

Literatur:

Harris B. International school-based counselling. Lutterworth: BACP/Counselling MindEd 2013.

Cooper M, McGinnis S, Carrick L. School-based humanistic counselling for psychological distress in young people: A practice research network to address the attrition problem. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2014;14(3):201-11.

Cooper M, Rowland N, McArthur K, Pattison S, Cromarty K, Richards K. Randomised controlled trial of school-based humanistic counselling for emotional distress in young people: Feasibility study and preliminary indications of efficacy. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4(1):1-12.

McArthur K, Cooper M, Berdondini L. School-based humanistic counseling for psychological distress in young people: Pilot randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2013;23(3):355-65.

Pearce P, Sewell R, Cooper M, Osman S, Fugard AJB, Pybis J. Effectiveness of school-based humanistic counselling for psychological distress in young people: Pilot randomized controlled trial with follow-up in an ethnically diverse sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(2):138-55.

Pybis J, Cooper M, Hill A, Cromarty K, Levesley R, Murdoch J, et al. Pilot randomized controlled trial of school-based humanistic counselling for psychological distress in young people: Outcomes and methodological reflections. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2015;15(4):241-50.

Stafford MR, Cooper M, Barkham M, Beecham J, Bower P, Cromarty K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of humanistic counselling in schools for young people with emotional distress (ETHOS): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. [journal article]. 2018 March 09;19(1):175.

Twigg E, Cooper M, Evans C, Freire E, Mellor-Clark J, McInnes B, et al. Acceptability, reliability, referential distributions and sensitivity to change in the Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluation (YP-CORE) outcome measure: replication and refinement. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21(2):115-23.

Rogers CR. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Therapy*. London: Constable and Co; 1961.

Cooper M, Stafford MR, Saxon D, Beecham J, Bonin E-M, Barkham M, et al. Humanistic counselling plus pastoral care as usual versus pastoral care as usual for the treatment of psychological distress in adolescents in UK state schools (ETHOS): a randomised controlled trial. *Lancet Child and Adolescent Health*. 2021;5:178-89.



Mick Cooper, Psychologe; UKCP-registrierter existenzieller Psychotherapeut; Mitglied der British Association for Counseling and Psychotherapy; Professor of Counselling Psychology an der University of Roehampton, Direktor am Centre for Research in Social and psychological Transformation (CREST)

Kontakt:
Mick.Cooper@roehampton.ac.uk

EAH Weiterbildungsreihe:**Heilpädagogische Spieltherapie**

Der Heilpädagogischen Spieltherapie liegt das Konzept der non-direktiven, personenzentrierten Spieltherapie nach Carl Rogers und Virginia Axline zugrunde.

**Bestandteile der Weiterbildung:**

- Auseinandersetzung mit fachspezifischen Theorien
- Praktische und methodische Übungen zum spieltherapeutischen Vorgehen
- Anleitung zur Durchführung eigener personenzentrierter Spieleinheiten
- Supervisionsartige Rückmeldungen
- Selbsterfahrung und Selbstreflexion

Voraussetzungen:

- Abschluss als Heilpädagogin/Heilpädagoge oder eine gleichwertige Qualifikation

Referentin: Stephanie Jofer-Ernstberger
Termine: 8 Blöcke (Sa/So) zu je 12 Unterrichtseinheiten
19. Februar 2022 bis 08. Januar 2023

Umfang: 98 Einheiten
Format: Digital via Zoom und Präsenz in München

Die Weiterbildung „Heilpädagogische Spieltherapie“ wird für die Weiterbildung „Personenzentrierte Beratung mit Kindern und Jugendlichen“ (GwG) angerechnet.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die EAH:

Europäische Akademie für Heilpädagogik im BHP e. V. | Herzbergstraße 82–84 | 10365 Berlin | T: 030/40605070 | M: info@eahonline.de

