hingegen ist ein Atom ein Beispiel für ein System, da die Elemente (z.B. Elektronen) nicht zufällig und beziehungslos zusammengewürfelt sind, sondern zu einem dynamischen und geordneten Wirkungsgefüge organisiert sind (vgl. W. Kriz 2000, S. 18).

Den Aspekt, dass ein System mehr ist als die bloße Summe seiner Einzelteile nennt Kriz (1999) „Übersummation“.

##### **4.6.1. Abgrenzung „System/Umwelt“**

Die o.g. Definition klammert jedoch den Bezug, oder die Unterscheidung des Systems zu seiner Umwelt, aus. Die Unterscheidung zwischen „System“ und „Systemumwelt“ ist nicht objektiv gegeben, sondern hängt von der eingenommenen Perspektive des Erkenntnissubjektes (Beobachter) ab. „Ein System wird immer erst dann als solches erkennbar, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann, das heißt, es geht

offenbar nicht ohne den Beobachter, der die Entscheidung darüber trifft, was er oder sie als >System<, was als Umwelt betrachtet. Systeme entstehen dadurch, dass ein Unterschied gemacht wird zwischen Elementen, die >innen< (im System) und >außen< (in der Umwelt) sein sollen“ (v. Schlippe u. Schweitzer 1996, S. 54f.).

Deutlich wird, dass dieses Denken auch eine konstruktivistische Erkenntnisposition beinhaltet, wonach der Mensch *seine* Realität über die Welt und ihre Phänomene aktiv selbst konstruiert (vgl. W. Kriz 2000, S. 18), (siehe Kapitel 4.6.2).

Zwischen lebendem System und Umwelt besteht also eine Grenze. Das System operiert innerhalb seiner Grenzen in relativ abgeschlossener Weise gegenüber der Umwelt, ist jedoch offen, ja sogar abhängig vom Energie-, Materie- und Informationsaustausch mit seiner Umwelt (vgl. Böse u. Schiepek 2000, S. 121). In der Systemtheorie wird dieses als „operationale Schließung“ bezeichnet.

Das lebende System „Familie“ ist durch eine Grenze von seiner Umwelt abgeschlossen (und somit erst als ein eigenes System erkennbar), gleichzeitig aber auch für Umwelteinflüsse mehr oder weniger offen und zu seiner eigenen Aufrechterhaltung sogar darauf angewiesen. Dieser Austauschprozess zwischen System und Umwelt nennt sich „strukturelle Koppelung“, von Kriz (1999a, S. 83) definiert als „... eine effektive raumzeitliche Abstimmung der Zustandsveränderungen des Organismus mit den rekurrenten Zustandsveränderungen des Mediums“.

#### **4.7. Grundprinzipien systemischen Denkens**

In Bezug auf die Familie gewinnt in den Sozial- und Humanwissenschaften eine systemische Perspektive bei der Erklärung psychischer und sozialer Dynamiken zunehmend an Bedeutung. Originär aus Physik, Chemie und Biologie stammend, liegt der Systemtheorie die Vorstellung zugrunde, dass es prinzipiell allgemeine Gesetzmäßigkeiten gäbe, die in allen Einzelwissenschaften gleichermaßen beschrieben werden könnten, wenn man die Strukturen der beobachteten Phänomene analysierte (vgl. W. Kriz 2000, S. 17). „Die Systemtheorie ist somit ein multidisziplinär angelegter Ansatz, mit dem Ziel einer integrativen Zusammenarbeit verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und hat daher auch ihrerseits unterschiedliche Wissensgebiete beeinflusst“ (W. Kriz 2000, S. 17). Als Kürzel für diese

verschiedensten Denkansätze der Systemwissenschaften wird oft „systemisches Denken“ verwendet. „Systemisches Denken macht sich Grundfragen menschlicher Existenz zum Gegenstand und versucht, diese unter Rückgriff auf systemwissenschaftliche Erkenntnisse zu beantworten. Diese Fragen betreffen im theoretischen Bereich die Probleme des Erkennens und Seins, also Fragen der Epistemologie und Ontologie, und, daran geknüpft, auch der Ethik. Auf der praktischen Ebene geht es dabei unter anderem um Fragen der Politik, Ökologie, Moral und, nicht zuletzt, der Therapie. Im allgemeinsten Sinne bezeichnet systemisches Denken eine Denkkultur, die auf eigenen Interpretationen menschlichen Lebens und Erkennens aufbaut und, damit übereinstimmend, Folgerungen für die Praxis ableitet“ (Ludewig 2005, S. 12).

Im Folgenden werden die grundlegenden Prinzipien der Systemtheorie dargestellt.

#### **4.7.1. Kybernetik 2. Ordnung**

Die folgenden Grundlagen der Systemtheorie lassen sich sozusagen unter der Überschrift der Kybernetik 2. Ordnung (Baecker 2005, Kaufmann et al. 2007, Tomm 2009) subsumieren.

Der Begriff „Kybernetik“ (gr. Kybernetes = Steuermann) wurde von dem Mathematiker Norbert Wiener (z.B. 1968) geprägt und meint „... das gesamte Gebiet der Steuerungs-, Regelungs- und Nachrichtentheorie sowohl bei Maschinen als auch bei Lebewesen“ (Wiener 1968, S. 32 zit. in Böse u. Schiepek 2000, S. 99). Der wesentliche Bestandteil eines kybernetischen Systems ist der Regelkreis, dessen wichtigste Elemente am Beispiel der Thermostatheizung erläutert werden: Dem System (Heizung) wird von außen ein bestimmter Sollwert zugeordnet (Ideal-Temperatur). In dem System gibt es einen Messfühler, der eine Abweichung (zu hohe oder zu geringe Temperatur) vom Sollwert messen kann. Misst dieser Fühler eine Abweichung, so kann durch Steuerung über einen Regler eine Veränderung wieder hin zum Sollwert erreicht werden.

Die sogenannte „Kybernetik 1. Ordnung“ entwickelte Theorien über Systeme, wie sie „wirklich“ seien und übertrug das o.g. Prinzip des Steuerns auch auf soziale Systeme, was einer zielgerichteten Beeinflussung des Systems von außen entspricht. Der

Therapeut gibt für die Familie den Sollwert vor (seine Vorstellung der Ideal-Familie) und erreicht über den Regler (die Therapie), dass die Abweichung (z.B. dysfunktionale Beziehungsmuster) beseitigt, und wieder zurück zum Sollwert gebracht wird.

Zu dieser Kybernetik 1. Ordnung grenzt sich deutlich die sog. „Kybernetik 2. Ordnung“ ab, die sich hauptsächlich auf den Erkenntnistheoretiker Heinz von Foerster (z.B. 1981, 1988) zurückführen lässt.

Die Kybernetik 2. Ordnung lässt sich als „Kybernetik der Kybernetik“ bezeichnen, da sie nicht den Beobachtungsgegenstand (System) in den Mittelpunkt des Interesses stellt, sondern den Beobachter, der das System beobachtet. Die dabei gewonnene Erkenntnis kann niemals objektiv sein, sondern ist stets eine subjektive, konstruierte Wahrnehmung des Beobachters. „Sie thematisiert vielmehr die Unterscheidungen und Bezeichnungen, die vom Beobachter gemacht werden“ (Simon et al. 2004, S. 197).

Die Kybernetik 2. Ordnung steht in engem Bezug zu dem ebenfalls von v. Foerster vertretenen Programm des „Konstruktivismus“.

#### **4.7.2. Konstruktivismus**

Der Konstruktivismus als epistemologische Position meint, dass der Mensch seine Realität in einem Prozess aktiver Realitätskonstruktion selbst herstellt. „Jeglicher Anspruch, eine ontische ‚Wahrheit‘ erkennen zu können, ist im Konstruktivismus aufgegeben worden, da es keine letztgültigen Kriterien gibt, die die Wahrheitsnähe von Erkenntnissen überprüfen können“ (W. Kriz 2000, S. 62).

Mit den Worten von v. Foerster (1985 in Böse u. Schiepek 2000, S. 103): „Die Wirklichkeit wird von uns nicht **gefunden**, sondern **erfunden**“ (Hervorhebung T.Z.). Damit ist gemeint, dass der Mensch Theorien über die Welt entwickelt, die im Laufe der Zeit, bzw. der Erfahrungen des Individuums, entweder widerlegt werden oder standhalten, was aber keinerlei Aufschluss darüber geben kann, ob die Theorien der „Wirklichkeit“ entsprechen.

„Deshalb zielt der radikale Konstruktivismus nicht darauf, Realität zu erfassen, sondern sucht zu verstehen, wie Modelle konstruiert werden, die unterschiedlichen

pragmatischen Zwecken dienen. Da alle Lebewesen sich in Bezug auf ihre pragmatischen (und Überlebens-) Ziele unterscheiden, bestehen nahezu unbegrenzte Möglichkeiten, Realitäten zu konstruieren“ (Simon et al. 2004, S. 186).

In den Interviews dieser Arbeit wird das (subjektive) Wissen der BeraterInnen eruiert. Die Ontologie definiert Wissen als die homomorphe Wiedergabe der Wirklichkeit (vgl. v. Glasersfeld 1985, S. 20), bzw. als eine mit dieser übereinstimmenden Abbildung. Der Konstruktivismus hingegen betrachtet „Wissen“ als eine aktive Konstruktion des Menschen, die den Zweck hat, die Erfahrungswelt des Individuums zu ordnen, zu strukturieren und somit vorhersehbar zu machen, damit gewisse Erfahrungen gehandhabt werden können.

Dieses Denken fand in den neurophysiologischen Experimenten des Neurobiologen Maturana (1982) einen Beleg: Er konnte nachweisen, dass zwischen Gehirnfunktion und Umweltreizen keine eindeutigen Beziehungen bestehen. In Experimenten zur Farbwahrnehmung zum Beispiel konnten keine Korrelation zwischen Außenweltereignissen (Farben) und Gehirnzellen gefunden werden. Daraus wurde gefolgert, dass im Gehirn keine Farben gespeichert werden. Die Gehirnaktivität korrelierte aber sehr wohl mit dem farben-benennenden Verhalten des Menschen, aber eben **nicht** mit den tatsächlichen Farben. „Die entscheidende Schlussfolgerung daraus war, dass das Nervensystem als ein operational geschlossenes, dynamisches Netzwerk funktioniert. Erkennen wird damit zum selbstreferentiellen, abgeschlossenen und autonomen Prozess“ (Böse u. Schiepek 2000, S. 91).

Der Mensch interpretiert stets seine Wahrnehmungen, gleicht sie mit bereits Erlebtem ab, ordnet und strukturiert sie gemäß seiner individuellen Erfahrungen. Diese Handlung, also das (Neu-) Ordnen und Umwandeln oder Abändern von bereits Erlebtem, im Konstruktivismus „operieren“ genannt, stellt also sowohl eine Orientierungshilfe als auch eine Begrenzung der Objektivität dar, ebenso wie Regeln für ein Kind gleichermaßen Orientierung und Freiheitsbegrenzung bedeuten. Objektive Wahrnehmung ist dem Menschen also nicht möglich (siehe dazu v. Foerster et al. 2009, Simon 2007, Siebert 2005, v. Ameln 2004).

Wie Moltzio (2004) aufzeigt, liegt in dieser Behauptung jedoch ein unauflösbar logischer Widerspruch: „Die der Wahrheitsskepsis entsprechende These, dass es keine Wahrheit gibt, muss wenigstens ihre eigene These für wahr halten, andernfalls wäre ihr erkenntnistheoretischer Anspruch sinnlos. Folglich kann diese These durch das apagogische Argument: „Wenn sie wahr wäre, könnte sie nicht wahr sein“ widerlegt werden (Schmitz 1994, S. 269).

Darüber hinaus können Wahrnehmungen immer nur mit Wahrnehmungen, niemals aber mit der Realität, verglichen werden, da jeder Versuch in diese Richtung eine weitere subjektive Wahrnehmung der Wirklichkeit beinhaltet und keine Vermittlervariable zwischen der Erlebenswelt des Menschen und der Wirklichkeit existiert (vgl. v. Glasersfeld 1985, S. 25).

Die soziologische Schule des „sozialen Konstruktivismus“ (Berger u. Luckmann 1970; Mehan 1981; Gergen 1985) überträgt dieses Denken auf die Ebene der sozialen Interaktionen.

Das Individuum wächst in seine kulturelle Realität, steht dabei aber mit anderen Individuen in aktiver, rekursiver Interaktion und hat so Anteil an der Herstellung und Aufrechterhaltung dieser kulturellen Realität. „Menschliche Wirklichkeit wird in Prozessen menschlicher Kommunikation gesellschaftlich konstruiert“ (v. Schlippe u. Schweitzer 1996, S. 78). Selbst die scheinbar übereinstimmende Wahrnehmung bzw. Realitätskonstruktion einer Gruppe von Individuen (Familie, Arbeitsteam, Gesellschaft) vermag nicht die tatsächliche Realität zu erfassen, sondern allenfalls eine inter-individuelle Übereinstimmung zu erreichen.

Was bedeutet dieses alles für die Familie bzw. die Familienberatung?

„Für die Familientherapie ist eine Perspektive, die sozial determinierte Mechanismen und Inhalte für die Konstruktion individueller und kollektiver Realitäten untersucht, von großer Bedeutung. Dies gilt für das Bild, das sich ein Therapeut von einer Familie macht, genauso wie für die Wirklichkeiten, die sich einzelne Familienmitglieder konstruieren“ (Simon et al. 2004, S. 187).

Auch in der Familie gibt es keine Wahrheiten, sondern nur Wahrnehmungen! Dieses verflüssigt zu innerfamiliären, statischen Zuschreibungen wie „Schuld“, „Problem“, „Störung“ oder „Symptom“. Konstruktivistisch gesehen handelt es sich hierbei um innerfamiliäre Konstruktionen. Zum anderen folgt aus dieser konstruktivistischen Ansicht, dass ein Familienberater nicht in der Lage sein kann, das „Problem“ einer Familie objektiv zu erkennen. Wenn ein Berater der Auffassung wäre, das Problem der Familie gefunden zu haben und versuchte nun, daran zu arbeiten, so würde sich diese Familie u.U. völlig unverstanden fühlen und die Interventionen des Beraters würden ins Leere laufen.

#### **4.7.3. Autopoiese**

Simon et al. (2004) definieren Autopoiese als einen „Prozess, durch den ein lebendes System sich selbst als Einheit erzeugt, die sich von ihrer Umgebung unterscheidet. Diese Art von Prozessen ist selbstreferentiell organisiert, d.h. die Komponenten eines lebenden Systems produzieren sich durch ein Netzwerk von Prozessen, das seinerseits durch die Komponenten dieses lebenden Systems selbst erzeugt ist“ (S. 38f.).

Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts führten die chilenischen Neurobiologen Humberto Maturana und Francisco Varela das Konzept der „Autopoiese“ (gr. Selbst-Erzeugung) ein (Maturana u. Varela 2009, Maturana 2008, Maturana u. Pörksen 2008).

V. Schlippe und Schweitzer (2003, S. 68) beschreiben den Prozess der Autopoiese wie folgt: „Bei allen Lebewesen sind deren Komponenten zu einer autopoietischen, also sich selbst erzeugenden Organisation verknüpft. Sie produzieren und reproduzieren beständig sowohl ihre einzelnen Elemente als auch die Organisation der Beziehungen zwischen diesen Elementen in einen selbstrückbezüglichen (rekursiven) Prozess – vereinfacht: Sie reproduzieren die Elemente, aus denen sie bestehen, mit Hilfe der Elemente, aus denen sie bestehen“.

Ein autopoietisches System stellt sich selbst her und erhält sich selbst. Dieses vollbringt das System in seiner individuellen, strukturgebundenen Weise, welches es von anderen Systemen unterscheidbar macht. Wie schon erwähnt geschieht dieses operationell geschlossen, also nicht völlig unabhängig, von der Umwelt des Systems.

Über diese strukturelle Koppelung kann die Umwelt, wozu auch ein Berater zählt, das System zwar, systemtheoretisch gesprochen, verstören (perturbieren), aber nicht gezielt lenken oder manipulieren. Das operational geschlossene System „Familie“ ist „struktur determiniert“, d.h. das Einflüsse von außen im System ankommen, dort, in einer ihrer einmaligen inneren Struktur angepassten Form, weiterverarbeitet werden. Die Struktur determiniert die Weiterverarbeitung von äußeren Einflüssen. Das System „Familie“ kann somit als „selbstorganisiert“ bezeichnet werden (siehe Kapitel 4.6.4).

Übertragen auf soziale Systeme, so wie Luhmann (1984, 2009) es getan hat, wird die Produktion der Elemente umdefiniert und von den Mitgliedern dieser Systeme abstrahiert. Autopoietische soziale Systeme produzieren keine Individuen, sondern Kommunikationen, welche als Relationen ebenso Komponenten dieser Systeme sind (vgl. Böse u. Schiepek 200, S. 2000, S. 25).

Aus den systemtheoretischen und familientherapeutischen Grundlagen ist das Konzept der Autopoiese nicht mehr wegzudenken, wie die einschlägige Literatur zeigt (z.B. Kriz 1999, Böse u. Schiepek 2000, v. Schlippe u. Schweitzer 2003, Baecker 2005, Ludwig 2005). Zentraler Punkt ist dabei die Eigengesetzlichkeit des Systems (bspw. einer Familie), welche für das System logisch ist und erhalten und reproduziert wird. „Dieses Konzept auf die Familientherapie zu übertragen hat viele nützliche Konsequenzen. Eine wesentliche Konsequenz betrifft die therapeutische Haltung. Es ist nicht die Aufgabe des Therapeuten, Menschen zu ändern, sondern Kommunikationsmuster. Da er nicht instruktiv interagieren kann, muss er seine Interventionen lediglich als Perturbationen für ein Familienmitglied oder für die ganze Familie konzeptualisieren. Die Beziehung zwischen einem Therapeuten und einem einzelnen Patienten oder einer Familie ist eine Form der strukturellen Koppelung. Der therapeutische Prozess ist ein Konversationsprozess zwischen operational geschlossenen Systemen“ (Simon et al. 2004, S. 40).

Wie Simon an anderer Stelle (1993, S. 274) deutlich macht, sind auch Krankheiten strukturdeterminierte Reaktionen des Systemkörpers auf Störungen durch Veränderungen in der Umwelt.

Schiepek (1987, S. 39 zit. in Böse u. Schiepek 2000, S. 26) bezeichnet therapeutisches Arbeiten unter dieser Perspektive als „... Schaffung von Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisation“.

#### **4.7.4. Selbstorganisation**

Auch das Phänomen der Selbstorganisation wurde zunächst in den Naturwissenschaften entdeckt und erforscht. Aus diesem Bereich stammt auch die Definition von Roth (1986, S. 153 zit. in Böse u. Schiepek 2000, S. 139): „Selbstorganisierende Prozesse sind solche physikalisch-chemischen Prozesse, die innerhalb eines mehr oder weniger breiten Bereiches von Anfangs- und Randbedingungen einen ganz bestimmten geordneten Zustand oder eine geordnete Zustandsfolge einnehmen (...) Das Erreichen des bestimmten Ordnungszustandes wird dabei nicht oder nicht wesentlich von außen aufgezwungen, sondern resultiert aus den spezifischen Eigenschaften der am Prozess beteiligten Komponenten. Der Ordnungszustand wird spontan erreicht“.

Zentraler Punkt dabei ist, dass der Ordnungszustand des Systems **nicht** von außen herbeigeführt wird, sondern wird von seinen Elementen in einem selbsttätigen Wechselspiel von Stabilität und Veränderung hergestellt (Haken 2007, Stephan 2005, Küppers 1996, Cramer 1993).

Es existieren mehrere Selbstorganisationstheorien, z.B. die Theorie der Dissipativen Strukturen (Prigogine u. Stengers 1981; Nicolis u. Prigogine 1987), die Katastrophentheorie (Zeeman 1976) oder die Theorie des Hyperzyklus (Eigen u. Schuster 1979; Mechsner 1990). Alle diese Ansätze sollen hier nicht speziell diskutiert werden.

Die am weitesten ausgeführte Selbstorganisationstheorie ist die „Synergetik“ von Hermann Haken (Haken u. Haken-Krell 1994, Haken 1998, Strunk u. Schiepek 2006, Tschacher et al. 1992).

#### **4.7.5. Synergetik**

Synergetik bedeutet „Lehre vom Zusammenwirken vieler Teile in einem komplexen System“ und wurde 1969 von dem deutschen Physiker Hermann Haken begründet. Sie

bestand zunächst als Theorie des Lasers. Haken beschäftigte sich mit der Frage, warum es unter verschiedenen Lichtwellen zu einer Selbstorganisation kommt mit dem Ergebnis einer einzigen Lichtwelle, dem Laser. „Dies führte mich ... dazu, ein interdisziplinäres Forschungsgebiet zu begründen, das ich Synergetik nannte und das sich als erstes der systematischen Behandlung derartiger Übergänge von mikroskopischem Chaos zu makroskopischer Ordnung widmete. Wie die ... Theorie zeigte, wird die Ordnung in den verschiedenen Systemen durch ganz bestimmte Veränderliche, die sogenannten Ordner, bestimmt. Im Beispiel des Laserlichts ist die Lichtwelle ein solcher Ordner. Diese kann die Bewegung der Elektronen in den Atomen in ihren Bann zwingen, ... sie versklavt die Atome. Umgekehrt kommt das Lichtfeld erst durch die Lichtausstrahlung der Atome zustande, so dass wir eine zirkuläre Kausalität vor uns haben. Das Verhalten des einen bedingt das Verhalten des anderen“ (Haken 1988, S. 67f. zit. in Simon et al. 2004, S. 323)

Bald wurde das Konzept der Synergetik von Haken auch auf andere Wissenschaftsbereiche ausgeweitet (Chemie, Biologie, Soziologie, Psychologie, Wirtschaftswissenschaften) und entwickelte sich zu einer fachübergreifenden Wissenschaftsdisziplin, welche sich, allgemein gesagt, als ein Konzept zur Erklärung von Ordnungsbildung in komplexen Systemen mit vielen interagierenden Einheiten versteht.

Die Grundbegriffe der Synergetik seien an einem einfachen Beispiel erläutert (vgl. Paschke 1992):

Man stelle sich eine stark frequentierte Treppe in einem Gebäude vor. Die Treppe wird von vielen Menschen in beiden Richtungen genutzt. Am Anfang erwartet man, dass alle Menschen wild durcheinander gehen und sich dadurch gegenseitig behindern (Abbildung 1). Nun kann es passieren, dass einige Menschen der Spur ihres Vordermanns folgen und ebenfalls die Spur für ihre Richtung wählen. Jetzt wird diese Spur für die Bewegung der Menschen zu einer Art Vorgabe. Die Synergetik bezeichnet dies als *Ordner*. Der Ordner zwingt die Individuen, sich dieser Ordnung anzupassen. In der Sprache der Synergetik *versklavt* der Ordner die Individuen (der physikalische Begriff *Versklavung* ist in diesem Sinne ethisch völlig wertfrei zu verstehen). Durch diesen Vorgang ist aus einer vorher völlig zufälligen Bewegung der

Menschen auf der Treppe eine geordnete Bewegung entstanden (Abbildung 2). Der Ordner existierte nicht von Anfang an, sondern hat sich spontan aus dem Verhalten der Individuen ergeben. Dies wird hier *Phasenübergang* genannt. In der Folge hat der Ordner einen starken Einfluss auf das Verhalten der Individuen. Dadurch ergibt sich ein geschlossener Regelkreis, da der Ordner erst aus dem Verhalten der Individuen hervorgegangen ist, nun aber das Verhalten der Individuen entscheidend beeinflusst. Dies wird als *Zirkularität* bezeichnet.

Während der Selbstorganisation kann es passieren, dass mehrere Zustände nach dem Phasenübergang gleich wahrscheinlich sind. In dieser Situation entscheidet das aller kleinste „Zünglein an der Waage“ (*Fluktuation*), welcher Zustand sich nach dem Phasenübergang ergibt. Daraus folgt, dass eine Vorhersagbarkeit nicht möglich ist.

Am Beispiel der Treppe ist es in Deutschland sehr wahrscheinlich, dass sich „Rechtsverkehr“ ergibt. Allerdings ist das nicht zwangsläufig. Schon wenige englische Touristen auf der Treppe reichen aus, um vielleicht einen Ordner für „Linksverkehr“ zu bilden. So kann eine geringe Fluktuation riesige Auswirkungen auf den Systemzustand haben.

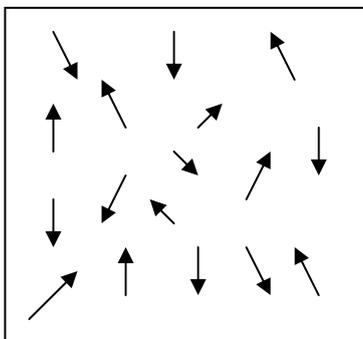


Abbildung 3

Chaotischer Systemzustand

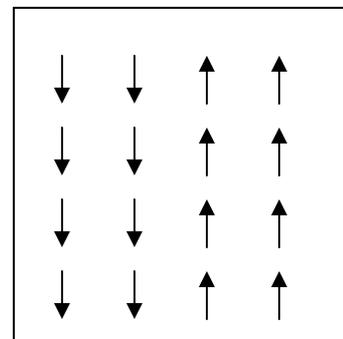


Abbildung 4

Geordneter Systemzustand

Aus der systemtheoretischen Begründung von „Familie“ ist die Synergetik nicht mehr wegzudenken, denn auch Familien sind sich selbstorganisierende Systeme.

Nun wäre es aber falsch anzunehmen, dass eine Familie aus Mitgliedern besteht, die sich alle völlig willkürlich selbst organisieren. Der Selbstorganisation der einzelnen Teile eines Systems steht auf der anderen, ordnenden Seite das oben erwähnte

*Versklavungsprinzip* gegenüber, welches folgendes für das System „Familie“ besagt: Die einzelnen Familienmitglieder erschaffen durch ihr Zusammenwirken einen (oder

mehrere) *Ordner*, welcher als eine handlungsleitende, übergeordnete Regelstruktur wirkt und dem Verhalten der einzelnen Familienmitglieder einen Rahmen setzt. Der Ordner *versklavt* die einzelnen Teile, die ihn stets selbst erschaffen. So entsteht ein Muster.

Mit einer Veränderung der Umweltbedingungen (Familie geht in die Beratung) kann das System (Familie) möglicherweise in ein neues qualitatives Muster übergehen (neue Ordnung). Welches Muster dieses jedoch ist (Streit, Trennung, Familienfrieden) ist nicht durch die Umweltbedingungen (Familienberatung) determinierbar, sondern liegt in der Selbstorganisation des Systems (vgl. v. Schlippe u. Schweitzer 2003, S. 65). Deutlich wird, dass eine Familie jedoch nur eine Ordnung herstellen kann, die ihr inhärent ist und sich aus Faktoren wie Familienmitgliedern, soziale und materielle Umweltbedingungen, Art der Störung, Familiengeschichte usw. ergibt.

Berater mussten sich mit dem Bekanntwerden dieser Theorien in den achtziger Jahren von den Vorstellungen eines vorausplanenden, interventionsmächtigen Strategen verabschieden, der die Familie nach Belieben steuern kann. Berater sind (idealtypisch) lediglich in der Lage, das System soweit anzustoßen, anzuregen, zu verstören und in Eigenschwingung zu versetzen, dass es seine alte Ordnung aufgibt (vgl. v. Schlippe u. Schweitzer 2003, S. 51).

Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Therapeut eine „Laisser-faire-Haltung“ einnehmen soll und nur darauf zu warten braucht, dass die Dinge sich von alleine regeln.

Man könnte den Therapeuten als Prozess-Experten definieren, dessen Aufgabe es ist, einen Prozess in Gang zu setzen und zu begleiten (nicht zu steuern).

#### **4.8. Familiensystemtheorie**

Die Familiensystemtheorie befasst sich mit den Annahmen der Systemtheorie in Bezug auf das spezielle System „Familie“. Diese Annahmen werden im Folgenden dargestellt (nach Schneewind 1991, S. 102 ff.):

##### *1. Ganzheitlichkeit*

Die Familie wird als eine Einheit betrachtet, in der die einzelnen Mitglieder durch Interaktion und Kommunikation miteinander vernetzt sind. Insofern ist (...) die Familie als Ganzes mehr als die Summe ihrer aus Personen bestehenden Teile.

##### *2. Zielorientierung*

Familien richten ihr gemeinschaftliches Leben nach mehr oder minder expliziten Zielen aus, die dem Zusammenleben in der Familie Sinn und Kontinuität geben sollen. Solche Ziele können je nach Lebens- und Familienphase inhaltlich eine unterschiedliche Ausgestaltung haben. Familienziele äußern sich u.a. in der Orientierung an phasentypischen individuellen und familiären Entwicklungsaufgaben (...).

##### *3. Regelmäßigkeit*

Die Beziehungen zwischen den Mitgliedern lassen – insbesondere bei längerer Beobachtung – bestimmte Regelmäßigkeiten erkennen. Diese werden teils bewusst als Familienrituale gepflegt (z.B. Einhaltung gemeinsamer Essenszeiten, Gute-Nachtgeschichten), teils bestimmen sie unausgesprochen das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder (z.B. wer, wann – eventuell auch mit wem – das Badezimmer benutzen darf). Die handlungsleitende Regelstruktur einer Familie kann aus deren spezifischem Interaktionsmuster, d.h. der Gleichförmigkeit der konkreten Interaktion zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, erschlossen werden.

##### *4. Zirkuläre Kausalität*

Damit ist der wechselseitige Beeinflussungsprozess zweier oder mehrerer Personen gemeint, der sich über eine bestimmte Zeitspanne hinweg analysieren lässt. S. Minuchin (1985, S. 290) macht dies an einem Beispiel deutlich: „Es ist

ein epistemologischer Irrtum, zu behaupten, dass eine überbehütende Mutter bei ihrem Kind Ängste auslöse. Vielmehr haben Mutter und Kind gemeinsam ein Muster geschaffen, in dem (beginnend bei einem beliebigen Punkt) die Ängste des Kindes besorgtes Verhalten bei der Mutter auslösen. Das Verhalten der Mutter verschlimmert die Ängste des Kindes, was bei der Mutter wiederum zu erhöhter Besorgnis führt, usw. – Im Mittelpunkt des Interesses steht somit nicht eine einseitig gerichtete, von einer einzelnen Person ausgehende Verhaltensweise, sondern der Interaktionszyklus selbst, der als eine nicht weiter reduzierbare Einheit angesehen wird.

### *5. Rückkopplung*

Mit Blick auf das Familiensystem bezieht sich der Begriff der Rückkopplung auf den Prozess, der durch das regelabweichende Verhalten eines bestimmten Familienmitgliedes A. ausgelöst wird und Effekte bei den übrigen Familienmitgliedern hervorruft, die ihrerseits wieder auf das Verhalten von A. zurückwirken. Es wird grundsätzlich zwischen einer positiven (oder abweichungsverstärkenden) oder einer negativen (oder abweichungsdämpfenden) Rückkopplung unterschieden.

Positive Rückkopplung tritt z.B. dann auf, wenn es zwischen zwei Partnern zu einer Ärgereskalation kommt, d.h. wenn beispielsweise aus einem „Frotzeln“ ein Anklagen, aus einem Anklagen ein Schimpfen, aus einem Schimpfen ein Anbrüllen wird. Positive Rückkopplung ist prinzipiell veränderungsorientiert, da die durch sie zum Ausdruck kommenden eskalierenden Interaktionsprozesse nicht beliebig fortgeführt werden können und somit nach neuen Lösungen verlangen. Negative Rückkopplung zielt auf die Rückkehr zu einer Ausgangslage ab, die vor dem Eintreten der „Störung“ bestand, so etwa, wenn eine Mutter ihr schreiendes Kind beruhigt, indem sie es auf den Arm nimmt, hin- und herwiegt und mit ruhiger Stimme auf es einredet.

Negative Rückkopplungsprozesse sind grundsätzlich stabilitätsorientiert (...).

### *6. Homöostase*

Mit Homöostase ist die Aufrechterhaltung und Ausbalancierung des in einer Familie wirkenden Kräftegleichgewichtes gemeint. Homöostase wird gewöhnlich

durch negative Rückkopplungsprozesse hergestellt, indem sich die Familie an etablierten Zielen, Regeln und Handlungsabläufen orientiert (...).

### *7. Wandel erster und zweiter Ordnung*

Eng verknüpft mit dem Problem der Anpassungsfähigkeit einer Familie ist die Frage, von welcher Art die Veränderung ist, die sich bei einer Familie gegebenenfalls einstellt. Watzlawick, Weakland und Fisch (1974, S. 29f.) sprechen in diesem Zusammenhang von Wandel erster und zweiter Ordnung. Mit Wandel erster Ordnung meinen sie „den Wandel von einem internen Zustand zu einem anderen innerhalb eines selbst invariant bleibenden Systems. (...) Beispiel hierfür wäre etwa das Vorgehen von Eltern, die ihr Kind bestrafen, weil es sein Zimmer nicht aufgeräumt hat, und beim nächsten Mal, wenn das Zimmer wieder nicht aufgeräumt ist, das Kind noch härter bestrafen. – Demgegenüber besteht Wandel zweiter Ordnung in einem Wandel, der – so Watzlawick, Weakland und Fisch (1974, S. 30) das System selbst ändert. Beispiele hierfür sind etwa Änderungen in den Kommunikationsregeln (z.B. Zuhören statt Dazwischenreden), im Rollenverständnis der Partner (z.B. Ebenbürtigkeit statt Unterwürfigkeit oder Dominanz) oder in der personellen Zusammensetzung einer Familie (z.B. Loslösung des Jugendlichen aus dem Elternhaus).

### *8. Grenzen*

Ein wesentliches Merkmal lebender Systeme ist, dass sie sich gegenüber anderen Systemen mehr oder minder abgrenzen. (...) S. Minuchin (1997) unterscheidet zwischen starren, diffusen und klaren Grenzen.

Starre Grenzen sind charakteristisch für geschlossene System, die im Extremfall in keinem materiellen, energetischen oder informationellen Austausch mit anderen Systemen stehen. (...)

Diffuse Grenzen sind daran erkennbar, dass zwischen den einzelnen Systemen und Subsystemen kaum unterschieden werden kann. (...)

Die Privatheit einzelner Personen ist dann ebenso wenig gewährleistet wie z.B. die sexuelle Intimität von Ehepartnern. Klare Grenzen sind durch ein gewisses Maß an Durchlässigkeit nach außen bei gleichzeitiger Abwehr der Einmischung von außen gekennzeichnet (...) Die Familiengrenzen verändern sich je nach der

Entwicklungsphase, in der die Familie steht. Äußerlich ist dies z.B. an den personellen Zu- und Abgängen einer Familie (z.B. durch Geburt, Tod, Ablösung, Trennung) erkennbar. Aber auch in einer Neuaufteilung von Familien- und Individualzeit, oder in der veränderten Nutzung einer gemeinsamen Wohnung kann sich der Wandel von Grenzen innerhalb einer Familie niederschlagen.

#### 9. Internes Erfahrungsmodell

Ein theoretischer Ansatz, der die Familie als System begreift, läuft Gefahr, das System zu verdinglichen und damit die Person aus dem Blickfeld zu verlieren (...). Das Innerste einer Person lässt sich begrifflich als internes Erfahrungsmodell fassen. Gemeint ist damit die subjektive Repräsentation, die eine Person von sich, ihrer Umwelt und den Beziehungen zu einem bestimmten Zeitpunkt hat. Das interne Erfahrungsmodell lässt sich somit in ein internes Selbstmodell, ein internes Umweltmodell und ein internes Beziehungsmodell gliedern, wobei diese drei Partialmodelle in einem Wechselwirkungsverhältnis zueinander stehen.

Überträgt man das Konzept des internen Erfahrungsmodells auf die Familiensystemtheorie, so besagt dies, dass die Familie nicht nur von außen, d.h. durch die Registrierung familiärer Interaktionsmuster, erfassbar ist, sondern auch von innen durch die familienspezifischen internen Erfahrungsmodelle jedes Familienmitgliedes.

Die einzelnen Personen innerhalb einer Familie verfügen in der Regel über jeweils unterschiedliche bzw. sich nur partiell überlappende subjektive Sichtweisen der Familienrealität, wobei sich die überlappenden Sichtweisen im gemeinsamen Familienkonzept erfassen lassen.

Wie in Kapitel 3 kritisch beleuchtet wurde, dass der Personzentrierte Ansatz die *interpsychischen* Aspekte zwischen den Systemmitgliedern zu sehr vernachlässigt, so ist an dieser Stelle der systemischen Therapie kritisch vorzuhalten, *intrapsychische* Aspekte zu wenig zu fokussieren. „Eine differenzierte Ausarbeitung einer intrapsychischen Theorie ermöglicht methodisch zusätzlich zur systemischen Perspektive noch eine individualpsychologische anzunehmen, die besonders für die Einzeltherapie fruchtbar sein könnte. Die systemische Therapie beschneidet sich somit einer *direkten* Zugangsmöglichkeit zum Menschen und läuft darin Gefahr, die

*indirekte* Zugangsweise (d.h. den indirekten Weg zum Menschen über andere Menschen) für die einzig gangbare zu halten, so dass sie sich damit in eine unnötige dogmatische Enge treibt“ (Moldzio 2004, S. 81).

Aus diesem systemischen Denkraum hat sich in den letzten Jahrzehnten eine systemische Praxis entwickelt, welche sich versteht als „ . . . die Nutzung systemischen Denkens für den professionellen Umgang mit Menschen bei der Linderung, Bewältigung, Klärung oder Auflösung ihrer persönlichen, zwischenmenschlichen und organisatorischen Probleme“ (Ludewig 2005, S. 16).

Die systemische Praxis ist für diese Arbeit von keiner weiteren Relevanz und wird an dieser Stelle nicht weiter geführt (siehe dazu Klein u. Kannicht 2009; v. Schlippe u. Schweitzer 2006; Bleckwedel 2009; Fryszer u. Schwing 2006; Brüggemann et al. 2006).

## **5. Zusammenfassung:**

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Personzentrierte Beratung und Therapie, genauer gesagt die Personzentrierte Persönlichkeitstheorie, wie sie von dem US-amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers im Rahmen des maßgeblich von ihm begründeten Personzentrierten Ansatzes formuliert wurde.

Im Mittelpunkt des Personzentrierten Ansatzes und seiner vielfältigen Anwendungsfelder stand, bei Rogers, immer die einzelne Person, bzw. die Entwicklung oder Heilung der einzelnen Person. So bezieht sich die von Rogers ausgearbeitete Persönlichkeitstheorie darauf, wie sich das Individuum psychologisch konstituiert. Auf dieser Persönlichkeitstheorie basiert die praktische Personzentrierte Beratung und Therapie.

Methodische Erweiterungen der „klassischen“ Beratungsvariablen Kongruenz, Akzeptanz und Empathie wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreich ausgearbeitet. So auch für das Setting mit dem speziellen Klienten „Familie“. Eine theoretische Beschreibung der Familie existiert im Personzentrierten Ansatz jedoch nach wie vor nicht. In seiner als rudimentär zu bezeichnenden Theorie der Familie zerlegt Rogers

die Familie in ihr Zweierbeziehungen (analog zur Berater-Klient-Beziehung), lässt dabei aber die charakteristischen Dynamiken familiärer Kommunikation außen vor. Einige deutsche wie auch US-amerikanische Autoren haben erste Ansätze geliefert, diese theoretische Lücke zu füllen.

Hier sind vornehmlich Jürgen Kriz (Personzentrierte Systemtheorie) und Stefan Schmidtchen (Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie) für Deutschland zu nennen, und Ned Gaylin (Person-centered family therapy) für die USA.

Diese Arbeiten bieten keine zusammenhängende Personzentrierte Theorie der Familie (Definition, Interaktion, Störungsannahme, Veränderungsannahme) und zum anderen bleibt es fraglich, ob mit Familien arbeitende Praktiker die o.g. Ansätze überhaupt kennen oder für ihre Arbeit als Gedankenmodell nutzen?

Da heutzutage eine große Zahl Personzentrierter Berater und Therapeuten mit Familien arbeiten, ohne über eine verfahrenskohärente Beschreibung der Familie zu verfügen, wird hier vermutet, dass die Berater auf diesen Konflikt mit einer kognitiven Dissonanz reagieren. Dies ist ein gedanklicher Missklang zwischen sich widersprechenden Informationen bzw. Erfahrungen. Hier sind es die gelernten, individuumsbezogenen Theorien der Ausbildung auf der einen Seite, und die praktische Beratungsarbeit mit den Familien auf der anderen Seite. Dazwischen besteht eine Dissonanz für die Person, welche sie gerne beseitigen oder reduzieren möchte. Dies gelingt, indem die Person ihre Kognitionen verändert oder erweitert.

Es wird weiter vermutet, dass die Berater ihre gelernten „objektiven“ Theorien erweitern und theoretische Annahmen bilden. Diese lassen sich im explorierenden Dialog mit einer anderen Person re-konstruieren.

Im folgenden, empirischen Teil werden nun die theoretischen Annahmen der personzentrierten Berater in Bezug auf ihr Klientel „Familie“ hin rekonstruiert und analysiert, um diese bislang bestehende Wissenschaftslücke zu schließen.

## TEIL B

### 6. Grundhypothesen

- Personzentrierte Berater, die mit Familien arbeiten, haben aufgrund ihrer dyadisch ausgerichteten Ausbildung keine wissenschaftlich fundierten Theorien über eine personzentrierte Familientheorie. Dies löst bei den Beratern eine kognitive Dissonanz aus zwischen den gelernten wissenschaftlich fundierten Theorien und den Erfahrungen in der Praxis, verbunden mit der Tendenz, diese aufzulösen und wieder Konsonanz in ihren Kognitionen herzustellen.
- Personzentrierte Berater, die mit Familien arbeiten, lösen ihre kognitive Dissonanz auf, indem sie, aufbauend auf ihren gelernten wissenschaftlich fundierten Theorien (z.B. Persönlichkeitstheorie von Rogers), eigene **theoretische Annahmen** bilden, welche ihnen „die Familie“ definieren und beschreiben.
- In diesen theoretischen Annahmen finden sich familienbezogene Theorieerweiterungen durch
  - andere Theorieansätze (Fortbildung, Fachliteratur)
  - praktische Berufserfahrungen (induktives Vorgehen)
  - familiäre biographische Erfahrungen (Herkunftsfamilie, eigene Familie)und bilden sich prozessual über einen gewissen Zeitraum.

Die theoretischen Annahmen entstehen erst durch die beraterische Praxis mit Familien und entwickeln sich durch diese prozessual weiter.

## **7. Ziele der Untersuchung:**

- Die Existenz der eigenen theoretischen Annahmen würde belegen, dass diese Praktiker sich zur konzeptuellen Verarbeitung ihrer Beratungsrealität nicht unmittelbar wissenschaftlich fundierter, objektiver Theorien bedienen können (vgl. Vicini 1993, S.12).
- Diese Arbeit zeigt eine Möglichkeit, diese theoretischen Annahmen zu beschreiben, zu analysieren und zu systematisieren im Hinblick auf:
  - A ) ihre Inhalte und innere Struktur (intra-individuelle Betrachtung)
  - B ) ihre Gemeinsamkeiten (inter-individuelle Betrachtung)
  - C ) ihre prozessuale Entwicklung
- Von wissenschaftlichem Interesse ist dabei, die theoretischen Annahmen zunächst einmal einer Kommunizierbarkeit zugänglich zu machen. So wird durch einen inter-individuellen Vergleich der theoretischen Annahmen ein aktuelles Bild personenzentrierter Familienberatung abgebildet und kommunizierbar gemacht für Forschung und Entwicklung dieser Fachrichtung. Eine intra-individuelle Betrachtung folgt dem anwendungsorientierteren Ziel, diese impliziten und nur teilweise bewussten kognitiven Vorgänge, für Berater sichtbar zu machen und sie so einer Selbstreflexion unterziehen zu können, die u.U. neue Einsichten hervorbringt und praktische Handlungsalternativen ermöglicht (vgl. Vicini 1993, S.14).
- Eine Erreichung dieser Ziele würde helfen, die komplexe Vernetzung von gelernten wissenschaftlichen Theorien und Beratungspraxis im Bereich der personenzentrierten Familienberatung zu erhellen.

## **8. Forschungsfragen:**

### **8.1. Hauptfragestellung:**

- Welche theoretischen Annahmen haben personenzentrierte Berater seit ihrer Ausbildung über „die Familie“ gebildet?
  - Was ist für diese Berater eigentlich eine Familie?