Prä-Therapie: Halt anbieten bei Kontaktverlust

Dion Van Werde

Einleitung

Dr. Garry Prouty (1936–2009) zufolge kann die Prä-Therapie als eine zentripetale Evolutionsbewegung in der personenzentrierten Psychotherapie betrachtet werden. Proutys Denkweise und Arbeit stehen im Einklang mit der personenzentrierten Psychotherapie (Person-Centered Therapy – PCT) Carl Rogers' (1957) und der theoretischen und praktischen Arbeit Eugene Gendlins (1964). Prouty ging einen Schritt weiter und passte PCT an Menschen an, die traditionellerweise als ungeeignet betrachtet wurden für PCT, da kein Kontakt zu ihnen aufgebaut werden kann. Man ging davon aus, dass mit ihnen weder eine therapeutische Arbeitsbeziehung hergestellt werden kann noch experienzielle Arbeit möglich ist. Prouty formulierte eine Methode, mit der man Menschen erreichen kann, die an Kontaktverlust leiden, und mit denen man in der Folge personenzentriert arbeiten kann (Prouty, 1994; Prouty, Van Werde & Pörtner, 2019; Van Werde, 1990, 1996, 2018).

In diesem Artikel geben wir nach einem Prolog eine Einführung in die Prä-Therapie und illustrieren sie anhand eines Beispiels mit einem Menschen in karatonem Zustand. Danach betrachten wir genauer, wie Prä-Therapie die Arbeit mit Menschen bereichern kann, die in zwei Realitäten gleichzeitig leben – in der gemeinsamen, geteilten Realität wie auch in der hochgradig persönlichen, idiosynkratischen Welt. Wir nennen diese Art von Funktionieren das *Funktionieren in der Grauzone*. Wir schließen diesen Artikel ab mit einem Kunstwerk, das unserer Ansicht nach genau die Problematik eingefangen hat, über die wir berichten^{1,2}.

Auftakt

„Manchmal verlaufe ich mich im Wald. Wahrscheinlich mache ich das absichtlich, nur weiß ich es vorher nicht. Ich verbringe dort sehr viel Zeit. Wenn ich die Baumkronen und die feinen Verästelungen der Zweige betrachte, die Blätter und Früchte, denke ich immer an Axone und Synapsen, und Gedanken. Dann stelle ich mir vor, ich bin in einem großen Gehirn. Was der Wald wohl so denkt? Die Gedanken des Waldes kenne ich nicht, nur meine eigenen. All die Gedanken und Wahrnehmungen und Erlebnisse des Alltags überfluten mich manchmal – ich fühle mich dann überreizt, eingeeengt von Menschen und Anforderungen, zu kopfbelastet, gedankenschwer. Ein Waldspaziergang reinigt mich, erdet mich, verschafft mir wieder Raum. Innen wie außen. Wenn ich mich verlaufe, dann verlaufe ich

mich freiwillig, erkunde neue Wege. Ich habe die Wahl, indem ich mich orientiere, wieder zurückzufinden an den Ort, wo ich wohne, in die Stadt. Dort habe ich wieder Orientierung und Halt.“

Aber was, wenn ich die Wahl nicht habe? Manche Menschen verlieren die Orientierung, den Halt und verirren sich in ihrem Erleben, aus dem sie nicht zurückfinden können. Sie können sich nicht orientieren, wieder verankern und kennen auch die Wege nicht, auf denen sie gehen. Manchmal betreten sie unbekanntes oder verbotenes Gebiet und spüren Angst und Gefahr. Sie sind in ihrer eigenen Welt verloren gegangen und darin eingesperrt. In der Prä-Therapie versuchen wir eine Weggabelung zu finden, an der eine solche Welt die unsere berührt. Wir können ein Angebot der Orientierung und Verankerung geben. Wir bieten Kontakt an. An einer Wegkreuzung können die Welten sich treffen, kollidieren und es können auch Brücken gebaut werden. Es ist ein Ort, von wo aus Raum für Veränderung möglich werden kann, von wo aus man den Weg nach Hause finden kann, wenn man dazu fähig ist, sich auf das Kontaktangebot einzulassen, weil man es sich selbst zutraut und demjenigen, der das Angebot macht.

Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung

Rogers (1957) postulierte, dass *Kontakt* die erste der sechs notwendigen und ausreichenden Bedingungen für eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung sei. Erst wenn Kontakt zum Klienten hergestellt wurde, kann mit einer klientenzentrierten Psychotherapie im Sinne von Rogers begonnen werden. Garry Prouty entwickelte die Prä-Therapie (1976), um mit Menschen mit schweren Kontaktstörungen zu arbeiten. Er arbeitete mit Patienten, die teilweise über 30 Jahre ihres Lebens in Anstalten und Kliniken zugebracht hatten. Kontakt und Beziehungsaufbau erwies sich mit diesen Patienten als extrem schwierig, u. a. weil sie auf der Affektenebene vollkommen erstarrt waren. Eugene Gendlin (1968) nannte diesen Zustand „frozen functioning“. Er beschreibt, wie Menschen nicht mehr mit ihrem inneren Erleben in Kontakt kommen können. Gendlin betrachtete den konkreten und körperlich gefühlten Prozess des inneren Erlebens als ein Schlüsselement in der Psychotherapie. Prouty erkannte, dass dazu eine bestimmte prä-experienzielle Aktivität notwendig ist, um die erstarrten, eingefrorenen affektiven Funktionen wieder „aufzutauen“, sodass die Patienten wieder einen Zugang zu ihrem Innenleben finden können. Mit Proutys Methode kann eine Art der

1 Mit Dank an Frau J. Hein, Psychologin, für den inspirierenden Auftakt und die Hilfe beim Schreiben auf Deutsch.

2 Aus Gründen der Lesefreundlichkeit haben wir im Text und in unseren Fallbeispielen auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich, divers (m/w/d) verzichtet.

„Vor-Beziehung“ geschaffen werden und somit parallel die Voraussetzung für eine weitere therapeutische Arbeitsbeziehung. Die „Vor-Beziehung“ wird auf der Ebene des prä-expressiven Erlebens geknüpft. Das prä-expressive Funktionsniveau bezeichnet ein desorganisiertes und inkohärentes Erleben und Verhalten. Prouty sieht diese Art des Erlebens und Verhaltens als eine Kommunikationsbemühung, einen Kontaktversuch nach außen, der in ein bedeutungsvolles Muster umgewandelt werden kann. Symptomatisches Verhalten kann betrachtet werden als eine Manifestation von beziehungsherstellenden Bemühungen sowie von Bemühungen, Gefühle zu erleben, auch wenn diese „noch nicht“ (und somit „prä“) auf einem expressiven, kongruenten Niveau angesiedelt sind. Das zentrale Element und „Gegenmittel“ zur Entfremdung ist für Prouty *Kontakt*. Er entwickelte mit der Prä-Therapie also eine Methode, mit der beeinträchtigte Kontaktfunktionen von Menschen wiederhergestellt werden können. Symptome tragen in sich den Schlüssel zu Beziehung und Gefühlen, zu Verstehen und Bedeutung. Wenn beispielsweise ein Mann im Gang steht, mit einem ängstlichen Gesichtsausdruck zur Decke hinaufschaut und er Sie, während Sie an ihm vorbei gehen, mit den Worten „Hörst du sie?“ anspricht, so kann das als eine Situation gesehen werden, in der ein Mensch versucht, eine Beziehung herzustellen, indem er eine Frage stellt und versucht, seiner Angst auf prä-expressive Weise mittels seines Gesichtsausdrucks, des Tons in seiner Stimme und seiner physischen Nähe zu Ihnen „Ausdruck zu geben“. Auch wenn er sich seines Gesichtsausdrucks nicht bewusst ist und auch nicht dessen, wie er seine innere Welt durch sein Aussehen und sein Auftreten preisgibt, ist es dennoch offensichtlich, dass dieser Mann versucht, mit den eigenartigen Erfahrungen, die er durchmacht, und den damit zusammenhängenden Gefühlen, die er erlebt, fertig zu werden. Seine Kontaktaufnahme mit Ihnen ist ein bedeutender Moment in einem möglichen Prozess der Offenlegung all dessen, das in der verfremdeten Symptomatik seines Erlebens akustischer Halluzinationen enthalten ist. Prouty formulierte eine Methode, um genau mit diesem symptomatischen Verhalten therapeutisch umzugehen.