- Wie kommunizieren Familienmitglieder miteinander?
- Welche Risikofaktoren gibt es, die eine familiäre Störung begünstigen oder verursachen können?
- Welche Schutzfaktoren hat eine Familie, die eine familiäre Störung verhindern oder abmildern können?
- Welche Vorstellungen haben die Berater, wie in einer Familie Veränderung geschehen kann, um eine Störung zu beheben oder abzuwenden?

## **8.2. Weitere Fragestellungen:**

- Wie konstituieren sich diese theoretischen Annahmen? (Was sind ihre Inhalte? Welche anderen theoretischen Erklärungsansätze finden sich?)
- Wie stehen sie in Zusammenhang zu den personenzentrierten Theorien der Berater?
- Wie gestaltet sich der Prozess der Bildung theoretischer Annahmen bei den Beratern? (Wie sehen die Annahmen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten aus? Welche Unterschiede bestehen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen?)

## 9. Design der Untersuchung:

Die o. g. Ziele sollen mittels einer Expertenbefragung erreicht werden.

Tabelle 1: Forschungsdesign

<b>Stichproben</b>	Personzentrierte Berater, die mit Familien arbeiten, zeitnah nach der Ausbildung N= 20	Personzentrierte Berater, die mit Familien arbeiten, mindestens 8 Jahre nach der Ausbildung N= 20
<b>Erhebung</b>	Leitfadeninterviews zur Rekonstruktion theoretischer Annahmen	Leitfadeninterviews zur Rekonstruktion theoretischer Annahmen
<b>1. Auswertung</b>	Qualitative Inhaltsanalyse: Intra- und intersubjektive Analyse	Qualitative Inhaltsanalyse: Intra- und intersubjektive Analyse
<b>2. Auswertung</b>	Vergleich der intersubjektiven Kategorien der einzelnen Untersuchungsgruppen im Hinblick auf prozessuale Entwicklung bei den Beratern	

### 9.1. Durchführung der Untersuchung

Der Interview-Leitfaden für diese Untersuchung wurde vom Autor selbst entwickelt, da es bislang keine vergleichbaren Studien gibt, auf die man hätte zurückgreifen können.

Der Leitfaden wurde in einem Pre-Test von zwei Interviews erprobt und modifiziert, bevor die Hauptuntersuchung begann.

Die Interviews fanden i.d.R. in den Diensträumen und zu Dienstzeiten der Berater statt. Im Durchschnitt dauerten die Interviews ca. 45 Minuten, was genau einem Beratungstermin entspricht. So konnten die Berater das Interview gut in ihren Dienstablauf integrieren.

Die Interviews wurden per Audio-Tape aufgenommen, lediglich in 5 Fällen waren die Berater nicht mit einer Aufnahme des Gesprächs einverstanden. In diesen Fällen wurden mit Zustimmung der Berater während des Gesprächs Notizen gemacht, wodurch von den wesentlichen Inhalten nichts verloren ging.

## 10. Die Methoden der Untersuchung:

Zur Untersuchung der Forschungsfragen scheinen die sog. Qualitativen Forschungsmethoden<sup>4</sup> am angemessensten. Das Interesse gilt den Beratern als erkenntnisgenerierenden Subjekten, deren Kognitionen im Dialog re-konstruiert werden sollen. „Die Sicht des Subjekts soll verstanden, nicht dessen Verhalten erklärt werden. Nicht auf objektivierbare Ereignisse, sondern auf die Bedeutungen, die ihnen aufgrund von Interpretationen zugeschrieben werden, richtet sich der forschende Blick“ (Vicini 1993, S.61). Es geht um das „Entdecken“ theoretischer Annahmen und ihren intra- und interindividuellen Bezügen.

### 10.1. Die Erhebungsmethode:

#### Das Leitfadeninterview:

Wie in der Begriffsbestimmung „Theoretische Annahmen“ erläutert wurde, lassen sich diese nicht „auf Kommando“ einfangen und abbilden, sondern re-konstruieren sich mit ihrem verbalen Ausdruck, im Dialog. „Die interessierenden Phänomene finden zu ihrer wissenschaftlich bearbeitbaren Form unter den Bedingungen der Interaktion zwischen dem Forscher oder der Forscherin und seinen/ ihren UntersuchungspartnerInnen“ (Vicini 1993, S. 63).

Daraus ergibt sich generell die Erhebungsmethode des „Interviews“.

Hierbei kann zwischen verschiedenen Formen des Interviews unterschieden werden. Bortz u. Döring (2002, S. 314) unterscheiden bis zu 19 Varianten qualitativer Einzelbefragungen. Die gängigsten sind dabei das *Leitfaden-Interview*, das *fokussierte Interview* und das *narrative Interview* (vgl. Bortz u. Döring 2002; Flick 2002).

Das *Leitfaden-Interview* ist in seiner Gestaltung nicht völlig offen, sondern beinhaltet ein Fragen-Gerüst, an welchem sich der Interviewer orientiert. Es lässt dem Befragten aber genügend Spielraum, um auch eigene Gedanken und neue Themen einzubeziehen. Ein großer Vorteil des Leitfaden-Interviews ist die relativ hohe Vergleichbarkeit der Daten aufgrund des identischen Fragen-Gerüsts.

---

<sup>4</sup> Auf den inhaltlichen Paradigmenstreit zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden (siehe dazu Flick 2002, Diekmann 2005, Gläser u. Laudel 2006, Bortz u. Döring 2002).

Das *fokussierte Interview* ist eine Befragungsform, bei der ein bestimmter Untersuchungsgegenstand im Mittelpunkt des Gesprächs steht, z.B. ein Film, ein Buch, ein politisches oder gesellschaftliches Ereignis. Ziel des Interviews ist es, die Wirkungen dieses einheitlichen Reizes auf verschiedene Menschen zu untersuchen. Der vorgegebene Reiz wird zuvor einer Inhaltsanalyse unterzogen, um zu bestimmen, was die „objektiven“ Bestandteile der Situation und was die „subjektiven“ Interpretationen der Befragten sind, um beides miteinander zu vergleichen (vgl. Flick 2002, S. 118). (Siehe vertiefend dazu Merton u. Kendall 1979; Merton 1987; Lamnek 1993)

Das *narrative Interview* wird vor allem im Rahmen biographischer Forschung verwendet. Das Interesse gilt entweder der ganzen Lebensgeschichte oder einem bestimmten Lebensabschnitt des Befragten. Zu Beginn steht beim narrativen Interview die Erzählaufforderung, die die Haupterzählung des Befragten stimulieren soll. Ein Beispiel einer solchen Erzählaufforderung könnte sein:

„Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie sich die Geschichte Ihres Lebens zugetragen hat. Am besten beginnen Sie mit der Geburt, mit dem kleinen Kind, das Sie einmal waren, und erzählen dann all das, was sich so nach und nach zugetragen hat, bis zum heutigen Tag. Sie können sich dabei ruhig Zeit nehmen, auch für Einzelheiten, denn für mich ist alles das interessant, was Ihnen wichtig ist“ (Hermanns 1995, S. 182 zit. In Flick 2002, S. S. 148)

In der nun anschließenden Narration hat der Interviewer die Rolle des interessierten Zuhörers, der aber nicht durch Fragen oder andere Interventionen die Erzählung behindert.

So entstehen in narrativen Interviews i.d.R. große Mengen an Text-Daten, die eine vergleichende Auswertung aufgrund der enormen Themenbandbreite sehr erschwert (siehe vertiefend dazu Schütze 1976, 1977; Hermanns 1995; Rosenthal 1995)

Wegen des zunächst unbekanntem Wissens der Berater scheint ein standardisiertes Interview nicht geeignet, da es die Berater in der Möglichkeit der Exploration zu sehr einengt.

„Ausgangspunkt der Methode ist, dass restriktive Vorgaben, wann, in welcher Reihenfolge und wie Themen zu behandeln sind, in standardisierten Interviews oder Fragebögen den Weg zur Sicht des Subjekts eher verstellen als eröffnen“ (Flick 2002, S.143). Das Leitfaden-Interview lässt den Beratern die Möglichkeit, eigene Gesichtspunkte einzubringen, Akzente zu setzen und ihre Perspektive, welche hier von zentralem Interesse ist, darzulegen. Dennoch soll das Interview nicht völlig offen sein, sondern durch einen Leitfaden begrenzt werden. Es werden in den Interviews also Fragen gestellt, welche aber vollkommen offen beantwortet werden. Dieser Leitfaden soll der Vermeidung von „Gesprächs-Entgleisungen“ (d.h. zu viel, für diese Arbeit überflüssiges, narratives Material) dienen und somit garantieren, dass die Inhalte thematisiert werden, die für die Forschungsfragen relevant sind. Diese Entscheidung bestätigte sich in den beiden Pre-Tests als sinnvoll.

Für den Interviewer ist hier eine stimmige Balance zwischen non-direktivem Erzählen-lassen und direktivem Nachfragen zu finden (vgl. Bortz, Döring 2002, S.310).

„Aufgrund dieser Spielräume bei der konkreten Gestaltung des Interviews beim gleichzeitigen Versuch, bestimmte vorgegebene Themen darin in jedem Fall zu behandeln, wird auch der Begriff des „teilstandardisierten Interviews“ verwendet“ (Flick 2002, S.143).

Ein Vorteil ist, dass eine, in allen Interviews umgesetzte, konsequente Orientierung am Leitfaden die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und einen inter-individuellen Vergleich vereinfacht.

Hopf (1978, S. 99ff.) stellt folgende Anforderungen an das Leitfadeninterview:

- Spezifität (welche darauf abhebt, die Befragten in ihrer subjektiven und spezifischen Art zu Wort kommen zu lassen)
- Tiefe (welche den Befragten in einem vertrauten Rahmen eine gewisse Selbstexploration auch affektiver und normativer Bedeutungen ermöglichen soll)

- Personaler Kontext (welcher vom Interviewer oder der Interviewerin durch das Offenlegen seiner/ ihrer explorativen und persönlichen Interessen die Schaffung des vertrauten Rahmens erwartet)
- Reichweite (soll garantieren, dass die gewählte Thematik umfassend diskutiert wurde)

Teilweise wird in der Literatur auch der Begriff des „Experteninterviews“ benutzt. „Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen (...) Es handelt sich um Untersuchungen, in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden. Die Experteninterviews haben in diesen Untersuchungen die Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen“ (Gläser u. Laudel 2006, S. 10f.).

Beendet werden die Interviews mit der Ermittlung soziodemographischer Daten der Berater mittels eines selbst entwickelten standardisierten Fragebogens (vgl. Bortz u. Döring 2002, S.315) welcher im Anhang auf Seite 185 zu finden ist.

## **10.2. Die Auswertungsmethode:**

### **Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring:**

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Methode zur systematischen, regelgeleiteten qualitativen Analyse von Texten, in diesem Fall von transkribierten Interviews.

Die Inhaltsanalyse setzt sich zum Ziel,

- Kommunikation zu analysieren,
- fixierte Kommunikation zu analysieren,
- dabei systematisch vorzugehen,
- das heißt regelgeleitet vorgehen,
- das heißt auch theoriegeleitet vorgehen,
- mit dem Ziel, Rückschlüsse aus bestimmten Aspekten der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2007, S. 13).

Die Begriffe „regelgeleitet“ und „theoriegeleitet“ sollen hier näher erläutert werden: Die Theoriegeleitetheit der Interpretation drückt sich zunächst dadurch aus, dass die Analyse einer präzisen theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgt. Mayring (2007, S. 52) begreift „Theorie“ als ein System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand. Theoriegeleitetheit bedeutet dann, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen. Dies meint, dass die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt sein muss, und theoretisch an die bisherige Forschung über den untersuchten Gegenstand angebunden werden muss (vgl. Mayring 2007, S. 52).

Die Regelgeleitetheit drückt sich durch die Tatsache aus, dass die qualitative Inhaltsanalyse ein allgemeines Ablaufmodell vorweisen kann. „Eben darin besteht die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsverfahren, dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt wird, die vorher festgelegt werden. Dadurch wird sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, dadurch wird sie übertragbar auf andere Gegenstände, für andere benutzbar, wird sie zur wissenschaftlichen Methode“ (Mayring 2007, S. 53).

Dieses Ablaufmodell ist nicht rigide zu sehen, sondern muss im konkreten Fall an die Ausgangsfrage und das zur Verfügung stehende Material adaptiert werden. Wenn dies geschehen ist, bietet das Ablaufmodell einen regelhaften Rahmen der Orientierung

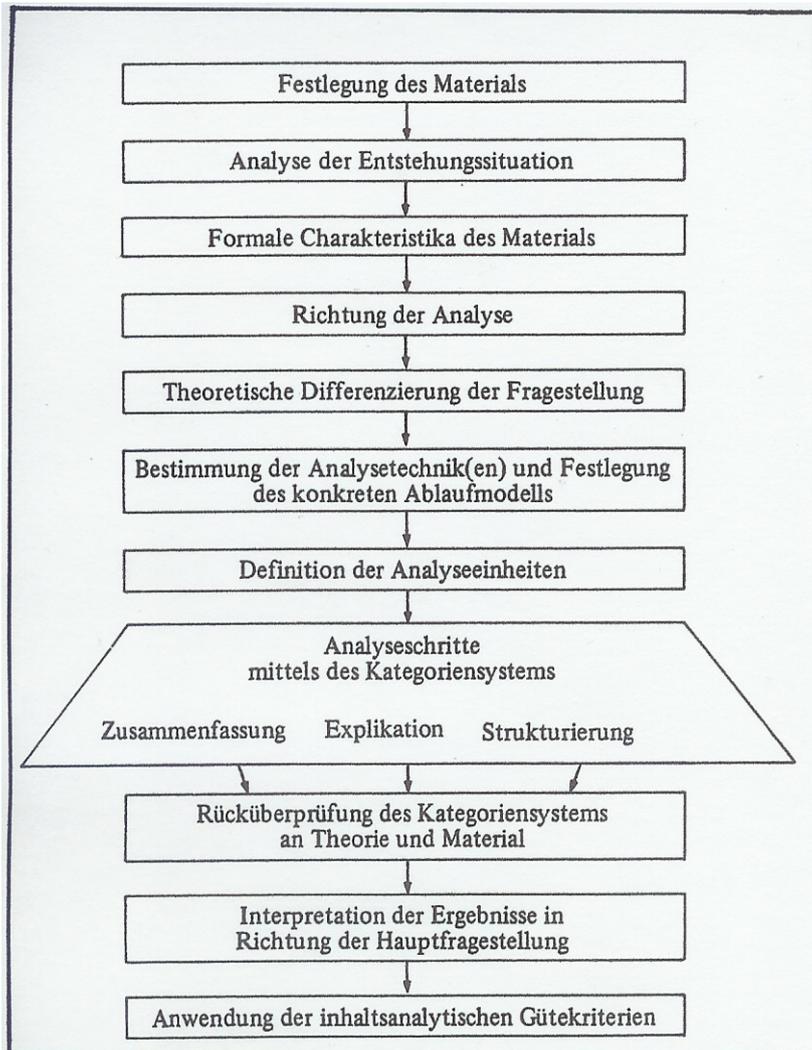


Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2007, S. 54)

Die zentrale Einheit des Ablaufmodells sind die Analyseschritte mittels des Kategoriensystems: *Zusammenfassung*, *Explikation* und *Strukturierung*.

- *Zusammenfassung*: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
- *Explikation*: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätze, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

- *Strukturierung*: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Erste qualitative Technik: *Zusammenfassung*

Mit der so genannten Paraphrasierung werden alle nicht-inhaltstragenden Textbestandteile (narratives Füllmaterial, ausschmückende Details, Wiederholungen, Kasuistiken, Meinungen Anderer) gestrichen und inhaltstragende Textbestandteile werden auf eine grammatikalische Kurzform transformiert.

Die entstandenen Paraphrasen werden nun auf das vorher definierte Abstraktionsniveau generalisiert.

In einer ersten Reduktion werden bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb einer Auswertungseinheit gestrichen. Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau als nicht-inhaltstragend erachtet werden, sind ebenfalls zu streichen. Inhaltstragende Paraphrasen werden weiter übernommen.

In einer zweiten Reduktion werden Paraphrasen mit gleicher oder ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase gebündelt (vgl. Mayring 2007, S. 62).

Zweite qualitative Technik: *Explikation*

Anstatt, wie in der Zusammenfassung, das Material zu reduzieren, werden hier einzelne Textstellen, die unklar und interpretationsbedürftig sind, mit zusätzlichem Material ergänzt, um sie verständlicher zu machen. Zentraler Gedanke der Explikation ist, genau auszuwählen, was an zusätzlichem Material zugelassen wird (vgl. Mayring 2007, S. 77).

Da in dieser Arbeit die inhaltsanalytische Technik der Explikation nicht notwendig und somit auch nicht sinnvoll erschien, blieb der zusammengefasste Originaltext die einzige Grundlage. Die Gefahr einer durch die Explikation entstandene Verfälschung des Originalmaterials konnte so nicht entstehen (König 2008).

Dritte qualitative Technik: *Strukturierung*

Die Strukturierung ist die zentralste inhaltsanalytische Technik und dient dazu, aus dem zusammengefassten Textmaterial eine ganz bestimmte Struktur herauszufiltern. Diese Struktur wird in Form eines definierten Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textbestandteile, die dann den Kategorien entsprechen, werden aus dem Material extrahiert (vgl. Mayring 2007, S. 83).

Die einzelnen Kategorien des Kategoriensystems müssen aus der Fragestellung abgeleitet werden und zudem auch theoretisch begründet werden (Theoriegeleitetheit).

Dieser Prozess vollzieht sich in drei Schritten (vgl. Mayring 2007, S. 83):

#### 1. Definition der Kategorien

Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen. In dieser Arbeit sind es relevante Aussagen der Berater (Fundstellen), was ganze oder mehrere Sätze sein können, aber auch Satzteile oder sogar nur einzelne Worte. Voraussetzung ist, dass es sich um Ansichten der Berater handeln muss, und nicht um Ansichten Anderer.

#### 2. Ankerbeispiele

Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen. In Kapitel 13.1. werden Ankerbeispiele für jede Kategorie bzw. Unterkategorie aus Gruppe A und aus Gruppe B angeführt<sup>5</sup>.

#### 3. Kodierregeln

Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen. Da sich die Kategorien in der Regel den Fragen des Interview-Leitfadens zuordnen ließen, waren weitergehende Kodierregeln nicht notwendig. Die Reliabilitätskontrolle bestätigte diese Annahme (vgl. Kap. 13.2.).

---

<sup>5</sup> Die transkribierten Interviews finden sich aus Datenschutzgründen nicht in dieser Arbeit und sind lediglich beim Autor einzusehen.

In einem rekursiven Prozess wird überprüft, ob die Kategorien überhaupt greifen: Aus dem Gesamtmaterial des Textes wird eine erste Fassung des Kategoriensystems formuliert. Diese Fassung wird auf einen Ausschnitt des Gesamtmaterials (in dieser Arbeit auf 25%) angewandt. Nach diesem Probelauf ergibt sich in der Regel eine Überarbeitung des Kategoriensystems und seinen Definitionen.

Die Auswertungsaspekte sollen aus dem Textmaterial heraus entwickelt werden. Mayring (2000, S. 4) schlägt hierzu eine „induktive Kategorieentwicklung“ vor: „Grundgedanke ist, aus der Fragestellung der Studie abgeleitet und theoretisch begründet ein Definitionskriterium festzulegen, das bestimmt, welche Aspekte im Material berücksichtigt werden sollen, und dann schrittweise das Material danach durchzuarbeiten. Die entwickelten Kategorien werden in einer Rückkopplungsschleife überarbeitet, einer Reliabilitätsprüfung unterzogen, und können später auch zu Überkategorien zusammengefasst und je nach Fragestellung auch nach quantitativen Aspekten ausgewertet werden.“

In dem Hauptdurchlauf werden schließlich die „Fundstellen“ (Haußer et al. 1982) durch verschiedenfarbige Unterstreichungen im Text gekennzeichnet und in einem zweiten Durchlauf aus dem Text extrahiert und einer bestimmten Kategorie oder Unterkategorie zugeordnet (vgl. Mayring 2007, S. 83). Dies wird in der qualitativen Inhaltsanalyse als „inhaltliche Strukturierung“ bezeichnet. In dieser Arbeit kommt noch eine weitere Variante zum Tragen, nämlich die so genannte „skalierende Strukturierung“. Die „... skalierende Strukturierung will zu einzelnen Dimensionen Ausprägungen in Form von Skalenpunkten definieren und das Material daraufhin einschätzen“ (Mayring 2007, S. 85). Diese Skalierung (in der Regel auf einer Ordinalskala, z.B. viel- mittel- wenig) wird von Ritsert (1972) auch Valenz- oder Intensitätsskala genannt.

Die Bearbeitung der o.g. Fundstellen besteht dann darin, dass das Material auf diesen Skalen eingeschätzt wird (vgl. Mayring 2007, S. 92). Hier besteht die Möglichkeit, wie in dieser Arbeit umgesetzt, die Ergebnisse auch quantitativ zu analysieren.

### **11. Stichprobenbeschreibung:**

Die Stichprobe besteht aus 40 Fachleuten unterschiedlicher Profession, die alle eine personenzentrierte Zusatzausbildung gemacht haben. Dies kann sein

- Personzentrierte Psychotherapie bzw. Gesprächspsychotherapie
- Personzentrierte Beratung
- Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die für diese Arbeit relevanten theoretischen Grundannahmen sind die gemeinsame Basis dieser drei Zusatzausbildungen und werden in den jeweiligen Ausbildungen identisch gelehrt, so dass es im theoretischen Bereich keine ausbildungsabhängigen Unterschiede gibt.

Alle Fachleute arbeiten in unterschiedlichen Institutionen beraterisch/ therapeutisch mit Familien.

Die Stichprobe besteht aus 29 Frauen und 11 Männern. Diese Verteilung kann durch die bestehende Frauen-Dominanz in den psychosozialen Arbeitsfeldern, als repräsentativ angesehen werden.

27 der befragten Berater haben selber Kinder und dementsprechend haben 13 Fachleute keine eigenen Kinder.

Diese Gesamtstichprobe gliedert sich auf in die Untersuchungsgruppen A und B. Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich konzeptionell zunächst durch die vergangene Zeit seit Abschluss der personzentrierten Zusatzausbildung. Die Berater der Gruppe A haben ihre personzentrierte Zusatzausbildung noch nicht so lange abgeschlossen (durchschnittlich 2,9 Jahre). Bei den Beratern der Gruppe B liegt die Ausbildung schon deutlich länger zurück (durchschnittlich 16,8 Jahre).

Die Berater der Gruppe A sind im Mittel jünger (42,2 Jahre) als die Berater der Gruppe B (53,5 Jahre).

Schlussfolgernd daraus haben die Berater der Gruppe B schon viele Jahre mehr Gelegenheit, nach ihrem personzentrierten Konzept beraterisch/ therapeutisch mit Familien zu arbeiten. Dies kann, so eine weitere Hypothese dieser Arbeit, eine Änderung der subjektiven Theorien bei den Beratern bewirkt haben.

Die unterschiedlichen Berufe der Berater gliedern sich wie folgt auf:

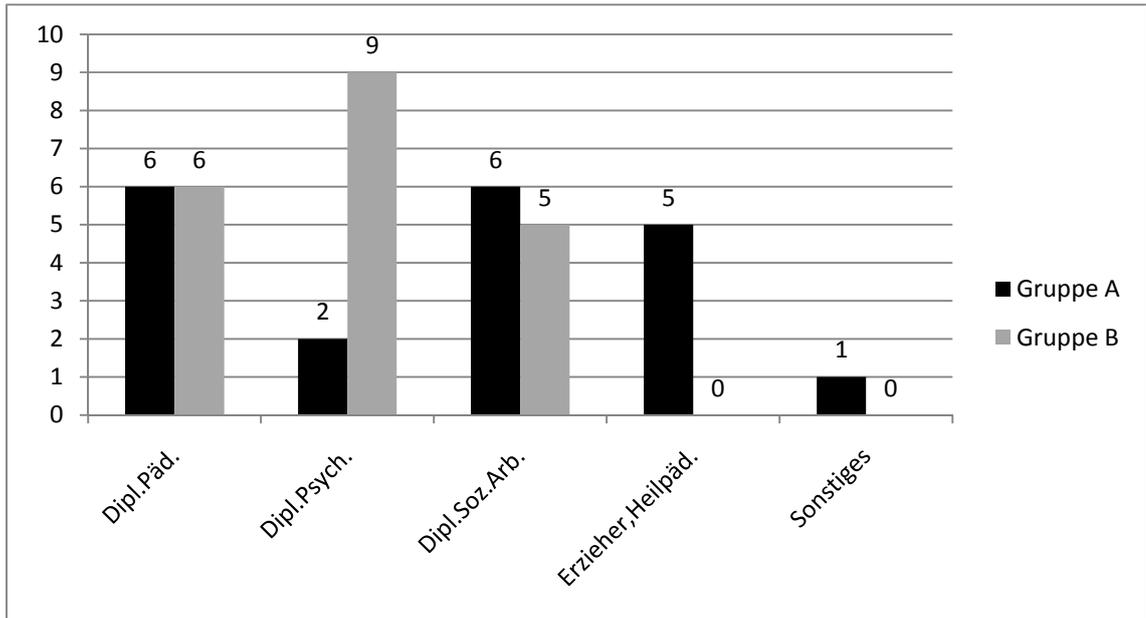


Abbildung 6: Berufe

Die Berater arbeiten in folgenden unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern.

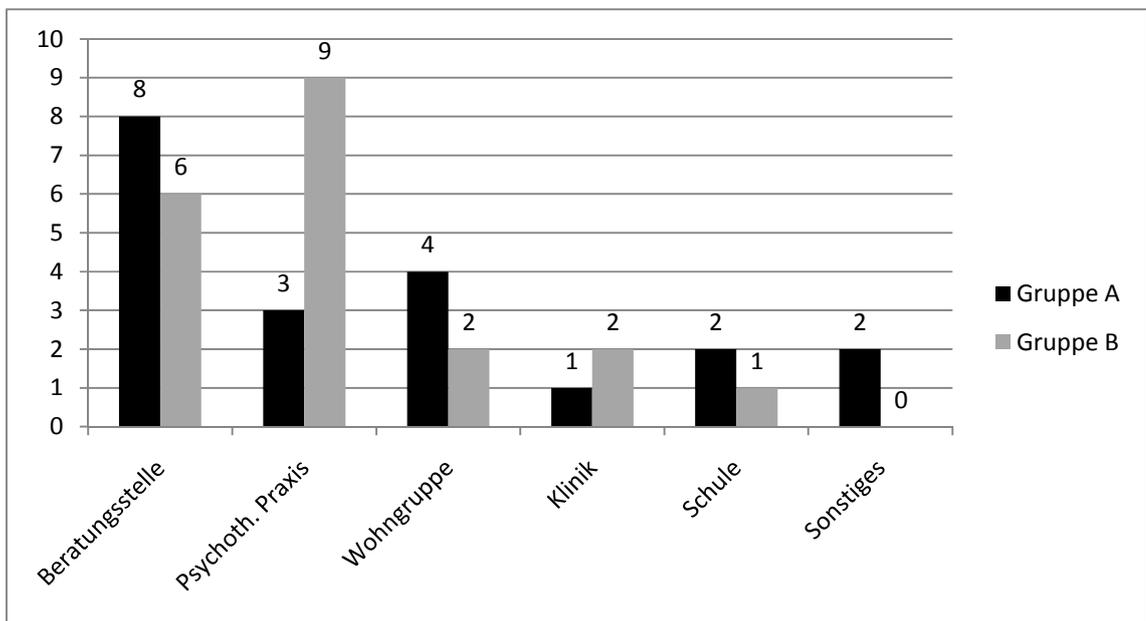


Abbildung 7: Tätigkeitsfelder

Die Berater haben, wie oben erwähnt, unterschiedliche personenzentrierte Zusatzausbildungen gemacht. Hier zeigt sich, dass der Großteil der Gruppe A eine Beraterausbildung gemacht hat und der Großteil der Gruppe B eine Ausbildung in

Psychotherapie, was auch den Schwerpunkt der Gruppe B auf das Tätigkeitsfeld der psychotherapeutischen Praxis erklärt (siehe Abb. 8).

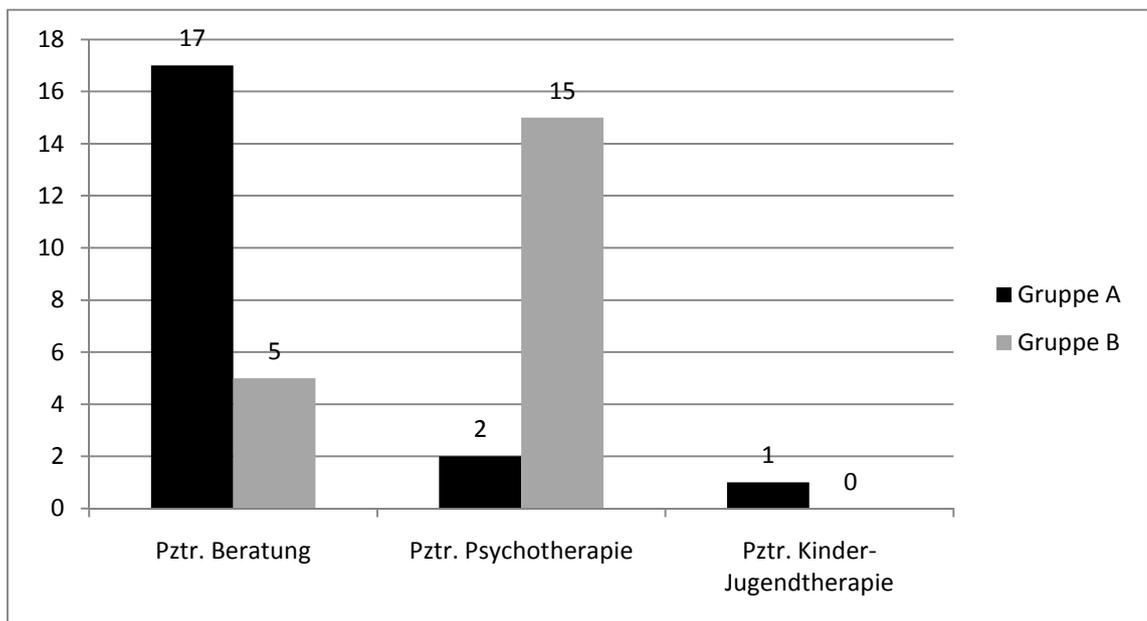


Abbildung 8: Personzentrierte Zusatzausbildungen

Neben den personzentrierten Zusatzausbildungen weist besonders die Gruppe B auch noch zahlreiche weitere absolvierte Zusatzausbildungen auf, wohingegen die Gruppe A nur eine einzige Nennung aufweist:

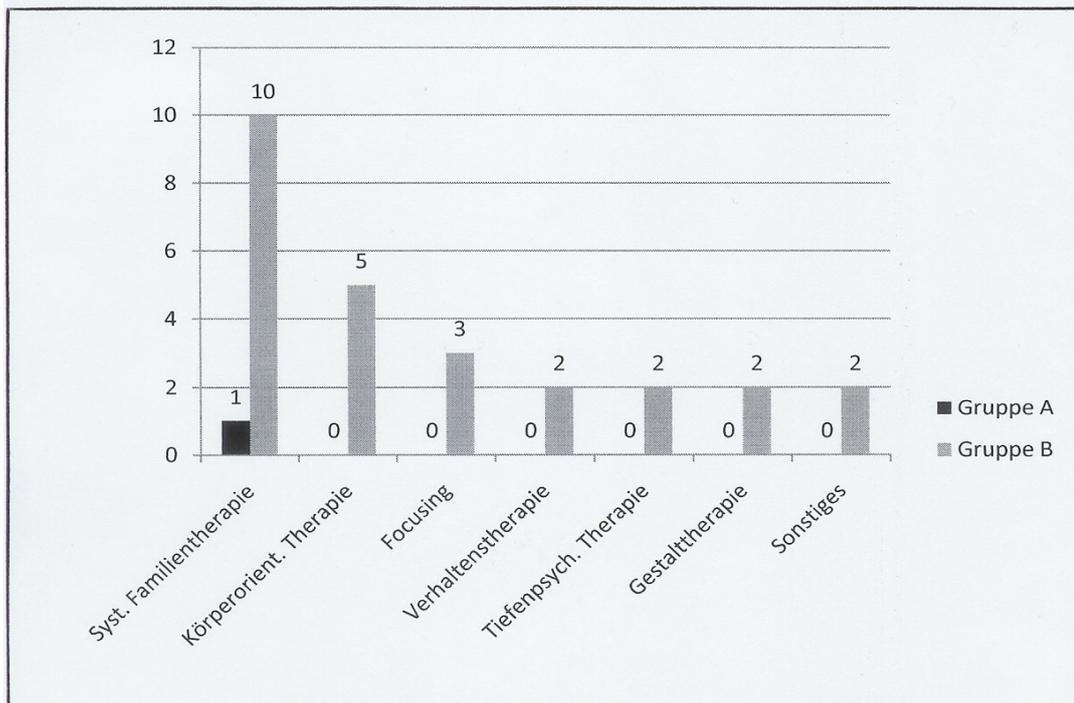


Abbildung 9: Weitere Zusatzausbildungen (Mehrfachnennungen möglich)

Die eine Nennung der Gruppe A hat ihre weitere Zusatzausbildung vor 4 Jahren absolviert, wohingegen die Berater der Gruppe B ihre weiteren Zusatzausbildungen vor durchschnittlich 11,3 Jahren absolviert haben. Hieraus wird deutlich, dass die Berater im Mittel zuerst die personenzentrierte, und erst später weitere Zusatzausbildungen absolviert haben.

Die Berater arbeiten nicht immer nur mit ganzen Familien, sondern auch mit Familienteilen, wie die folgende Abbildung 10 zeigt.

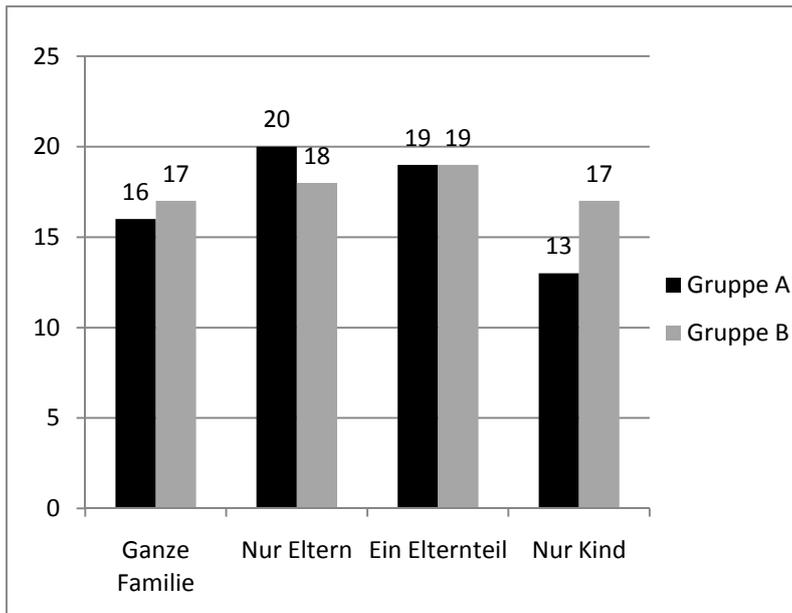


Abbildung 10: Setting der Beratung

Hier zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung zum Einen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen, und zum Anderen zwischen den Beratungssettings.

Zusammenfassend kann zu den beiden Untersuchungsgruppen folgendes gesagt werden:

Durch das Untersuchungsdesign konzeptionell vorgegeben ist, dass Gruppe A die personenzentrierte Zusatzausbildung relativ zeitnah abgeschlossen hat (vor durchschnittlich 2,9 Jahren), wohingegen die Ausbildung bei Gruppe B schon deutlich länger her ist (durchschnittlich 16,8 Jahre). Das impliziert, dass die Berater der Gruppe B schon deutlich länger auf Basis des Personenzentrierten Ansatzes beraterisch/therapeutisch mit Familien arbeiten.

Durch die große Heterogenität besonders der Berufe und Tätigkeitsfelder, aber auch der Alters- und Erfahrungsgrade, ist es gelungen, eine umfassende strukturelle Variation der Stichprobe zu erreichen.

## 12. Untersuchungsergebnisse

Der komplette Leitfaden des Interviews findet sich im Anhang (S. 175)

## 12.1. Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse

### F 1/ 2

Frage 1: „Wie waren Ihre Erfahrungen, die personenzentrierten Theorien als Grundlage für die Arbeit mit Familien zu nutzen?“

Frage 2: „Haben Sie die personenzentrierten Theorien für Ihre Arbeit erweitert?“

Diese skalierende Strukturierung auf einer Ordinalskala hat zu Frage 1 die Skalenpunkte

(Erfahrung positiv – Erfahrung eher positiv) – (Erfahrung eher negativ – Erfahrung negativ),

und zu Frage 2 die Skalenpunkte

(Konzept erweitert – Konzept eher erweitert) – (Konzept eher nicht erweitert – Konzept nicht erweitert).

Tabelle 2: Erfahrungen mit der Personenzentrierten Beratung mit Familien

Skalierungen	Nennungen	Gruppe A	Gruppe B
<b>F 1</b>			
Erfahrung positiv	6	7	5
Erfahrung eher positiv	6		
Erfahrung eher negativ	15	13	13
Erfahrung negativ	11		
Keine Angaben	2		
<b>F 2</b>			
Konzept erweitert	22	12	19
Konzept eher erweitert	9		
Konzept eher nicht erweitert	2	8	0
Konzept nicht erweitert	6		
Keine Angaben	1		

Ein Chi-Quadrat-Test ergab bei **F 2** in beiden Kategorien einen hoch-signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, in der oberen Kategorie von 7.02 und in der unteren Kategorie von 10.

Ein eindeutiges Ergebnis ergibt die **Frage 1**, nachdem nur 12 Berater (eher) positive Erfahrungen mit dem personenzentrierten Konzept in der Familienberatung gemacht haben, hingegen aber 26 Berater (eher) negative Erfahrungen machten.

Ebenso eindeutig das Ergebnis bei **Frage 2**. 31 Berater geben an, ihr personenzentriertes Theoriekonzept individuell erweitert zu haben, da es originär für die Familienberatung nicht hinreicht. Dagegen stehen nur 8 Berater, die angaben, ihr Theoriekonzept (eher) nicht erweitert zu haben.

**Frage 1** ergibt also eine deutliche Unzufriedenheit der Berater mit ihrem personenzentrierten theoretischen Konzept in der Familienberatung. Diese Unzufriedenheit zeigt sich relativ ausgeglichen in beiden Untersuchungsgruppen.

**Frage 2** ergibt die logische Schlussfolgerung aus Frage 1, nämlich, dass die Berater aufgrund dieser Unzufriedenheit ihr theoretisches Konzept erweitert haben, und zwar ebenfalls sehr deutlich (31 Berater zu 8 Berater). Hier zeigt sich zudem ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe A und Gruppe B. Während es in der Gruppe B keine einzige Nennung in der Kategorie „Konzept (eher) nicht erweitert“ gibt, weist Gruppe A hier immerhin 8 Nennungen auf.

Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die personenzentrierte Ausbildung vor rund 17 Jahren noch wesentlich individuumszentrierter angelegt war, was die Berater im Laufe ihrer Beratungstätigkeit zwang, ihr Konzept zu erweitern. Hingegen kann vermutet werden, dass die Berater der Gruppe A, die ihre Ausbildung durchschnittlich vor rund 3 Jahren absolvierten, dort schon wesentlich mehr familientheoretisches Denken vermittelt bekamen, von welchem sie heute in der Beratungsarbeit mit Familien profitieren können.

#### **F 4/ 5**

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu den Fragen 4 und 5.

Frage 4: „Was ist für Sie heute eine Familie?“

Frage 5: „Was unterscheidet die Familie von einer Gruppe?“

Tabelle 3: Charakteristika von Familie

<b>Kategorien F 4/5</b>	<b>Gruppe A+B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
1. Bindungen vorhanden	29	13	16
2. Mehrere Generationen	28	14	14
3. System, Einheit, Verbundenheit	27	14	13
4. Dauerhaftes Zusammenleben	26	14	12
5. Emotionale Perspektive	20	13	7
6. Erziehungsverantwortung	13	4	9
7. Familien-Maxime	9	4	5
8. Strukturelle Perspektive	8	6	2
9. Wertschätzung, Akzeptanz	6	5	1

## **F 4/5**

### **1. Bindungen**

Definition: Zwischen den Familienmitgliedern bestehen, im Idealfall, sichere emotionale Bindungen.

Ankerbeispiel 1: „In der Familie sind besondere Bindungs- und Beziehungsmuster, die sind tiefer und langanhaltender“ (Gruppe A, Nr. 3).

Ankerbeispiel 2: „Also es ist in Familie etwas verbindlicher, weil eine engere emotionale Bindung da ist“ (Gr. B, Nr. 1).

### **2. Mehrere Generationen**

Definition: Eine Familie besteht aus mindestens zwei Generationen, einer Eltern- und einer Kindergeneration.

Ankerbeispiel 1: „Die Familie hat mehrere Generationen, also mindestens zwei Generationen“ (Gr. A, Nr. 1).

Ankerbeispiel 2: „Für mich gehört zur Familie, dass es mehrere Generationen sind, also mindestens zwei, und das war's“ (Gr. B, Nr. 1).

### **3. System, Einheit, Verbundenheit**

Definition: Eine Familie ist ein System, eine Einheit, bestehend aus den Familienmitgliedern, die miteinander verbunden sind.

Ankerbeispiel 1: „Familie ist ein soziales System mit Bindung, Beziehung, Liebe und positiver Abhängigkeit zwischen den Familienmitgliedern“ (Gr. A, Nr. 13).

Ankerbeispiel 2: „Man kann eine Familie als ein System sehen, ein System, was gemeinsame Definitionen hat, identitätsbildend ist bei den einzelnen Mitgliedern und darüber hinaus aus einzelnen Personen besteht und einen großen Einfluss hat auf das Selbsterleben der Mitglieder“ (Gr. B, Nr. 8).

### **4. Dauerhaftes Zusammenleben**

Definition: Eine Familie lebt dauerhaft unter einem Dach zusammen, besteht aber durch die Bindungen auch noch, wenn ein erwachsenes Kind auszieht.

Ankerbeispiel 1: „Ich glaube, die einzige Gemeinsamkeit von allen familiären Modellen ist das gemeinsame Dach über dem Kopf, es gibt ja so viele unterschiedliche Varianten von Familie“ (Gr. A, Nr. 18).

Ankerbeispiel 2: „Sie sollten aber zusammen leben, das macht für mich schon eine Kernfamilie aus (...) Familie ist dauerhafter. Selbst wenn man sich trennt, bleibt man doch irgendwo noch verbunden“ (Gr. B, Nr. 19).

### **5. Emotionale Perspektive**

Definition: Zwischen den Familienmitgliedern besteht eine einzigartige Liebe, Intimität, Körperlichkeit, die den Familienmitgliedern Geborgenheit gibt.

Ankerbeispiel 1: „Zuwendung, Körperlichkeit, Intimität, Schutz, Geborgenheit“ (Gr. A, Nr. 16).

Ankerbeispiel 2: „Kuscheln heißt Geborgenheit, heißt Körperlichkeit, und das Gefühl, akzeptiert zu werden“ (Gr. B, Nr. 14).

## **6. Erziehungsverantwortung von Eltern für Kinder**

Definition: Die Elterngeneration hat die Pflicht und Verantwortung, die Kinder zu erziehen.

Ankerbeispiel 1: „In einer Familie hat die ältere Generation eine Verantwortung und Verpflichtung gegenüber der jüngeren, es ist also keine Gleichwertigkeit“ (Gr. A, Nr. 4)

Ankerbeispiel 2: „Die Elterngeneration hat gegenüber der Kindergeneration eine Verantwortung, nämlich Erziehung, Pflege, Finanzierung, Vermittlung von Werten, Normen usw.“ (Gr. B, Nr. 20)

## **7. Familienmaxime**

Definition: Jede Familie hat ihre charakteristischen Werte, Normen und Regeln, die sich zu einer Familienmaxime verdichten lassen und von der Elterngeneration an die Kindergeneration weitergegeben werden.

Ankerbeispiel 1: „Also es müssen auf jeden Fall zwei Generationen sein, und die ältere Generation gibt ihre Werte und Normen an die jüngere weiter“ (Gr. A, Nr. 4).

Ankerbeispiel 2: „Wichtig finde ich zu betonen, dass es in Familie etwas übergeordnetes gibt, so etwas wie eine Familienmaxime, wo die Geschichte, die Werte, Normen und Regeln dieser Familie enthalten sind und die sie auch von allen anderen Familien unterscheidet“ (Gr. B, Nr. 16).