Fünf Arten der Kontaktreflexionen nach Prouty

Prä-Therapie arbeitet mit *Kontaktreflexionen*, d. h. das konkrete Verhalten des Klienten und dessen Umgebung werden vom Therapeuten reflektiert, der so mit dem Klienten Kontakt aufnimmt, um die Kontaktfunktionen des Klienten wiederherzustellen und zu stärken. Das heißt, er zielt darauf ab, das basale Bewusstsein von Realität (Menschen, Orte, Ereignisse und Gegenstände), von sich selbst (affektives Erleben, Gefühle, Stimmungen) und von der sozialen Umgebung zu ermöglichen. Die Prinzipien dieser Arbeitsweise können auch auf die Arbeit mit Menschen mit akut oder dauerhaft beeinträchtigten Kontaktfunktionen angewandt werden. Mit den fünf Arten der Reflexion wird der Patient empathisch verstanden und eingeladen, sein prä-expressives Erle-

ben preiszugeben und wieder Kontakt aufzunehmen. Er erhält die Möglichkeit auf kongruente Weise seine Wahrnehmung der Wirklichkeit, das eigene affektive Funktionieren und die eigene Kommunikation zum Ausdruck zu bringen. Es sind an den Klienten gerichtete, konkrete und empathische Beschreibungen dessen, was sich gerade im Moment ereignet oder auch eben noch beobachtbar war.

1. Situationsreflexionen (SR). Benennen von Orten, Gegenständen, Menschen, Ereignissen um Kontakt zur Realität herzustellen, z. B. „Meine Kollegin und ich sitzen auf einem Stuhl“; „Deine Füße stehen beide auf dem Boden“; „Musik im Flur“.
2. Gesichtsreflexionen (GR). Benennen von Mimik und Gesichtsausdrücken. Diese reflektieren prä-expressive Gefühle, die im Gesicht zum Ausdruck gebracht werden. Sie dienen dem Herstellen des affektiven Kontakts, z. B. „Deine Augen sind geschlossen“; „Willy lächelt“.
3. Körperreflexionen (KR). Benennen oder mimisch darstellen – oder mittels einer Kombination beider Methoden – von Körperhaltungen oder Bewegungen. Dies hilft dem Klienten, den Körperausdruck mit dem Selbstgefühl zusammenzubringen, z. B. der Betreuer setzt sich auch gerade; „Sie sitzen gerade“; „Sie frösteln“.
4. Wort-für-Wort-Reflexionen (WWR). Einzelne Wörter, Sätze oder Satzfragmente und anderes verbales Durcheinander wiederholen, um einen kommunikativen Kontakt herzustellen, z. B. „Kommen sie mich holen“; Sie sagen „Hallo Herr Teufel, es war ein gutes Wochenende“.
5. Wiederholende Reflexionen (WR). Reflexionen wiederholen, mit denen es bereits gelungen war einen Kontakt herzustellen. Dies hilft dabei, den Klienten erneut in Kontakt zu bringen, z. B. „Sie fragten, ob sie Sie holen kommen“; „Soeben hat die Sonne hereingeschienen.“

Kontaktreflexionen sind außerordentlich wörtlich und konkret und zielen darauf ab, den ernsthaft zurückgezogenen oder regredierte Klienten zu erreichen. Durch die Technik des Reflektierens werden die Wirklichkeiten der Welt, des Selbst und der anderen auf eine non-direktive und dennoch sehr konkrete Art angeboten – ohne Urteil, ohne Bewertung und ohne Interpretation (Deleu & Van Werde, 1998). Die prä-therapeutischen Reflexionen werden an das niedrige Kontaktfunktionsniveau des Klienten angepasst. Der Therapeut und die Realität erhalten vom Klienten die Erlaubnis, zu seiner idiosynkratischen Welt in Verbindung zu treten. Wenn der Klient es sich zugesteht, mit der Realität, die in einer Reflexion erwähnt wird, Verbindung aufzunehmen („Sie stehen im Gang“, „Sie sehen ängstlich aus“, „Sie sehen mir in die Augen und fragen mich, ob ich sie höre“), dann bedeutet dies, dass er bereits ein klein wenig aus seiner entfremdeten, geschützten Position herausgekommen ist und die Welt sowie denjenigen, der diese Welt verbalisiert, hereingelassen hat.

Er hat erkannt, dass er sich auf dem Gang einer Station befindet, dass ein Therapeut ihn anspricht und dass er, indem er dies tut, vielleicht zum ersten Mal etwas von seinem psychotischen Funktionieren gezeigt und mitgeteilt hat. Bei sich aufbauendem Kontakt kann der Klient sich nun frei dazu entscheiden, in seiner Wirklichkeit zu bleiben oder diese mit anderen zu teilen. Diese Realität kann sich auf äußere und „objektive“ reale Gegebenheiten, wie Menschen, Orte, Ereignisse und Gegenstände beziehen. Es kann sich dabei auch um Kommunikation mit anderen handeln oder auch darum gehen, dass er Kontakt zu seinem eigenen inneren Erleben und seinen Gefühlen aufnimmt.