## **8. Strukturelle Perspektive**

Definition: Eine Familie besteht aus einem gegengeschlechtlichen Paar mit ihrem leiblichen Kind.

Ankerbeispiel 1: „Eine Familie ist Mutter-Vater-Kind, und auch nur in dieser Konstellation“ (Gr. A, Nr. 2)

Ankerbeispiel 2: „Also Familie besteht aus Mann und Frau und einem Kind, mindestens einem“ (Gr. B, Nr. 14)

## **9. Wertschätzung, Akzeptanz:**

Definition: In einer Familie herrscht gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz zwischen den Familienmitgliedern.

Ankerbeispiel 1: „Familie sollte ein weitgehend spannungsfreier Raum sein mit gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz“ (Gr. A, Nr. 3).

Ankerbeispiel 2: „ (...) und das Gefühl, akzeptiert zu werden, willkommen zu sein, so ein Grundgefühl von Angenommen-Sein (...)“ (Gr. B, Nr. 14)

## **Zusammenfassende Auswertung:**

Ein Chi-Quadrat-Test ergab in diesen Kategorien keine Signifikanzen. Die Berater beziehen sich in den Kategorien zu großen Teilen auf die in der Literatur genannten Charakteristika von Familie (siehe Kapitel 4).

Hervorzuheben ist der große Zuspruch zur Kategorie „System, Einheit, Verbundenheit“ mit 27 Nennungen. In beiden Untersuchungsgruppen ist somit überwiegend die Meinung vertreten, dass die Familie ein System ist, eine Meinung, die originär aus den systemischen Schulen hervortrat, und nicht aus dem Personenzentrierten Ansatz.

Hingegen rekurrieren nur 6 Nennungen (von insgesamt 160 Nennungen) auf den klassischen Kern einer personenzentrierten Beziehungstheorie, nämlich die

Kategorie „Wertschätzung und Akzeptanz“. Diese Kategorie findet sich als, im Idealfall, charakteristisch für Familien hier auf dem letzten Platz.

## F 6

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu der Frage 6.

Frage 6: „Wie geschieht wechselseitige Beeinflussung zwischen den Familienmitgliedern?“

Tabelle 4: Ebenen der Kommunikation

Kategorien F 6	Gruppe A+ B	Gruppe A	Gruppe B
1. Verbal	31	18	13
2. Non-verbal	29	18	11
3. Gemeinsame Erfahrungen, Muster	26	17	9
4. Atmosphäre, Stimmungen	6	3	3

### 1. Verbal

Definition: Familienmitglieder kommunizieren und interagieren verbal miteinander.

Ankerbeispiel 1: „ (...) natürlich über Sprache (...)“ (Gr. A, Nr. 7).

Ankerbeispiel 2: „Über verbale Kommunikation (...)“ (Gr. B, Nr. 20)

### 2. Non-verbal

Definition: Familienmitglieder kommunizieren und interagieren non-verbal miteinander.

Ankerbeispiel 1: „ (...) Mimik, Gestik, Körperhaltung“ (Gr. A, Nr. 10).

Ankerbeispiel 2: „Aber dann auch non-verbal, was weiß ich, indem der Eine dem Anderen Arbeit abnimmt oder so und schaut, was der braucht“ (Gr. B, Nr. 12).

### **3. Gemeinsame Erfahrungen, Muster, Beziehungen**

Definition: Familienmitglieder kommunizieren und interagieren durch gemeinsame Erfahrungen, Interaktionsmuster auf dem Hintergrund ihrer Beziehungen miteinander.

Ankerbeispiel 1: Vieles geschieht in Familie aber auch einfach so, d.h. natürlich nicht wirklich einfach so, sondern eher unsichtbar, ich denke, basierend auf Familienregeln, gemeinsamen Erfahrungen über die Jahre“ (Gr. A, Nr. 19).

Ankerbeispiel 2: Aber in der Familie bilden sich Kommunikationsmuster, also wiederkehrende Abläufe und diese Muster bilden sich nicht zufällig, sondern auf dem Hintergrund des Familiengeistes, der gemeinsamen Geschichte usw.“ (Gr. B, Nr. 16).

### **4. Atmosphäre, Stimmungen**

Definition: Familienmitglieder kommunizieren und interagieren über Atmosphäre und Stimmungen, die zunächst nur für die Familienmitglieder wahrnehmbar sind.

Ankerbeispiel 1: „Auch über Klima oder Atmosphäre findet Kommunikation statt“ (Gr. A, Nr. 4).

Ankerbeispiel 2: „Ich glaube aber auch, dass in Familie ganz viel über Atmosphäre und Stimmung kommuniziert wird. Das wird nicht offen ausgesprochen, aber jeder bekommt es mit und reagiert darauf“ (Gr. B, Nr. 19).

### **Zusammenfassende Auswertung:**

Der Chi-Quadrat-Test ergab bei der Kategorie 2 (Non-verbal) einen signifikanten Unterschied zwischen Gruppe A und B von 6.14 und bei der Kategorie 3 (Gemeinsame Erfahrungen, Muster) einen hoch-signifikanten Unterschied von 7.03.

Dies bedeutet, dass die Gruppe B diesen Kategorien deutlich weniger Bedeutung beimisst, als Gruppe A.

Für die Gruppe B ist die verbale Ebene der Kommunikation maßgeblich. Hypothetisch könnte vermutet werden, dass die größere psychotherapeutische Praxisausrichtung der Gruppe B diesen Fokus auf die verbale Ebene ausgelöst hat.

## F 7

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu der Frage 7.

Frage 7: „Welche Risikofaktoren gibt es innerhalb und außerhalb von Familien, die eine Störung begünstigen oder verursachen können?“

Tabelle 5: Risikofaktoren für Familien

Kategorien F 7	Gruppe A+ B	Gruppe A	Gruppe B
1. Sozio-ökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit, finanzielle Nöte, schlechtes Wohnumfeld)	40	20	20
2. Psychische Krankheit eines Elternteils	33	17	16
3. Faktoren auf Elternebene (Scheidung, schlechte Paarbeziehung, Überforderung der Eltern)	28	12	16
4. Physische Krankheit eines Familienmitgliedes	21	8	13
5. Gestörte Kommunikation/ Interaktion	18	11	7
6. Gewalt (physisch, psychisch, sexuell)	18	9	9
7. Unfall, Behinderung, Tod eines Familienmitgliedes	14	6	8
8. Zu wenig Zeit füreinander	9	5	4
9. Mangelnde Liebe, Fürsorge, Interesse	7	5	2
10. Keine Adaptierfähigkeit an familiäre Entwicklungsaufgaben	6	3	3
11. Schlechte Eltern-Kind Bindungsqualität	3	1	2

Die Risikofaktoren wurden von den Beratern konkret benannt, so dass eine jeweilige Definition mit erläuternden Ankerbeispielen hier überflüssig erscheint.

**Zusammenfassende Auswertung:**

Der Chi-Quadrat-Test ergab bei diesen Kategorien keine Signifikanzen zwischen den beiden Gruppen. Die Berater beziehen sich eindeutig auf psychosoziale Entwicklungsgefährdungen und nicht auf biologische. Die genannten Risikofaktoren decken sich generell mit der Literatur (vgl. Kapitel 4.4.1).

Interessant ist, dass sich auf den vorderen Plätzen eher extra-familiäre Faktoren finden als inner-familiäre Faktoren und dem personzentrierten Konzept näher stehende (Beziehungs-)faktoren wie Kommunikation, Zeit füreinander haben, Liebe.

**F 8**

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu der Frage 8.

Frage 8: „Welche Schutzfaktoren gibt es innerhalb und außerhalb von Familien, die eine Störung verhindern oder abmildern können?“

Tabelle 6: Schutzfaktoren für Familien

Kategorien F 8	Gruppe A+ B	Gruppe A	Gruppe B
1. Sozio-ökonomische Faktoren (Soziales Netzwerk, finanzielle Sicherheit, gutes Wohnumfeld)	26	12	14
2. Offene Kommunikation und Interaktion	20	11	9
3. Zusammenhalt, Vertrauen, Liebe	18	11	7
4. Akzeptanz, Wertschätzung des Einzelnen	14	7	7
5. Offenheit, Flexibilität für Veränderungen	10	5	5
6. Balance zwischen Individualität und Gemeinsamkeit	8	4	4
7. Empathie, Einfühlung, Interesse	7	4	3
8. Sichere Bindungen	7	2	5
9. Fähigkeit zur konstruktiven Auseinandersetzung	6	3	3
10. Gute Paarbeziehung	5	2	3

Die Schutzfaktoren wurden von den Beratern konkret benannt, so dass eine jeweilige Definition mit erläuternden Ankerbeispielen hier überflüssig erscheint.

**Zusammenfassende Auswertung:**

Auch bei diesen Kategorien ergab der Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die Berater nennen ausschließlich familiäre und extrafamiliäre Ressourcen, welche ebenfalls weitestgehend der Literatur entsprechen (vgl. Kapitel 4.4.2). Personale Ressourcen werden nicht genannt.

Interessant ist, dass die personenzentrierte Kernvariable „Akzeptanz, Wertschätzung“ in der Häufigkeit der Nennungen nur im Mittelfeld erscheint, und die personenzentrierte Kernvariable „Empathie, Einfühlung, Interesse“ sogar nur im letzten Drittel.

## F 9

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu der Frage 9.

Frage 9: „Bei wem muss eine Veränderung ansetzen, um eine Störung zu beheben?“

Tabelle 7: Ansatzpunkte für Veränderung

Kategorien F 9	Gruppe A+ B	Gruppe A	Gruppe B
1. Ganze Familie	20	9	11
2. Elternpaar	16	10	6
3. Dem einen Familienmitglied mit dem größten Leidensdruck	4	0	4

### 1. Ganze Familie, weil Familie ist ein System

Definition: Die Veränderung muss bei der ganzen Familie ansetzen, da die Familie ein System ist, bei dem alle Mitglieder miteinander verbunden sind und aufeinander einwirken.

Ankerbeispiel 1: „Bei allen. Bei einer Störung ist eine Schiefelage in der Familie da, von der alle betroffen sind und in der sich auch alle anders verhalten“ (Gr. A, Nr. 5).

Ankerbeispiel 2: „Ich denke, dass die Veränderung bei allen ansetzen muss, bei der ganzen Familie“ (Gr. B, Nr. 16).

### 2. Elternpaar

Definition: Die Veränderung muss bei dem Elternpaar ansetzen, da die Probleme ursächlich auf der Paar- und Elternebene entstehen.

Ankerbeispiel 1: „Bei den Eltern. Das Kind sehe ich nur als Symptomträger für Probleme der Eltern“ (Gr. A, Nr. 2)

Ankerbeispiel 2: „Also in der Regel sind ja die Kinder, wenn sie klein genug sind, die Symptomträger und ich glaube schon, dass es sinnvoll ist, erst mal mit der Elternebene anzusetzen mit Interventionen (...)“ (Gr. B, Nr. 1).

### **3. Dem einen Familienmitglied mit dem größten Leidendruck**

Definition: Die Veränderung muss bei dem Familienmitglied mit dem größten Leidensdruck ansetzen, da dieser auch die größte Motivation zur Veränderung besitzt.

Ankerbeispiel 1: In Gruppe A keine Nennung.

Ankerbeispiel 2: „Ich würde jetzt nicht so einen Druck ausüben, dass die ganze Familie kommen muss. Der, der meisten darunter leidet vielleicht und der, der sich verantwortlich fühlt, dass sind sicher so die Ansprechpartner“ (Gr. B, Nr. 9).

#### **Zusammenfassende Auswertung:**

Der Chi-Quadrat-Test ergab bei der Kategorie 3 (Dem einen Familienmitglied mit dem größten Leidensdruck) einen signifikanten Unterschied zwischen Gruppe A und B von 4.44. Gruppe B misst der Arbeit mit einem einzelnen Familienmitglied mehr Bedeutung zu als Gruppe A, die hier keine Nennung hat. Auch dies könnte man auf die vermutlich individualistischer geprägte Ausbildung der Gruppe B zurückführen, die noch eher gelernt haben, den *einzelnen* Menschen in den Fokus zu nehmen, wobei insgesamt zu betonen ist, dass der Beratungsarbeit mit der ganzen Familie und dem Elternpaar ganz deutlich Vorrang gegeben wird vor der Arbeit mit dem einzelnen belasteten Menschen, so wie es der Personzentrierten Beratung originär zuzuordnen wäre.

#### **F 10**

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zu der Frage 10.

Frage 10: „Was denken Sie, wie und wo in einer Familie Veränderung geschehen kann?“

Tabelle 8: Ebenen der Veränderung

<b>Kategorien F 10</b>	<b>Gruppe A+ B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
1. Auf Elternebene	21	12	9
2. Auf familiärer Ebene	15	7	8
3. Auf individueller Ebene	12	8	4

### **1. Auf Elternebene**

Definition: Eltern sehen und verstehen ihre Anteile an den familiären Problemen und verändern ihr Verhalten, was auf die ganze Familie wirkt und das Problem auflöst.

Ankerbeispiel 1: „Durch Verbesserung der Kommunikation unter den Eltern. Der Berater muss bei den Eltern ein Problembewusstsein erreichen, dass die Eltern auch ihre Anteile am Problem sehen und erkennen“ (Gr. A, Nr. 2).

Ankerbeispiel 2: Die Veränderung setzt immer bei den Eltern an. Wenn sich bei den Eltern was verändert, dann verändert sich auch was beim Kind“ (Gr. B, Nr. 13).

### **2. Auf familiärer Ebene**

Definition: Die Familie entwickelt Einsicht in ihre dysfunktionalen Muster und Ordnungen. Dann kann Veränderung stattfinden, diese Muster aufgelockert werden und sich eine neue Ordnung herstellen.

Ankerbeispiel 1: „Ich glaube, dass in Krisensituationen die herrschenden Familienregeln und –rituale hinterfragt werden, Therapie wäre dann, mit allen Familienmitgliedern neue Rituale und neue Regeln zu finden, wo sich alle wohl fühlen“ (Gr. A, Nr. 18).

Ankerbeispiel 2: „Meine Aufgabe als Therapeutin ist eigentlich, die Familie in ihren festgefahrenen Mustern zu verstören und zu neuen Mustern oder Sichtweisen zu ermutigen“ (Gr. B, Nr. 10).

### **3. Auf individueller Ebene**

Definition: Ein Verstehen des Einzelnen über sein Problem im Kontext seiner familiären Beziehungen. Durch das Verstehen ändert der Einzelne sein Verhalten, was dann die gesamte Familie ändert.

Ankerbeispiel 1: „Also so vom Einzelnen in die Familie, das ist der Weg. Wenn der Einzelne sich besser versteht, dann kann er auch in der Familie seine Funktion wieder besser wahrnehmen (...)“ (Gr. A, Nr. 4).

Ankerbeispiel 2: „Das denke ich, dass es reicht bei Einem, weil ich mir mit Familie so ein System von Zahnrädern vorstelle, und wenn man jetzt das Laufen eines Zahnrades ändert, dann ändern sich die anderen zwangsläufig (...)“ (Gr. B, Nr. 12).

#### **Zusammenfassende Auswertung:**

Der Chi-Quadrat-Test ergab bei diesen Kategorien keine Signifikanzen zwischen den beiden Gruppen.

Auch bei den Ebenen der Veränderung verlassen die personzentrierten Berater ihren individuumszentrierten Ansatz und sehen die Elternebene und die familiäre Ebene als bedeutsamer an als die individuelle Ebene.

#### **F 12**

In der folgenden Tabelle finden sich die Kategorien zur der Frage 12.

Frage 12: „Brauchen die personzentrierten Berater eine personzentrierte Theorie der Familie?“

Tabelle 9: Personzentrierte Theorieerweiterung auf Familie

<b>Kategorien F 12 Gründe für „Ja“</b>	<b>Gruppe A+ B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
1. Personztr. Berater brauchen eine Theorie über familiäre Beziehungen und Dynamiken, um Theorie-Praxis-kohärent handeln zu können	30	12	17
2. Das Verhalten und Erleben einer Familie ist nicht gleichzusetzen mit dem Verhalten und Erleben des Einzelnen	6	0	6
3. Eine personztr. Theorie der Familie ist in den Theorien von Rogers implizit schon enthalten, sollte aber noch explizit ausgearbeitet werden zu einer eigenen Theorie	4	1	3
<b>Gründe für „Nein“</b>			
4. Personztr. Theorien reichen aus. Sie gelten für den Einzelnen genauso wie für Familien.	7	7	0

(Mehrfachnennungen möglich)

### Gründe für „Ja“

#### **1. Personzentrierte Berater brauche eine Theorie über familiäre Beziehungen und Dynamiken, um Theorie-Praxis-kohärent handeln zu können.**

Ankerbeispiel 1: „Ja, so eine Theorie würde uns sicher viel bringen, auch für die Praxis. Wir personzentrierte Berater müssten dann nicht auf Familien-Theorien anderer Verfahren zurückgreifen“ (Gr. A, Nr. 13).

Ankerbeispiel 2: „Ja, das brauchen wir unbedingt, damit unser praktisches Handeln auch theoretisch fundiert ist“ (Gr. B, Nr. 13).

**2. Das Verhalten und Erleben einer Familie ist nicht gleichzusetzen mit dem Erleben und Verhalten des Einzelnen.**

Ankerbeispiel 1: Keine Nennung in Gruppe A.

Ankerbeispiel 2: „Der einzelne Mensch, den man ja durchaus auch als System sehen kann, aber das System „einzelner Mensch“ tickt anders als das System „Familie“ und muss deswegen auch anders behandelt werden. Also, langer Rede, kurzer Sinn, wir brauchen personzentrierte Konzepte, die Familien beschreiben“ (Gr. B, Nr. 15).

**3. Eine personzentrierte Theorie der Familie ist in den Theorien von Rogers implizit schon enthalten, sollte aber noch explizit ausgearbeitet werden zu einer eigenen Theorie.**

Ankerbeispiel 1: „Ja, das fände ich schon sehr interessant. Die personzentrierte Theorie beschäftigt sich ja eh schon auch mit sozialem Miteinander und der Begegnung zwischen Menschen. Das noch mal dezidiert auseinander zu nehmen und zu betrachten, fände ich sehr interessant“ (Gr. A, Nr. 4).

Ankerbeispiel 2: „Der Personzentrierte Ansatz reicht zur Erklärung familiärer Dynamik nicht aus. Ich glaube, dass er aber erweitert werden kann, ohne sozusagen sein Gesicht zu verlieren, denn das systemische ist ja in den Arbeiten Rogers grundsätzlich schon enthalten, es müsste aber expliziter ausgearbeitet werden“ (Gr. B, Nr. 16).

**Gründe für „Nein“**

**4. Personzentrierte Theorien reichen aus. Sie gelten für den Einzelnen genauso wie für Familien.**

Ankerbeispiel 1: „Wäre sicherlich interessant, aber ich glaube, der personzentrierte Praktiker braucht das nicht für seine Praxis. Eine Familie ist zwar

eine Gruppe, besteht aber doch aus Individuen, und für Individuen reicht die personenzentrierte Theorie“ (Gr. A, Nr. 7).

Ankerbeispiel 2: Gruppe B keine Nennung.

### **Zusammenfassende Auswertung:**

Der Chi-Quadrat-Test ergab bei der Kategorie 2 (Das Verhalten und Erleben einer Familie ist nicht gleichzusetzen mit dem Verhalten und Erleben des Einzelnen) einen hoch-signifikanten Unterschied zwischen Gruppe A und B von 7.05 und bei der Kategorie 4 (Personenzentrierte Theorien reichen aus. Sie gelten für den Einzelnen genauso wie für Familien) einen hoch-signifikanten Unterschied von 8.48.

Dies bedeutet, dass die Berater der Gruppe B ausschließlich die Ansicht vertreten, dass die personenzentrierten Theorien so nicht ausreichend sind für die Beratung von Familien und einer Erweiterung bedürfen. Hier wird ein empfundener Mangel der Gruppe B deutlich.

Dahingegen vertreten die Berater der Gruppe A eher auch die Ansicht, dass die personenzentrierten Theorien auch für die Arbeit mit Familien ausreichen.

Die nun schon öfters genannte Hypothese, dass die Gruppe A in ihrer Ausbildung Familientheorien (wenn auch nicht personenzentrierte) schon vermittelt bekam, könnte auch hier gelten.

### **12.2. Reliabilitätskontrolle**

Zur Reliabilitätskontrolle wurden zwei externe Fachleute gebeten, eine Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Interviews zu kodieren, um zu überprüfen, ob die Fundstellen richtig (d.h. genauso wie der Autor) zu den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden. In 10 zufällig ausgewählten Interviews fanden sich insgesamt 201 Fundstellen, davon wurden vom ersten Kodierer 172 Fundstellen richtig zugeordnet (84,2%) und vom zweiten Kodierer wurden 185 Fundstellen richtig zugeordnet (90,6%). Dies ergibt einen Mittelwert von 178,5 richtigen Zuordnungen (87,4%). Durch dieses deutliche Ergebnis ist die Reliabilität des entworfenen Kategoriensystems hinreichend belegt.

Tabelle 10: Reliabilitätskontrolle

	<b>Kodierer 1</b>	<b>Kodierer 2</b>	<b>M</b>
<b>Richtig zugeordnet</b>	172	185	178,5
<b>Nicht richtig zugeordnet</b>	29	16	22,5
<b>Gesamt</b>	201	201	201

### **13. Auswertung der beiden Fragebogen**

Zur Unterstützung der qualitativen Interviews wurden zwei selbst entwickelte Fragebogen verwendet (siehe Anhang S. 184 u. 186), welche die Berater während des Interviews ausfüllten. Ziel dieses Vorgehens war es, zu überprüfen, ob das qualitativ entworfene Bild auch quantitativ seine Bestätigung findet, oder ob die Berater im Fragebogen anders skalieren.

#### **13.1. Theorieansätze:**

**Frage 1:** Mich interessiert, welche Wissensbestandteile Sie dabei herangezogen haben, mit welchem Wissen Sie also Ihre gelernten personenzentrierten Theorien erweitert haben?

13.1. Theorieansätze (Fort-, Aus-, Weiterbildungen, Fachliteratur, Vorträge, Seminare)

Skalierung von 1 (unwichtig) bis 6 (sehr wichtig)

### F 1.1. Bedeutung systemischer Theorien:

Tabelle 11:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	0	0	0
<b>2</b>	6	15,0	15,0
<b>3</b>	4	10,0	25,0
<b>4</b>	9	22,5	47,5
<b>5</b>	14	35,0	82,5
<b>6 (sehr wichtig)</b>	7	17,5	100,0

Unterteilen wir die Skalierung in 1 – 3 (eher unwichtig) und 4 – 6 (eher wichtig) dann halten 25,0 % der Befragten die Bedeutung der systemischen Theorien für eher unwichtig und 75,0 % der Befragten für eher wichtig. Offensichtlich wird der systemische Ansatz als dem personzentrierten Konzept verwandt angesehen und als sehr bedeutsam für die Beratung von Familien. Es ergibt sich ein hoher Mittelwert beider Gruppen von 4,30 (siehe Anhang S. 180)

### F 1.2. Bedeutung soziologischer Theorien

Tabelle 12:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	10	25,0	25,0
<b>2</b>	8	20,0	45,0
<b>3</b>	11	27,5	72,5
<b>4</b>	7	17,5	90,0
<b>5</b>	4	10,0	100,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	0	0	100,0

72,5 % der Befragten halten die soziologischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 27,5 % für eher wichtig (4-6). Es ergibt sich ein eher niedriger Mittelwert beider Gruppen von 2,68 (siehe Anhang S. 180)

### F 1.3. Bedeutung psychodramatischer Theorien

Tabelle 13:

#### Häufigkeitstabelle Gruppe A+ B zusammen

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	21	52,5	52,5
<b>2</b>	14	35,0	87,5
<b>3</b>	3	7,5	95,0
<b>4</b>	2	5,0	100,0
<b>5</b>	0	0	100,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	0	0	100,0

95,0 % der Befragten halten die psychodramatischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 5,0 % für eher wichtig (4-6). Es ergibt sich ein eher niedriger Mittelwert beider Gruppen von 1,65 (siehe Anhang S. 180)

### F 1.4. Bedeutung gestalttherapeutischer Theorie

Tabelle 14:

#### Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	11	27,5	27,5
<b>2</b>	14	35,0	62,5
<b>3</b>	9	22,5	85,0
<b>4</b>	2	5,0	90,0
<b>5</b>	3	7,5	97,5
<b>6 (sehr wichtig)</b>	1	2,5	100,0

85,0 % der Befragten halten die gestalttherapeutischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 15,0 % für eher wichtig (4-6). Obwohl die Gestalttherapie auch der Humanistischen Psychologie zuzuordnen ist, empfinden die Berater hier keine Nähe zu den theoretischen Konzepten der Gestalttherapie. Es ergibt sich ein gemeinsamer Mittelwert beider Gruppen von 2,38 (siehe Anhang S. 180)

#### F 1.5. Bedeutung verhaltenstherapeutischer und kognitiver Theorien

Tabelle 15:

##### Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	6	15,0	15,0
<b>2</b>	15	37,5	52,5
<b>3</b>	12	30,0	82,5
<b>4</b>	4	10,0	92,5
<b>5</b>	3	7,5	100,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	0	0	100,0

82,5 % der Befragten halten die verhaltenstherapeutischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 17,5 % für eher wichtig (4-6). Es ergibt sich ein gemeinsamer Mittelwert beider Gruppen von 2,58 (siehe Anhang S. 180)

#### F 1.6. Bedeutung tiefenpsychologischer Theorien

Tabelle 16:

##### Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (eher unwichtig)</b>	12	30,0	30,0
<b>2</b>	13	32,5	62,5
<b>3</b>	7	17,5	80,0
<b>4</b>	6	15,0	95,0
<b>5</b>	1	2,5	97,5
<b>6 (sehr wichtig)</b>	1	2,5	100,0

80,0 % der Befragten halten die tiefenpsychologischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 20,0 % für eher wichtig (4-6). Vergleicht man die beiden Mittelwerte der Gruppen A und B ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .011$ ).

( $t = 2.675$  ;  $df = 38$  ;  $p = .011$ ). Während Gruppe A die Bedeutung eher niedrig einstuft ( $M = 1,85$ ), bewertet Gruppe B die Bedeutung eher mittelmäßig ( $M = 2,85$ ).

Auch dies könnte mit der individualpsychologischeren Ausbildung der Gruppe B erklärt werden.

### F 1.7. Bedeutung kunsttherapeutischer Theorien

Tabelle 17:

#### Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
1 (unwichtig)	25	62,5	62,5
2	6	15,0	77,5
3	5	12,5	90,0
4	4	10,0	100,0
5	0	0	100,0
6 (sehr wichtig)	0	0	100,0

90,0 % der befragten halten die kunsttherapeutischen Theorien für eher unwichtig (1-3) und 10,0 % für eher wichtig (4-6). Es ergibt sich ein eher niedriger Mittelwert beider Gruppen von 1,70 (siehe Anhang S. 181)

### F 1.8. Bedeutung lösungsorientierter Theorien

Tabelle 18:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	8	20,0	20,0
2	7	17,5	37,5
3	12	30,0	67,5
4	9	22,5	90,0
5	3	7,5	97,5
<b>6 (sehr wichtig)</b>	1	2,5	100,0

67,5 % der Befragten halten die lösungsorientierten Theorien für eher unwichtig (1-3) und 32,5 % für eher wichtig (4-6). Es ergibt sich ein gemeinsamer Mittelwert beider Gruppen von 2,88 (siehe Anhang S. 181)

### F 1.9. Bedeutung körperorientierter Theorien

Tabelle 19:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	14	35,0	35,0
2	7	17,5	52,5
3	4	10,0	62,5
4	10	25,0	87,5
5	5	12,5	100,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	0	0	100,0

62,5 % der Befragten halten die körperorientierten Theorien für eher unwichtig (1-3) und 37,5 % für eher wichtig (4-6). Der hohe Mittelwert der Gruppe B (M = 3.05) könnte damit erklärt werden, dass immerhin 8 Berater der Gruppe B eine weitere

Zusatzausbildung in Focusing/ Körperorientierter Therapie gemacht haben.

Zusammen mit dem Mittelwert der Gruppe A (M = 2,20) ergibt sich ein gemeinsamer Mittelwert von 2,63 (siehe Anhang S. 181)

Tabelle 20:

**F.1.9.1. Zusammenfassung**

**Gesamtbedeutung anderer Theorien**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	2,56	2,43	2,70

Hier wird deutlich, dass die Gruppe B anderen Theorien generell etwas mehr Bedeutung zumisst, als Gruppe A, was wiederum auf eine größere Unzufriedenheit der Gruppe B schließen lässt.

Bringt man nun die Mittelwerte der Gruppen A und B in eine Hierarchie, ergibt sich folgende Reihenfolge:

Tabelle 21: **Hierarchie der Mittelwerte zur Bedeutung anderer Theorien**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>1. Systemische Theorien</b>	4,30	4,20	4,40
<b>2. Lösungsorientierte Theorien</b>	2,88	2,75	3,00
<b>3. Soziologische Theorien</b>	2,68	2,80	2,55
<b>4. Körperorientierte Theorien</b>	2,63	2,20	3,05
<b>5. Verhaltenstherapeutische &amp; kognitive Theorien</b>	2,58	2,45	2,70
<b>6. Gestalttherapeutische Theorien</b>	2,38	2,10	2,65
<b>7. Tiefenpsychologische Theorien</b>	2,35	1,85	2,85
<b>8. Kunsttherapeutische Theorien</b>	1,70	1,95	1,45
<b>9. Psychodrama-Theorien</b>	1,65	1,65	1,65

Testet man den Mittelwert des ersten Platzes (Systemische Theorien,  $M = 4,30$ ) gegen den Mittelwert des zweiten Platzes (Lösungsorientierte Theorien,  $M = 2,88$ ), ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .000$ ).

( $t = 5,635$  ;  $df = 39$  ;  $p = .000$ )

Testet man weiterhin den höchsten genannten Mittelwert (Körperorientierte Theorien, Gruppe B,  $M = 3,05$ ) gegen die gleiche Gruppe der systemischen Theorien (Gruppe B,  $M = 4,40$ ) so ergibt sich ebenfalls eine statistische Signifikanz ( $p = .019$ ).

( $t = 2,574$  ;  $df = 19$  ;  $p = .019$ )

Die Berater beider Gruppen messen somit den systemischen Theorien signifikant mehr Bedeutung zu als den anderen genannten Theorien.

### 13.2. Weitere Lernfelder

Tabelle 22:

F 2: **Bedeutung praktischer Berufserfahrung**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	4,78	4,70	4,85
<b>Standardabweichung s</b>	.97	1.08	.87

Der Mittelwert beider Gruppen ist sehr hoch. Beide Gruppen halten die praktische Berufserfahrung für sehr bedeutsam in der Bildung theoretischer Annahmen.

Tabelle 23:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	0	0	0
2	2	5,0	5,0
3	1	2,5	7,5
<b>4</b>	9	22,5	30,0
<b>5</b>	20	50,0	80,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	8	20,0	100,0

7,5 % der Befragten halten die praktische Berufserfahrung für eher unwichtig (1-3) und 92,5 % für eher wichtig (4-6).

Tabelle 24:

F 3: **Bedeutung biographisch-familiärer Erfahrungen:**

	Gruppe A + B	Gruppe A	Gruppe B
<b>Mittelwert M</b>	4,33	4,05	4,60
<b>Standardabweichung s</b>	1.24	1.31	1.14

Der Mittelwert beider Gruppen ist sehr hoch. Beide Gruppen halten die eigenen biographisch-familiären Erfahrungen der Berater für sehr bedeutsam in der Bildung theoretischer Annahmen.

Tabelle 25:

**Häufigkeitstabelle A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	0	0	0
<b>2</b>	4	10,0	10,0
<b>3</b>	7	17,5	27,5
<b>4</b>	8	20,0	47,5
<b>5</b>	14	35,0	82,5
<b>6 (sehr wichtig)</b>	7	17,5	100,0

27,5 % der Befragten halten die eigenen biographisch-familiären Erfahrungen für eher nicht wichtig (1-3) und 72,5 % für eher wichtig (4-6).

Tabelle 26: **Bedeutung theoretischer Annahmen**

Frage 11: Welche Bedeutung haben theoretische Annahmen generell für Ihre praktische Beratertätigkeit?

	Gruppe A + B	Gruppe A	Gruppe B
<b>Mittelwert M</b>	4,48	4,60	4,35
<b>Standardabweichung s</b>	1.03	1.23	.81

Der Mittelwert beider Gruppen ist sehr hoch. Beide Gruppen sehen theoretische Annahmen generell für bedeutsam und wichtig an für ihre praktische Beratertätigkeit. Damit folgen sie der theoriegeleiteten Begründung der personzentrierten Therapie/ Beratung durch Carl Rogers, welcher eine entsprechende Fundierung (Persönlichkeitstheorie, Störungstheorie, Therapietheorie) entwarf.

Tabelle 27:

**Häufigkeitstabelle Gruppe A + B zusammen**

Skalierung	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozent
<b>1 (unwichtig)</b>	0	0	0
<b>2</b>	2	5,0	5,0
<b>3</b>	6	15,0	20,0
<b>4</b>	7	17,5	37,5
<b>5</b>	21	52,5	90,0
<b>6 (sehr wichtig)</b>	4	10,0	100,0

20 % der Befragten halten theoretische Annahmen generell für ihre praktische Beratungstätigkeit für eher unwichtig (1-3) und 80 % der Befragten für eher wichtig (4-6).

**13.3. Fragebogen zu systemischen Beratungsmethoden (Anhang S. 179)**

Wie sich schon in den Pre-Tests zeigte, und später in der Gesamtstichprobe durchsetzte, beinhalten die theoretischen Annahmen der Berater sehr viel systemisches und lösungsorientiertes Gedankengut. Als „Zusatz“ zu der hier vorgelegten Studie der theoretischen Annahmen, sollte die Chance der Interviews genutzt werden, um zu prüfen, ob das systemisch/ lösungsorientierte Denken auch methodisch in der Beratungspraxis umgesetzt wird, oder ob es nur auf der Ebene der Kognitionen bleibt.

„In welchem Maße setzen Sie die jeweilige systemische Methode in Ihrer Beratungspraxis um?“

In diesem Fragebogen gibt es folgende Skalierung:

- 1 (gar nicht)
- 2 (wenig)
- 3 (häufig)
- 4 (sehr häufig)

Hier kann man noch zusammenfassen in „eher wenig“ (1 und 2) und „eher häufiger“ (3 und 4).

Tabelle 28:

**M 1: Zirkuläres Fragen**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	2,57	2,05	3,10

Vergleicht man die beiden Mittelwerte der Gruppen A und B, ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .000$ ).

( $t = -4,114$  ;  $df = 38$  ;  $p = .000$ ). Die Gruppe B verwendet das zirkuläre Fragen also signifikant häufiger als Gruppe A.

45,0% der Befragten verwenden das zirkuläre Fragen eher wenig und 55,0 % eher häufig.

Tabelle 29:

**M 2: Wunderfrage**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	2,57	2,30	2,85

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine mittelmäßige Verwendung der Wunderfrage.

40,0 % der Befragten verwenden die Wunderfrage eher wenig und 60 % eher häufig.

Tabelle 30:

**M 3: Genogramm**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,87	1,65	2,10

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung des Genogramms. 75,0 % der Befragten verwenden das

Genogramm eher wenig und 25,0 % eher häufig.

Tabelle 31:

**M 4: Familienbrett**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,52	1,30	1,75

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung des Familienbretts. 90,0 % der Befragten verwenden das Familienbrett eher wenig und 10,0 % eher häufig.

Tabelle 32:

**M 5: Skalierung**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	2,22	1,95	2,50

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine mittelmäßige Verwendung der Skalierung

62,5 % der Befragten verwenden die Skalierung eher weniger und 37,5 % eher häufiger.

Tabelle 33:

**M 6: Reflecting Team**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,17	1,05	1,30

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung des Reflecting Teams.

95,0 % der Befragten verwenden das Reflecting Team eher weniger und 5,0 % eher häufig.

Tabelle 34:

**M 7: Schlussintervention**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	2,35	2,20	2,50

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher mittelmäßige Verwendung der Schlussintervention.

60,0 % der Befragten verwenden die Schlussintervention eher wenig und 40,0 % eher häufig.

Tabelle 35:

**M 8: Symbolkarten**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,35	1,35	1,35

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung der Symbolkarten.

92,5 % der Befragten verwenden die Symbolkarten eher wenig und 7,5 % eher häufig.

Tabelle 36:

**M 9: Zeitstrahl**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,62	1,35	1,90

Vergleicht man die beiden Mittelwerte der Gruppen A und B ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .012$ ).

( $t = - 2,652$  ;  $df = 38$  ;  $p = .012$ ). Die Gruppe B verwendet den Zeitstrahl also signifikant häufiger als Gruppe A. Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung des Zeitstrahls.

87,5 % der Befragten verwenden den Zeitstrahl eher wenig und 12,5 % eher häufig.

Tabelle 37:

**M 10: Familienskulptur**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,55	1,10	2,00

Vergleicht man die beiden Mittelwerte der Gruppen A und B, ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .000$ ).

( $t = -4,158$  ;  $df = 28,607$  ;  $p = .000$ ). Gruppe B verwendet die

Familienskulptur also signifikant häufiger als Gruppe A. Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe Verwendung der Familienskulptur.

80,0 % der Befragten verwenden die Familienskulptur eher wenig und 20,0 % eher häufig.

Tabelle 38:

**M 11: Externalisierung**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,95	1,40	2,50

Vergleicht man die beiden Mittelwerte der Gruppen A und B, ergibt sich eine statistische Signifikanz ( $p = .000$ ).

( $t = -5,082$  ;  $df = 38$  ;  $p = .000$ ). Die Gruppe B verwendet die Externalisierung also signifikant häufiger als Gruppe A.

75,0 % der Befragten verwenden die Externalisierung eher wenig und 25,0 % eher häufig.

Tabelle 39:

**M 12: Paradoxe Intervention**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,82	1,75	1,90

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher geringe

Verwendung der paradoxen Intervention.

80,0 % der Befragten verwenden die paradoxe Intervention eher wenig und 20,0 % eher häufig.

Tabelle 40:

**M 13: Reframing**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	3,20	3,10	3,30

Insgesamt zeigt sich im Mittelwert der beiden Gruppen eine eher hohe Verwendung des Reframing.

10,0 % der Befragten verwenden das Reframing eher wenig und 90,0 % eher häufig.

Tabelle 41:

**Gesamtbedeutung der systemisch/ lösungsorientierten Methoden**

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert</b>	1,98	1,73	2,23

Für die Gruppe B haben die systemisch/ lösungsorientierten Methoden eine größere Bedeutung. Dies kann zum einen daran liegen, dass 10 (also die Hälfte) Berater der Gruppe B eine weitere Zusatzausbildung in Systemischer Familientherapie gemacht haben, und zum andern daran, dass die Berater der Gruppe B in den Jahren ihrer Berufstätigkeit mehr Gelegenheit hatten, in Seminaren, Workshops etc. ihre Methodenkompetenz zu erweitern. Doch ist auch der Mittelwert der Gruppe B eher im mittelmäßigen Bereich einzuordnen.

**14. Die empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretischen Fragestellungen**

Zunächst einmal wird der Ausgangspunkt dieser Arbeit darin bestätigt, dass die Personzentrierten Berater in der beraterischen Arbeit mit Familien theoretische Annahmen bilden, mit deren Hilfe sie sich „die Familie“ erklären.

Im gemeinsamen Dialog, den Leitfadeninterviews, ist es gelungen, die theoretischen Annahmen zu re-konstruieren und somit einer Erforschung zugänglich zu machen.

Im Folgenden werden die Forschungsfragen (Kap. 9) beantwortet:

In den theoretischen Annahmen der Berater finden sich keine Anteile, die dem referierten Forschungsstand zuzuordnen wären. Entweder sind die aktuellen Ansätze in diesem Bereich den Beratern nicht bekannt, oder sie werden als ungeeignet eingestuft, um sie als Gedankenmodell für die praktische Arbeit zu nutzen.

In den theoretischen Annahmen finden sich Theorieerweiterungen durch

- den systemischen Ansatz, welcher von den Beratern beider Gruppen als signifikant bedeutsam angesehen wird
- praktische Berufserfahrungen
- biographisch-familiäre Erfahrungen
- weitere Zusatzausbildungen, zumindest bei der Gruppe B. Auch hier nimmt der systemische Ansatz eine Spitzenposition ein.

Wie in den Fragebogen deutlich wird, grenzen sich Personzentrierte Berater deutlich von anderen Beratungsansätzen ab, indem sie ihnen eine relativ geringe Bedeutung zumessen. Die Ausnahme bilden hier die systemtheoretischen Ansätze. Dies gilt für beide Untersuchungsgruppen, was den Schluss nahelegen könnte, dass die Berater in den Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse auch ihre personzentrierten (Beziehungs-) Konzepte favorisieren. Überraschenderweise ist dies nicht der Fall. Wie die quantitative Auswertung der Kategorien gezeigt hat, erscheinen die „klassischen“ Beziehungsvariablen des Personzentrierten Ansatzes (Wertschätzung, Empathie) nur im Mittelfeld oder sogar am Schluss.

An dieser Stelle wird die in Kapitel 5 vermutete und beschriebene kognitive Dissonanz der Berater deutlich: Auf der einen Seite wird der eigene Ansatz favorisiert und andere theoretische Ansätze eher abgelehnt, auf der anderen Seite kann der Personzentrierte Ansatz, in Bezug auf eine theoretische Fundierung der Familienberatung, in der Praxis keine hinreichenden Erklärungen liefern und wird mit

seinen Kernkonzepten vernachlässigt. Dies hat zu einer Unzufriedenheit bei den Beratern geführt.

Der Personzentrierte Ansatz scheint den Beratern hier keine eigene Identität stiften zu können!

Stattdessen greifen die Berater, um diese kognitive Dissonanz aufzulösen, auf Theorieerweiterungen des systemischen Ansatzes zurück, wie auch auf biographische Erfahrungen, Berufserfahrungen und Zusatzausbildungen.

Schauen wir nun auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Antworten der beiden Untersuchungsgruppen A und B:

Die Erfahrungen beider Gruppen mit dem personzentrierten Konzept in Familien zu arbeiten sind eher negativ, so haben auch beide Gruppen ihr theoretisches Konzept erweitert, die Gruppe B tat dies jedoch signifikant mehr. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die personzentrierte Ausbildung vor rund 17 Jahren noch wesentlich individuumszentrierter angelegt war, was die Berater im Laufe ihrer Beratungstätigkeit zwang, ihr Konzept zu erweitern. Hingegen kann vermutet werden, dass die Berater der Gruppe A, die ihre Ausbildung durchschnittlich vor rund 3 Jahren absolvierten, dort schon wesentlich mehr familientheoretisches Denken vermittelt bekamen, von welchem sie heute in der Beratungstätigkeit mit Familien profitieren können.

Generell wird eine große Unzufriedenheit mit dem personzentrierten Theoriekonzept in beiden Gruppen deutlich.

Die *Definition von Familie* ist in beiden Gruppen sehr systemisch geprägt, wohingegen die personzentrierten Konzepte am Schluss stehen. Beide Gruppen zeigen eine hohe Übereinstimmung mit der familientheoretischen Fachliteratur.

Bezogen auf die *Ebenen der Kommunikation* zeigt die Gruppe B eine signifikante Ausrichtung auf die verbale Ebene, was auf die größere psychotherapeutische Ausrichtung dieser Gruppe zurückzuführen sein könnte.

Bei den *Risikofaktoren* bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Beide Gruppen zeigen eine hohe Übereinstimmung mit der Literatur, sowie mehr extra-familiäre Faktoren und dafür weniger innerfamiliäre Beziehungsfaktoren.

Ebenso bestehen bei den *Schutzfaktoren* keine Unterschiede zwischen den Gruppen. In beiden Gruppen stehen personenzentrierte Konzepte wie „Akzeptanz“ und „Empathie“ nur auf den hinteren Plätzen.

Was die *Ansatzpunkte für Veränderung* angeht, geben beide Gruppen der Beratung mit der ganzen Familie den Vorzug vor der Arbeit mit dem einzelnen belasteten Menschen, eine Einstellung, wie sie eher bei systemischen Beratern vermutet worden wäre, aber weniger bei personenzentrierten Beratern. Die Gruppe B nimmt den einzelnen Menschen jedoch noch signifikant mehr in den Fokus als Gruppe A, was auch auf die individualistischer geprägte Ausbildung der Gruppe B zurückzuführen sein könnte.

Auch die *Ebenen der Veränderung* sind eher systemisch, denn personenzentriert geprägt, indem beide Gruppen die Veränderungen auf Eltern- und Familienebene als bedeutsamer ansehen, als die individuelle Ebene.

Bezogen auf die *Personenzentrierte Theorieerweiterung auf Familie* vertritt die Gruppe B geschlossen die Ansicht, dass die personenzentrierten Theorien so nicht ausreichend sind für die Familienberatung. Eine Minderheit der Gruppe A vertritt (noch) die Ansicht, dass die Theorien ausreichen. Auch hier könnte die Hypothese zutreffen, dass Gruppe A in ihrer Ausbildung Familientheorien vermittelt bekam.

Die *Fragebogenauswertung* ergab, dass beide Gruppen den systemischen Theorien die signifikant größte Bedeutung zumessen, gegenüber allen anderen Theorien. Diese Theorien anderer Verfahren werden generell eher abgelehnt, obwohl die Beraterangaben (Tab. 43), dass theoretische Annahmen generell eine hohe Bedeutung für ihre praktische Beratertätigkeit haben.

Beide Gruppen messen den Berufserfahrungen und den eigenen biographisch-familiären Erfahrungen eine sehr hohe Bedeutung zu, ähnlich wie den systemischen Theorien.

Somit ergeben sich auf Grundlage des personzentrierten Ansatzes folgende drei Lernfelder, die von den Beratern als bedeutsam angesehen werden:

- Praktische Berufserfahrungen
- Biographisch-familiäre Erfahrungen
- Systemische Theorien

Der *Methodenfragebogen* ergab, dass die Berater die Bedeutung der systemisch-lösungsorientierten Methoden eher gering bis mittelmäßig einstufen und verwenden. Gruppe B wertet die Bedeutung etwas höher als Gruppe A, was an der längeren Berufserfahrung und/ oder an der hohen Zahl (die Hälfte) an systemischen Zusatzausbildungen in Gruppe B liegen kann.

Die Sichtweise der Berater über eine theoretische Beschreibung der Familie sei hier anhand der häufigsten Nennungen zusammengefasst.

Charakteristika von Familien:

- Zwischen den Familienmitgliedern bestehen, im Idealfall, sichere emotionale *Bindungen*
- Eine Familie besteht aus mindestens *zwei Generationen*, einer Eltern- und einer Kindergeneration
- Eine Familie ist ein *System*, eine Einheit, bestehend aus den Familienmitgliedern, die miteinander verbunden sind
- Eine Familie lebt *dauerhaft zusammen*, besteht aber durch die Bindungen auch noch, wenn ein erwachsenes Kind auszieht
- Zwischen den Familienmitgliedern besteht eine einzigartige *Liebe, Intimität, Körperlichkeit*, die den Familienmitgliedern Geborgenheit gibt.

Ebenen der Kommunikation:

- Familienmitglieder kommunizieren und interagieren *verbal* miteinander

- Familienmitglieder kommunizieren und interagieren *non-verbal* miteinander
- Familienmitglieder kommunizieren und interagieren durch *gemeinsame Erfahrungen, Interaktionsmuster* auf dem Hintergrund ihrer Beziehungen miteinander.

Risikofaktoren für Familien:

- Sozio-ökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit, finanzielle Nöte, schlechtes Wohnumfeld)
- Psychische Krankheit eines Elternteils
- Faktoren auf Elternebene (Scheidung, schlechte Paarbeziehung, Überforderung der Eltern)
- Physische Krankheit eines Familienmitgliedes

Schutzfaktoren für Familien:

- Sozio-ökonomische Faktoren (Soziales Netzwerk, finanzielle Sicherheit, gutes Wohnumfeld)
- Offene Kommunikation und Interaktion

Ansatzpunkte für Veränderung:

- Die Veränderung muss bei der *ganzen Familie* ansetzen, da die Familie ein System ist, bei dem alle Mitglieder miteinander verbunden sind und aufeinander einwirken.

Ebenen der Veränderung:

- *Eltern* sehen und verstehen ihre Anteile an den familiären Problemen und verändern ihr Verhalten, was auf die ganze Familie wirkt und das Problem auflöst.

## **15. Konsequenzen der Studie und Ausblick**

Der hier vorliegenden Studie ist es in diesem Forschungsbereich erstmalig gelungen, die theoretischen Annahmen personenzentrierter Berater, die mit Familien arbeiten, zu rekonstruieren und somit erforschbar zu machen. In einer Quasi-Längsschnittstudie wurden die theoretischen Annahmen von Familienberatern relativ zeitnah nach der

Ausbildung, und die theoretischen Annahmen von Familienberatern nach langjähriger Praxis untersucht.

In beiden Gruppen wurde ein empfundener Mangel an personenzentrierter Familientheorie deutlich, was zu einer großen Unzufriedenheit der Berater führte, da ihnen eine praxis-theorie-kohärente Fundierung der Familie wichtig ist.

Die Konsequenzen daraus sind, dass die Berater eigene theoretische Vorstellungen bilden, in welchen sich Erweiterungen durch systemische Theorien, Berufserfahrungen und biographisch-familiären Erfahrungen finden. Dies sollte die personenzentrierten Theoretiker und Praktiker veranlassen, bisherige Fachliteratur, Ausbildungskurse und Studiengänge einer familienorientierten Erweiterung zu unterziehen. Durch entsprechende Fachliteratur belegte Ausbildungsgänge in Personenzentrierter Familienberatung könnten diese Aspekte berücksichtigen:

- Berufserfahrung: Wird durch Praxisanteile und Supervision in den entsprechenden Curricula personenzentrierter Ausbildungsgänge schon berücksichtigt (vgl. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie o.J.).
- Systemische Theorien: Diese müssen nach geschlossener Meinung der Berater in den personenzentrierten Theorie-Diskurs mit aufgenommen werden, jedoch in einer integrativen Art und Weise, welche die personenzentrierte Theorie in ihren Kernannahmen belässt.
- Biographisch-familiäre Erfahrungen: Diese könnten in einer entsprechenden Ausbildung durch explizite familiäre Selbsterfahrung (Familienrekonstruktion) bewusst gemacht werden, um den Beratern in der Praxis hilfreich zur Seite zu stehen.

Diese konsequente Umsetzung der hier erarbeiteten Ergebnisse könnte den zahlreichen personenzentrierten Familienberatern die ersehnte praxis-theorie-kohärente Beschreibung der Familie liefern und ihnen darüber eine eigene Identität stiften.

Damit soll nicht die individuelle Bildung von theoretischen Annahmen verhindert oder unterbunden werden, denn dadurch lernen wir „... nicht *ein* personenbezogenes Verhalten. Jeder einzelne ist im Begriff, die ihm gemäße Seinsweise selbst zu definieren. Das Resultat ist pluralistisch im allerbesten Sinn des Wortes und deckt sich

doch insofern, als jeder von uns in etwas zuversichtlicherer, etwas sensiblerer Weise sagen kann: „Ich bin mein eigener Mensch“ (Rogers 1978, S. 209).

Der Autor hofft, mit der Offenlegung der theoretischen Annahmen, den personenzentrierten Beratern eine Unterstützung zu bieten, um die notwendigen und hinreichenden theoretischen Beschreibungen für eine Beratungsarbeit mit Familien zu bekommen.

## **16. Literatur:**

- ANDERSON, W.J. (1989): Family therapy in the client-centered tradition. In: Person-centered review. Vol. 4 No. 3: 295-307.
- AMELN, F.v. (2004): Konstruktivismus: Die Grundlagen systemischer Therapie, Beratung und Bildungsarbeit. UTB Wien.
- AXLINE, V. (2002): Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. 14. Aufl. Reinhardt München.
- BAECKER, D. (2005): Schlüsselwerke der Systemtheorie. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.
- BALEN, R. v. (1992): Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers. In: BEHR, M. et al. (Hrsg.): Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie Bd. 3. Otto Müller Salzburg: 162-183.
- BEHR, M. (2006): Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. In: PERSON 2, 10. Jahrgang, Facultas Wien: 108-117.
- BELARDI, N. (2005): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 4. Aufl. Juventa Weinheim.
- BENDER, B./ FLEISCHER, T./ MERSMANN, B. (Hrsg.) (1999): Person und Beziehung in Schule und Unterricht. GwG-Verlag Köln.
- BERGER, P.L. / LUCKMANN, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Fischer Frankfurt.
- BLECKWEDEL, J. (2009): Systemische Therapie in Aktion: Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- BOECK-SINGELMANN, C./ EHLERS, B./ HENSEL, T./ KEMPER, F./ MONDEN-ENGELHARDT (Hrsg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. 2.Aufl. Hogrefe Göttingen.
- BOECK-SINGELMANN, C./ EHLERS, B./ HENSEL, T./ KEMPER, F./ MONDEN-ENGELHARDT (Hrsg.) (1997): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2. Hogrefe Göttingen.
- BORTZ, J./ DÖRING, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation. 3.Aufl. Springer Berlin.

- BOTT, D. (2001): Client-centred therapy and family therapy: a review and commentary. In: Journal of family therapy 23: 361-377.
- BÖSE, R. / SCHIEPEK, G. (2000): Systemische Theorie und Therapie. 3. Aufl. Asanger Heidelberg
- BUBER, M. (1995): Ich und Du. Reclam Ditzingen.
- BURGESS MOSER, M./ JOHNSON, S. (2008): The Integration of Systems and Humanistic Approaches in Emotionally Focused Therapy for Couples. In: Person-Centered & Experiential Psychotherapies. Volume 7 Number 4, 262-279.
- BÜRKI, R./ HOBI, R. (2000): Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: ISELI, C. et al. (Hrsg.): Identität, Begegnung, Kooperation. GwG Köln: 94-112.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M. et al. (1983): Gesprächspsychotherapie. 3. Aufl. Kohlhammer Stuttgart.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M. (2006): Das Differenzielle Inkongruenzmodell. In: ECKERT et al. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Springer Medizin Heidelberg: 457-460.
- BRONFENBRENNER, U. (1978): Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung. In: OERTER, R. (Hrsg.): Entwicklung als lebenslanger Prozess. Hoffmann u. Campe Hamburg: 33-65.
- BRÜGGEMANN, H. / EHRET-IVANKOVIC, K. / KLÜTMANN, C. (2006): Systemische Beratung in fünf Gängen. Ein Leitfaden. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- CAIN, D.J. (1989): From the individual to the family. Vol. 4, No. 3: 248-255.
- CRAMER, F. (1993): Chaos und Ordnung. Insel Frankfurt/M.
- DIEKMANN, A. (2005): Empirische Sozialforschung. 13. Aufl. Rowohlt Reinbeck.
- ECKERT, J. (2006): Familientherapie. In: ECKERT, J/ BIERMANN-RATJEN, E.M./ HÖGER, D. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Springer Medizin Heidelberg: 429-434.
- EIGEN, M. / SCHUSTER, P. (1979): The Hypercycle. Berlin.
- ERLER, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Juventa Weinheim München.
- ERZBERGER, C. (1998): Zahlen und Wörter. Die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten und Methoden im Forschungsprozess. Deutscher Studienverlag Weinheim.

- ESSER, U. (1985): Das Erstinterview in der Erziehungsberatung. In: Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 4 (1): 73-89.
- ESSER, U. (1987): Das Erstinterview in der Erziehungsberatung (II) – ein Beitrag zur Entwicklung des Fokalinterviews. In: Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 6 (1): 101-114.
- ESSER, U./ SCHNEIDER, I. (1989): Klientenzentrierte Partnerschaftstherapie als Beziehungstherapie – eine Positionsbestimmung. In: Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Band 1. Müller Salzburg: 206-228.
- FESTINGER, L. (1957): A Theory of Cognitive Dissonance. University Press Stanford. (deutsch 1978): Theorie der Kognitiven Dissonanz. Huber Bern.
- FESTINGER, L. / CARLSMITH, J.M. (1959): Cognitive Consequences of Forced Compliance. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 58: 39-55.
- FLICK, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6.Aufl. Rowohlt Reinbek.
- FOERSTER, H.v. (1981): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: WATZLAWICK, P.(Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. München Piper: 39-60.
- FOERSTER, H.v. (1988): Abbau und Aufbau. In: SIMON, F. (Hrsg.): Unterschiede, die Unterschiede machen. Springer Berlin Heidelberg: 19-33.
- FOERSTER, H.v./ GLASERSFELD, E.v./ HEJL, P. (2009): Einführung in den Konstruktivismus. 11. Aufl. Piper München.
- FROHBURG, I. (2007): Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie. GwG-Verlag Köln.
- FRÖHLICH, W.D. (2000): Wörterbuch Psychologie. 23. Aufl. dtv München.
- FRYSZER, A. / SCHWING, R. (2006): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- GAYLIN, N. (2001): Family, Self and Psychotherapy: A person-centred perspective. PCCS Books Herefordshire.
- GAYLIN, N. (2002): Der Personzentrierte Ansatz in der Familientherapie. In: KEIL, W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen

Gesichter der personzentrierten Psychotherapie. Springer Wien  
New York: 319-333.

- GAYLIN, N. (2008): Person-Centered Family Therapy. Old wine in new bottles. In: Person-Centered & Experiential Psychotherapies, Volume 7 Number 4, 235-245.
- GERGEN, K.J. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. In: American Psychologist, Vol. 40, No. 3: 226-275.
- GESELLSCHAFT f. WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE e.V. (Hrsg.) (o.J.): Informationsbroschüre. Der Personzentrierte Ansatz. GwG Köln.
- GEUTER, U. (2007): Der Mann, der uns lehrte, einfühlsam zuzuhören. In: Psychologie Heute 4: 65-71.
- GLASERSFELD, E.v. (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Piper München: 16-38.
- GLASERSFELD, E.v. (1985): Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Gumin, H. / Mohler, A.: Einführung in den Konstruktivismus. Piper, München: 1-26.
- GLÄSER, J./ LAUDEL, G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2.Aufl. VS-Verlag Wiesbaden.
- GOETZE, H.(1981): Personzentrierte Spieltherapie. Hogrefe Göttingen.
- GOETZE, H. (2002): Handbuch der personzentrierten Spieltherapie. Hogrefe Göttingen.
- GOETZE, H./ JAEDE, W. (1998): Die nicht-direktive Spieltherapie. 5. Aufl. Potsdamer Studentexte Sonderpädagogik Heft 22, Eigendruck Universität Potsdam.
- GREENBERG, L. (2006): Emotionsfokussierte Therapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen. DGVT Tübingen.
- GREENBERG, L./ BISCHKOPF, J. (2007): Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In: KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. UTB Wien: 109-122.
- GROEBEN, N. / SCHEELE (1977): Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Steinkopff Darmstadt.
- GROEBEN, N./ SCHEELE, B. et. al. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Franke Tübingen.

- GROEBEN, N. (1988): Explikation des Konstrukts „Subjektive Theorie“. In: GROEBEN, N. / SCHEELE, B. et al.: Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Franke Tübingen: 17-24.
- GRODDEK, N. (2002): Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Primus Darmstadt.
- HAKEN, H. (1990): Erfolgsgeheimnisse der Natur: Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Ullstein Frankfurt a.M.
- HAKEN, H. (1998): Synergetik. 3. Aufl. Springer Berlin.
- HAKEN, H. (2007): Die Selbstorganisation komplexer Systeme – Ergebnisse aus der Werkstatt der Chaostheorie. 2. Aufl. Picus Wien.
- HAKEN, H./ HAKEN-KRELL, M. (1994): Erfolgsgeheimnisse der Wahrnehmung. Synergetik als Schlüssel zum Gehirn. Ullstein Frankfurt a.M.
- HAKEN, H./ SCHIEPEK, G. (2006): Synergetik in der Psychologie. Hogrefe Göttingen.
- HALL, A. / FAGEN, R. (1956): Definition of System. General Systems Yearbook, 1, 18-29.
- HARTKE, B./ JOGSCHIES, P./ BORCHERT, J. (Hrsg.) (2008): Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher. Kohlhammer Stuttgart.
- HAUBER, K./ MAYRING, P./ STREHMEL, P. (1982): Praktische Probleme bei der Inhaltsanalyse offen erhobener Kognitionen, diskutiert am Beispiel der Variablen „Berufsinteresse arbeitsloser Lehrer“. In: DANN, H./ HUMPERT, W./ KRAUSE, F./ TENNSTÄDT, K. (Hrsg.): Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern. Forschungsberichte 43 des Zentrums I Bildungsforschung, Sonderforschungsbereich 23 der Universität Konstanz.: 159-173.
- HEEKERENS, H.-P. (1989): Familientherapie und Erziehungsberatung. Asanger Heidelberg.
- HERMANN, H. (1995): Narratives Interview. In: FLICK, U., KARDOFF, H., KEUP, C., v. ROSENSTIEL, L., WOLF, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Psychologie Verlagsunion München: 182-185.
- HOLTSMANN, M./ LAUCHT, M. (2008): Biologische Aspekte der Resilienz. In: OPP, G./ FINGERLE, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt.

Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. Reinhardt  
München: 32-44.

- HOPF, C. (1978): Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie 7, 97-115.
- HÖGER, D. (2006): Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In: ECKERT, J. et al.: Gesprächspsychotherapie. Springer Medizin Heidelberg: 37-72.
- ISELI, C./ KEIL, W./ KORBEI, L./ NEMESKERI, N./ RASCH-OWALD, S./ SCHMID, P.F./ WACKER, P.G. (Hrsg.) (2002): Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. GwG-Verlag Köln.
- KAUFMANN, M. et al. (2007): Der Baum der Kybernetik: Die Entwicklungslinien der Kybernetik von den historischen Grundlagen bis zu ihren aktuellen Ausformungen. ProEval.
- KLEIN, R. / KANNNICHT, A. (2009): Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung. Carl-Auer Heidelberg.
- KÖNIG, E. (2008): Qualitative Forschungsmethode: Inhaltsanalyse. Vortrag gehalten am Erziehungswissenschaftlichen Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 27.11.2009.
- KRIZ, J. (1998): Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten. 2. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.
- KRIZ, J. (1999a): Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Facultas Wien.
- KRIZ, J. (1999b): Chaos, Angst und Ordnung. Wie aus der Notwendigkeit zur Struktur Zwangsordnung entstehen kann. In: Ärztliche Praxis: Neurologie, Psychiatrie, 3: 11-13.
- KRIZ, J. (2004): Personzentrierte Systemtheorie- Grundfragen und Kernaspekte. In: KRIZ, W./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Personzentrierung und Systemtheorie. Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen: 13-67.
- KRIZ, J. (2006): Self-Actualization. Books on Demand Norderstedt.
- KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (2007): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. UTB Wien.
- KRIZ, W.C. (2000): Lernziel: Systemkompetenz. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.

- KRÜGER, E. (1993): Kompetenz zur Vermittlung von humanen Haltungen im Ausbildungs- und Trainingsbereich Erwachsener. Agst Moers.
- KUNZE, D. (2003): Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung. GwG-Verlag Köln.
- KÜHNEL, B. (2000): Subjektive Theorien der Erziehungsberatung. Utz München.
- KÜPPERS, G. (1996): Chaos und Ordnung. Formen der Selbstorganisation in Natur und Gesellschaft. Reclam Ditzingen.
- LAMNEK, S. (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Psychologie Verlagsunion Weinheim.
- LANGER, I. / LANGER, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. Reinhardt München.
- LAUCHT, M./ ESSER, G./ SCHMIDT, M.H. (1997): Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 29, 260 – 270.
- LISCH, R./ KRIZ, J. (1978): Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Rowohlt Reinbeck.
- LÖSEL, F./ BENDER, D. (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: OPP, G./ FINGERLE, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. Reinhardt München: 57-78.
- LUDEWIG, K. (2005): Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Carl-Auer Heidelberg.
- LUHMANN, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp Frankfurt.
- LUHMANN, N. (2009): Einführung in die Systemtheorie. 3. Aufl. Carl-Auer Heidelberg.
- LUX, M. (2007): Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaft. Reinhardt München.
- MATURANA, H. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg Braunschweig.
- MATURANA, H. (2008): Biologie der Realität. 3. Aufl. Suhrkamp Frankfurt a.M.

- MATURANA, H./ PÖRKSEN, B. (2008): Vom Sein zum Tun: Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. 2. Aufl. Carl-Auer Heidelberg.
- MATURANA, H./ VARELA, F. (2009): Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Fischer Frankfurt.
- MAYRING, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research (Online Journal), 1(2). Abrufbar über: [www.qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm](http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm) (Zugriff: 15.12.2006).
- MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Beltz Weinheim.
- MAYRING, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl. Beltz Weinheim.
- MAYRING, P./ GLÄSER-ZIKUDA, M. (2008) (Hrsg.): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Aufl. Beltz Weinheim.
- MECHSNER, F. (1990): Am Anfang war der Hyperzyklus. In: Geo-Wissen „Chaos und Kreativität“ Hamburg: 12-18.
- MEHAN, H. (1981): Social constructivism in psychology and sociology. In : The quarterly newsletter of the laboritory of comparative human cognition, 3 : 71-77.
- MERTON, R.K. (1987): The focused interview and focus groups. Continuities and discontinuities. Public Opinion Quaterly, 51: 550-556.
- MERTON, R.K./ KENDALL, P.L. (1979): Das fokussierte Interview. In: HOPF, C./ WEINGARTEN, E. (Hrsg): Qualitative Sozialforschung. Klett Stuttgart: 171-204.
- MINUCHIN, S. (1985): Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. Child Development, 56: 289-302.
- MINUCHIN, S./ FISHMAN, H.C. (1983): Praxis der strukturellen Familientherapie. Lambertus Freiburg.
- MOLDZIO, A. (2004): Das Menschenbild der systemischen Therapie. 2. Aufl. Carl-Auer Heidelberg.
- NAVE-HERZ, R. (2006): Ehe- und Familiensoziologie. 2. Aufl. Juventa Weinheim.
- NICOLIS, G. / PRIGOGINE, I. (1987): Die Erforschung des Komplexen. Piper München.

- OBLIERS, R. (2002): Subjektive Welten. Identitätsentwürfe und Prognosen. VAS Frankfurt a.M.
- OERTER, R. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Beltz Weinheim.
- O'LEARY, C. (1999): Counselling Couples and Families – A person-Centred Approach. Sage London.
- O'LEARY, C. (2008): Response to Couples and Families in Distress: Rogers' six conditions lived with respect for the unique medium of relationship therapy. In: Person-Centered & Experiential Psychotherapies, Volume 7 Number 4, 294-308.
- O'LEARY, C./ MEARNS, D. (2008): Editorial: Working with Couples and Families. In: Person-Centered & Experiential Psychotherapies, Volume 7 Number 4, 233-234.
- PASCHKE, M. (1992): Synergetik und evolutorische Ökonomik. Universität Hannover, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, unveröff. Diskussionspapier.
- PAULUS, P./ DETER, D. (Hrsg.) (1998): Gesundheitsförderung – Zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment. GwG-Verlag Köln.
- PAVEL, F.-G. (1977): Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942 – 1973. In: GwG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 2. Aufl. Kindler München: 25-41.
- PAVEL, F.-G. (1989): Integrative klientenzentrierte Therapie von Systemen. In: Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie Band 1. Otto Müller Salzburg: 229-256.
- PERREZ, M. (1983): Hat die wissenschaftliche Psychologie der Alltagspsychologie etwas zu bieten? In: Bulletin der Schweizer Psychologen, 10: 312-315.
- PETZOLD, M. (1992): Familienentwicklungspsychologie. Quintessenz München.
- PRIGOGINE, L. / STENGERS, I. (1981): Dialog mit der Natur. Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens. Piper München
- QUITMANN, H. (1996): Humanistische Psychologie. 3. Aufl. Hogrefe Göttingen.
- RECHTIEN, W. (1998): Beratung im Alltag. Junfermann Paderborn.
- RICHTER, H.-E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. 2.Aufl. Rowohlt Reinbeck.

- RIEDEL, K. (2008): Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. GwG-Verlag Köln.
- RITSCHER, W. (2006): Einführung in die systemische Soziale Arbeit mit Familien. Carl-Auer Heidelberg.
- RITSERT, J. (1972): Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Eine Versuch über kritische Sozialforschung. Athenäum Frankfurt.
- ROGERS, C. R. (1939): The clinical treatment of the problem child. Houghton Mifflin Company Boston.
- ROGERS, C.R. (1970): Encounter-Gruppen. 4. Aufl. Kindler München.
- ROGERS, C. R. (1977): Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: GwG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 2. Aufl. Kindler München: 11-24.
- Rogers, C.R. (1978): Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. Kindler München.
- ROGERS, C. R. (1980a): Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung. In: ROGERS, C.R./ ROSENBERG, R.L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta Stuttgart: 185-198.
- ROGERS, C. R. (1980b): Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: ROGERS, C.R./ ROSENBERG, R.L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta Stuttgart: 75-93.
- ROGERS, C. R. (1998a): Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. 3. Aufl. GwG- Verlag Köln.
- ROGERS, C.R. (1998b): Entwicklung der Persönlichkeit. 12. Aufl. Klett-Cotta Stuttgart.
- ROGERS, C.R. (1998c): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: ROGERS/ SCHMID: Person-zentriert. 3. Aufl. Matthias-Grünwald Mainz: 165-184.
- ROGERS, C. R. (1999a): Die nicht-direktive Beratung. 9. Aufl. Fischer Frankfurt.
- ROGERS, C. R. (1999b): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 13.Aufl. Fischer Frankfurt.
- ROGERS, C. R. (1999c): Therapeut und Klient. 14. Aufl. Fischer Frankfurt.

- ROGERS, C.R./ ROSENBERG, R.L. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta Stuttgart.
- ROGERS, C. R./ SCHMID, P. F. (1998): Person-zentriert. 3. Aufl. Grünewald Mainz.
- ROSENTHAL, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Campus Frankfurt.
- RYBACK, D. (2000): Emotionale Intelligenz im Management. GwG Köln.
- SACHSE, R. (2005): Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. Dustri Heidelberg.
- SACHSE, R. (2007): Klärungsorientierte Psychotherapie. In: KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. UTB Wien: 138-150.
- SANDER, K. (1999): Personzentrierte Beratung. GwG Köln & Beltz Weinheim.
- SANDER, K. (2002): Sozialpädagogische Familienhilfe – ein Arbeitsansatz in der Beratung von Problemfamilien. In: Fachhochschule Düsseldorf: Wandel der Familie in einer sich wandelnden Welt. Eigendruck: 26-42.
- SANDER, K./ ZIEBERTZ, T. (2006): Personzentriert Beraten. Lehren-Lernen-Anwenden. Frank & Timme Berlin.
- SATIR, V. (1993): Selbstwert und Kommunikation. 11. Aufl. Pfeifer München.
- SATIR, V. (1994): Familienbehandlung. 9. Aufl. Lambertus Freiburg.
- SCHLEE, J. (1988): Forschungsstruktur: Dialog-Konsens und Falsifikation. In: GROEBEN, N. / SCHEELE, B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Franke Tübingen: 24-29.
- SCHLIPPE, A.v./ KRIZ, J. (1993): Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen. In: Integrative Therapie, 19: 222-241.
- SCHLIPPE, A. v./ SCHWEITZER, J. (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Aufl. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- SCHLIPPE, A. v./ SCHWEITZER, J. (2006): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.

- SCHLIPPE, A. v. / GRABBE, M. (Hrsg.) (2007): Werkstattbuch Elterncoaching. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- SCHLÜNDER, U. (1999): Selbstorganisation oder Störungslehre. In: GFK-Texte 4: 16-20.
- SCHMID, P. F. (1995): Personale Begegnung. 2. Aufl. Echter Würzburg.
- SCHMID, P.F. (2007): Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personzentrierter Therapie. In: KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. UTB Wien: 34-48.
- SCHMIDTCHEN, S. (1996): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. 4.Aufl. Psychologie Verlags Union Weinheim.
- SCHMIDTCHEN, S. (2001): Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Kohlhammer Stuttgart.
- SCHMITZ, H. (1994): Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie. Bouvier Bonn.
- SCHNABEL, M. (1986): Zur Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken. In: GwG-Info 64. GwG-Verlag Köln: 128-146.
- SCHNEEWIND, K. A. (1991): Familienpsychologie. Kohlhammer Stuttgart.
- SCHNEEWIND, K. A. (1998): Familienentwicklung. In: OERTER/ MONTADA (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 4.Aufl. Beltz Weinheim: 971-1014.
- SEEWALD, C. (2006): Sozial nachhaltiges Changemanagement. Mit dem Personenzentrierten Ansatz zum Erfolg. Reinhardt München.
- SIEBERT, H. (2005): Pädagogischer Konstruktivismus: Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Erwachsenenbildung. 3. Aufl. Beltz Weinheim.
- SIMON, F. et al. (2004): Die Sprache der Familientherapie. 6. Aufl. Klett-Cotta Stuttgart.
- SIMON, F. (2007): Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Carl-Auer-Heidelberg.
- SPEIERER, G.-W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell. Asanger Heidelberg.
- SPEIERER, G.-W. (2007): Diagnose und Indikationsstellung im differenziellen Inkongruenzmodell (DIM). In KRIZ/ SLUNECKO (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. UTB Wien: 191-205.

- STEPHAN, A. (2005): *Emergenz: Von der Unvorhersagbarkeit zur Selbstorganisation*. 3. Aufl. Mentis
- STRUNK, G./ SCHIEPEK, G. (2006): *Systemische Psychologie: Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. Spektrum Freiburg.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/D/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerung.psml;jsessionid=8A332BD1ECDF2B20BCC64C03612A2A49.internet>. Zugriff: 18.08.2009.
- SWILDENS, H. (1991): *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie*. GwG-Verlag Köln.
- SWILDENS, H. (2007): *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. In: KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. UTB Wien: 123-137.
- TAUSCH, R. (1973): *Gesprächspsychotherapie*. 5. Aufl. Hogrefe Göttingen.
- THORNE, B. (1992): *Carl Rogers*. Sage London.
- THURN, C./ WILS, E. (1998): *Therapie sexuell missbrauchter Kinder*. Spitz Berlin.
- TOMM, K. (2009): *Die Fragen des Beobachters: Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*. Carl-Auer Heidelberg.
- TRUAX, C.B. u. CARKHUFF, R.R. (1966): *The effects of vicarious therapy pretraining and alternate sessions upon depth of patient self-exploration*. Mimeo-Manuscript. University Kentucky.
- TRUAX, C.B. u. CARKHUFF, R.R. (1967): *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago.
- TSCHACHER, W./ SCHIEPEK, G./ BRUNNER, E. (1992): *Self-Organisation and Clinical Psychology: Empirical Approaches to Synergetics in Psychology*. Springer Berlin.
- TSCHUELIN, D. (2007): *Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Praxis*. In: KRIZ, J./ SLUNECKO, T. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. UTB Wien: 179-190.
- VICINI, S. (1993): *Subjektive Beratungstheorien*. Lang Bern.

- WATZLAWICK, P.(Hrsg.) (1981): Die erfundene Wirklichkeit. Piper München.
- WATZLAWICK, P./ WEAHLAND, J.H./ FISH, R. (1974): Lösungen. Huber Bern.
- WATZLAWICK, P./ KRIEG, P. (Hrsg.) (1991): Das Auge des Betrachters. Piper München.
- WEINBERGER, S. (2004): Klientenzentrierte Gesprächsführung. 9. Aufl. Juventa Weinheim & München.
- WELTER-ENDERLIN, R./ HILDENBRAND, B. (Hrsg.) (2008): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 2. Aufl. Carl-Auer Heidelberg.
- WIENER, N. (1968): Kybernetik. Rowohlt Reinbeck.
- WIESER, D. (2007): Kognitive Dissonanz. URL: <http://www.social-psychology.de/sp/konzepte/kognitive-dissonanz>. Zugriff: 15.04.2009
- WOLF, C. (1985): Klientenzentriert – Familientherapeutisch? In: GwG- Info 58. GwG-Verlag Köln: 12-24.
- WUSTMANN, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Weinheim.
- ZANDER, B. / KNORR, M. (Hrsg.) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen.
- ZEEMAN, E.C. (1976): Catastrophe Theory. In: Scientific American, 234: 65-83.
- ZIEBERTZ, T. (2003): Von der personzentrierten Beratung zu einer personzentrierten Familienberatung. Unveröff. Diplomarbeit Fachhochschule Düsseldorf.
- ZIMBARDO, P./ GERRIG, R. (1996). Psychologie. 7. Aufl. Springer Berlin

## 17. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Die serielle Reproduktion (Kriz 2004, S. 36f. nach Stadler u. Kruse 1990)	58
Abbildung 2: Interpunktionen der Kommunikationen K1 und K2 in der Personzentrierten Systemtheorie (Kriz 2004, S. 46)	61
Abbildung 3: Chaotischer Systemzustand	90
Abbildung 4: Geordneter Systemzustand	90
Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2007, S. 54)	107
Abbildung 6: Berufe	112
Abbildung 7: Tätigkeitsfelder	112
Abbildung 8: Personzentrierte Zusatzausbildungen	113
Abbildung 9: Weitere Zusatzausbildungen	114
Abbildung 10: Setting der Beratung	115
Tabelle 1: Forschungsdesign	101
Tabelle 2: Erfahrungen mit der Personzentrierten Beratung mit Familien	116
Tabelle 3: Charakteristika von Familie	118
Tabelle 4: Ebenen der Kommunikation	122
Tabelle 5: Risikofaktoren für Familien	124
Tabelle 6: Schutzfaktoren für Familien	126
Tabelle 7: Ansatzpunkte für Veränderung	127
Tabelle 8: Ebenen der Veränderung	129
Tabelle 9: Personzentrierte Theorieerweiterung auf Familie	131
Tabelle 10: Reliabilitätskontrolle	134
Tabelle 11: F 1.1. Häufigkeitstabelle Systemische Theorien	135
Tabelle 12: F 1.2. Häufigkeitstabelle Soziologischer Theorien	135
Tabelle 13: F 1.3. Häufigkeitstabelle psychodramatischer Theorien	136
Tabelle 14: F 1.4. Häufigkeitstabelle gestalttherapeutischer Theorien	136
Tabelle 15: F 1.5. Häufigkeitstabelle verhaltensth. u. kognitiver Theorien	137

Tabelle 16: F 1.6. Häufigkeitstabelle tiefenpsychologischer Theorien	137
Tabelle 17: F 1.7. Häufigkeitstabelle kunsttherapeutischer Theorien	138
Tabelle 18: F 1.8. Häufigkeitstabelle lösungsorientierter Theorien	139
Tabelle 19: F 1.9. Häufigkeitstabelle körperorientierter Theorien	139
Tabelle 20: Zusammenfassung der Gesamtbedeutung anderer Theorien	140
Tabelle 21: Hierarchie der Mittelwerte zur Bedeutung anderer Theorien	140
Tabelle 22: Bedeutung praktischer Berufserfahrung	141
Tabelle 23: F 2 Häufigkeitstabelle	142
Tabelle 24: Bedeutung biographisch-familiärer Erfahrungen	142
Tabelle 25: F 3 Häufigkeitstabelle	143
Tabelle 26: Bedeutung theoretischer Annahmen	143
Tabelle 27: F 11 Häufigkeitstabelle	144
Tabelle 28: Zirkuläres Fragen	145
Tabelle 29: Wunderfrage	145
Tabelle 30: Genogramm	145
Tabelle 31: Familienbrett	146
Tabelle 32: Skalierung	146
Tabelle 33: Reflecting Team	146
Tabelle 34: Schlussintervention	147
Tabelle 35: Symbolkarten	147
Tabelle 36: Zeitstrahl	147
Tabelle 37: Familienskulptur	148
Tabelle 38: Externalisierung	148
Tabelle 39: Paradoxe Intervention	148
Tabelle 40: Reframing	149
Tabelle 41: Gesamtbedeutung der systemisch- lösungsorientierten Methoden	149
Tabellen F1.1. – F 1.9.	Anhang S. 180/ 181

## **18. Eidesstattliche Erklärung:**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich des Internets) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Oberhausen, den 20.12.2010

Torsten Ziebertz

## 19. Lebenslauf:

<b>Name:</b>	Torsten Ziebertz
<b>Geburtsdatum:</b>	27.September 1974
<b>Geburtsort:</b>	Oberhausen
<b>Familienstand:</b>	verheiratet, drei Kinder
<b>Einschulung:</b>	August 1981 Hirschkampgrundschule
<b>Weiterführende Schule:</b>	August 1985 bis Juli 1994 Freiherr- vom- Stein- Gymnasium
<b>Ausbildung:</b>	November 1995 bis August 1999 Ausbildung zum staatlich anerkannten Erzieher an der Käthe-Kollwitz- Fachschule für Sozialpädagogik in Oberhausen
<b>Studium:</b>	September 1999 bis Juli 2003 Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule Düsseldorf, Studienschwerpunkt: Beratung, Supervision
<b>Zusatzausbildungen:</b>	Juli 2001 bis Juli 2003 Ausbildung in „Personenzentrierter Beratung“ bei der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) Köln  März 2004 bis September 2005 Ausbildung in „Systemischer Familientherapie“ am Krüger-Institut Moers  Seit April 2008 Ausbildung zum „Ausbilder für Personenzentrierter Beratung“ bei der Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
<b>Promotion:</b>	Seit 2005 an der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Institut für Erziehungswissenschaft, Abteilung Beratung und Weiterbildung.
<b>Praxis:</b>	Seit 2004 als Familientherapeut an einer katholischen Beratungsstelle in Bottrop angestellt  Seit WS 2008/2009 Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaft

## 20. Anhang

### 20.1. Interviewleitfaden:

Sie haben eine personenzentrierte Beratungs- oder Therapieausbildung gemacht. In dieser Ausbildung haben Sie die Persönlichkeitstheorie von ROGERS kennen gelernt, welche personenzentriert erklärt, wie sich der einzelne Mensch psychologisch konstituiert; seine Wahrnehmung, sein Erleben, wie bei ihm eine Störung entsteht, wie Veränderung möglich ist. Sie arbeiten nun auch mit Familien, also in einem Setting, in welchem Ihnen nicht nur ein Klient gegenüber sitzt, sondern gleich eine ganze Familie. Mich interessieren nun Ihre Annahmen darüber, wen Sie da eigentlich beraten, wie Sie, als personenzentrierte Berater/Beraterin, die Familie für sich sehen. Beginnen möchte ich dieses Interview mit einer Rückschau auf Ihre bisherigen Erfahrungen.

1. Wie waren Ihre Erfahrungen, die personenzentrierten Theorien als Grundlage für die Arbeit mit Familien zu nutzen?
2. Haben Sie die personenzentrierten Theorien für ihre Arbeit modifiziert oder erweitert?
3. Mich interessiert, welche Wissensbestandteile Sie dabei herangezogen haben, mit welchem Wissen Sie also Ihre gelernten personenzentrierten Theorien angereichert haben? Ich habe mögliche Erweiterungen unterteilt in 4 Dimensionen:
  - a) Theorieansätze (Fort-, Aus-, Weiterbildungen, Fachliteratur, Vorträge, Seminare). Welche Theorieansätze?
  - b) Praktische Berufserfahrung (Theoriebildung durch Gemeinsamkeiten und Strukturen in der praktischen Beratungsarbeit)
  - c) Biographisch-familiäre Erfahrungen (Theoriebildung durch Erfahrungen aus Herkunftsfamilie und eigener Familie)
  - d) Sonstige Lernerfahrungen (können definiert werden)

Skalieren Sie jeden Bereich in seiner für Sie persönlichen Bedeutung von 1 – 6, wobei „1“ bedeutet „gar keine Bedeutung“ und „6“ bedeutet „sehr große Bedeutung“ (Anlage A).

Nach dieser Rückschau auf Ihre Erfahrungen möchte ich nun die Ergebnisse wissen, also Ihre aktuellen Annahmen über „Familie“:

4. Was ist für Sie heute eine Familie?
5. Was unterscheidet die Familie von einer Gruppe?
6. Wie geschieht Interaktion zwischen den Familienmitgliedern?
7. Welche Risikofaktoren gibt es innerhalb und außerhalb von Familien, die eine Störung begünstigen oder verursachen können?
8. Welche Schutzfaktoren gibt es innerhalb und außerhalb von Familien, die eine Störung verhindern können?
9. Bei wem muss eine Veränderung ansetzen, um eine Störung zu beheben?
10. Was denken Sie, wie in einer Familie dann Veränderung geschehen kann?
11. Welche Bedeutung haben solche grundlegenden theoretischen Annahmen für Sie in ihrer praktischen Beratertätigkeit?

1 (gar keine Bedeutung) – 6 (sehr große Bedeutung) Anlage A

12. Glauben Sie, dass wir personenzentrierten Berater eine personenzentrierte Theorie der Familie brauchen für unsere praktische Arbeit? Und wenn wir sie hätten, was würde sie uns bringen?

12. Möchten Sie noch Aspekte nennen, die wir noch nicht berücksichtigt haben?



### 20.3. Persönliche und berufsbezogene Daten (Anlage B)

1. Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

2. Geschlecht: \_\_weiblich \_\_männlich

3. Eigene Kinder: \_\_ja \_\_nein

4. Berufsbezeichnung:

\_\_\_\_\_

5. Welche beraterisch/ therapeutische Zusatzausbildungen haben Sie gemacht?

In welchem Jahr haben Sie diese abgeschlossen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Berufliche Tätigkeit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. In welchem Setting arbeiten Sie (Bitte zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich).

7.1. mit der ganzen Familie (Eltern und Kindern): \_\_

7.2. mit beiden Eltern: \_\_

7.3. mit nur einem Elternteil: \_\_

7.4. nur mit dem Kind/ Jugendlichen: \_\_

#### 20.4. Fragebogen zu systemischen Beratungsmethoden:

Welche Methoden wenden Sie in Ihrer Arbeit mit Familien an? (Bitte ankreuzen)

1. **Zirkuläres Fragen:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Fragen nach wechselseitigen Beziehungsmustern)
2. **Wunderfragen:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(z.B.: „Wenn das Problem plötzlich weg wäre, was wäre dann besser, schlechter?“)
3. **Genogramm:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Graphische Darstellung eines Familiensystems über mehrere Generationen)
4. **Familienbrett:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Symbolische Darstellung einer Familie durch Figuren im Hinblick auf Distanz und Nähe)
5. **Skalierung:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Einschätzung eines Familienmitgliedes seiner emotionalen Belastung durch das „Problem“ auf einer Skala)
6. **Reflecting team:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Methode, bei welcher zusätzlich ein Team von Fachleuten im Beratungszimmer ist und in Abständen das Gespräch zwischen Berater und Familie reflektiert)
7. **Schlussintervention/ Hausaufgaben:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Handlungsvorschläge oder Aufgaben an die Familie für die Zeit zwischen den Beratungsgesprächen)
8. **Einsatz von Symbol-Karten:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig
9. **Zeitstrahl/ Lebensfluss:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Darstellung eines Lebenslaufes mit „Höhen“ und „Tiefen“ und besonderen Ereignissen)
10. **Familienskulptur:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Symbolische Darstellung der Beziehungen einer Familie in Haltung und Position durch die Familienmitglieder selbst)
11. **Externalisierung:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Das „Problem“ erhält einen Namen und einen Platz, z.B. vor der Tür oder auf einem Stuhl)
12. **Paradoxe Intervention:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Verschreibungen oder Aufgaben an die Familie, welche dieser unsinnig erscheinen)
13. **Reframing:** \_\_gar nicht \_\_wenig \_\_häufig \_\_sehr häufig  
(Positives Um-Deuten)

## 20.5. Mittelwerte des Skalierungsfragebogens

Tabelle : F 1.1. Bedeutung systemischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	4,30	4,20	4,40
<b>Standardabweichung s</b>	1.30	1.32	1.31

Tabelle : F 1.2. Bedeutung soziologischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,68	2,80	2,55
<b>Standardabweichung s</b>	1.30	1.39	1.23

Tabelle : F 1.3. Bedeutung psychodramatischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	1,65	1,65	1,65
<b>Standardabweichung s</b>	.83	.87	.81

Tabelle F 1.4. Bedeutung gestalttherapeutischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,38	2,10	2,65
<b>Standardabweichung s</b>	1.29	1.07	1.46

Tabelle F 1.5. Bedeutung verhaltenstherapeutischer und kognitiver Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,58	2,45	2,70
<b>Standardabweichung s</b>	1.10	.88	1.30

Tabelle F 1.6. Bedeutung tiefenpsychologischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,35	1,85	2,85
<b>Standardabweichung s</b>	1.27	1.04	1.30

Tabelle F 1.7. Bedeutung kunsttherapeutischer Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	1,70	1,95	1,45
<b>Standardabweichung s</b>	1.04	1.09	.94

Tabelle F 1.8. Bedeutung lösungsorientierter Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,88	2,75	3,00
<b>Standardabweichung s</b>	1.32	1.16	1.48

Tabelle F 1.9. Bedeutung körperorientierter Theorien

	<b>Gruppe A + B</b>	<b>Gruppe A</b>	<b>Gruppe B</b>
<b>Mittelwert M</b>	2,63	2,20	3,05
<b>Standardabweichung s</b>	1.49	1.47	1.43