Die prä-therapeutische Methode lässt sich überall dort gut anwenden, wo ein „Fördern“ und „Anbieten von Kontakt“ Bestandteil der Arbeit ist, um Menschen langfristig dabei zu unterstützen ihr Leben zu meistern und mehr psychologische Freiheit zu erlangen. Vielversprechende Outcome- und Prozess-Studien findet man beispielsweise bei Dodds (2008b), Štěpánková (2015) und Traynor (2018). Für einen Forschungsüberblick verweisen wir auf Dekeyser, Prouty und Elliot (2008).

Einige Beispiele von Anwendungsbereichen der Prä-Therapie, die bereits dokumentiert sind, findet man in der Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung (Peters, 1999; Kriete-meyer und Prouty, 2003; Pörtner, 1996), Autismus (Carrick und Mc Kenzie, 2011), Dissoziation (Coffeng, 2008), bei akuter Psychose (Van Werde, 1990), mit an Demenz erkrankten Patienten (Dodds, 2008a), wo das „Fördern von Kontakt“ Momente der Klarheit bewirken kann, und in der Sterbebegleitung (Van Werde, 2014), wo Kontakt irgendwann dem wortlosen „Beisammen-sein“ Platz macht.

Prä-Therapie wird zudem in unterschiedlichen Therapie-Settings angewandt: in der stationären Psychiatrie (Van Werde, 2007, 2019; Sommerbeck, 2003), zu Hause (Clarke, 2007; Mc Williams und Prouty, 1998), in der Musik-Therapie (Langner, 2017), Spieltherapie (Swan und Schottelkorb, 2015) und beim Snoezelen (Priels, 2005).

Weitere Beispiele von Publikationen über Prä-Therapie als Schwerpunkt in Ausbildungen, dem Begleiten und Weiterbilden von Mitarbeitern findet man bei Courcha, 2015; Ondracek, 2004; Pfeifer-Schaupp, 2009, und Priels et alii, 2006.

Anwendungsbeispiel für Kontaktreflexionen

Das folgende Beispiel fand in einer Einrichtung für Arbeitsintegration statt, in der Menschen mit multiplen Problemen dabei unterstützt werden, wieder ins Arbeitsleben zu finden. Bis heute gab es noch keine Illustration von Anwendungen der prä-therapeutischen Methode im Bereich der ambulanten beruflichen Beratung oder bei edukativen Programmen³.

Ein Teilnehmer der Einrichtung wurde von verschiedenen Mitarbeitern interviewt. Im Nachhinein wurde bekannt, dass

der Mann sein Kind verloren hatte und deshalb unter starken Schuldgefühlen litt. Die Interview-Fragen lösten bei dem Mann einen dissoziativen, katatonen Zustand aus, der sich von 9 Uhr morgens bis 16 Uhr hinzog. Eine prä-therapeutische Intervention fand deshalb statt von 14 bis 16 Uhr.

Bei der Maßnahme zur Arbeitsintegration finden wöchentlich einige Beratungstermine für die Teilnehmenden statt. Hierbei werden von Beratern Gespräche mit den Teilnehmern geführt über die vergangene und aktuelle Lebenssituation, den beruflichen Werdegang und auch was die zukünftigen nächsten Schritte sein werden, um die Teilnehmer auf das Berufsleben vorzubereiten. Es werden unter anderem auch biografische und persönliche Fragen gestellt, die von der Familiensituation, einschneidenden Lebensereignissen bis hin zu Schlafstörungen und Träumen reichen können.

Die bisherigen Termine waren für den Teilnehmer bereits stressreich gewesen. Er hatte in den Gesprächen mehrere Male weggeschaut, minutenlang ins „Leere“ gestarrt ohne Blickkontakt mit der Beraterin zu haben. Seine Körperhaltung war angespannt und seine Atmung erschien auffällig beschleunigt und unregelmäßig. Er vermied es, auf manche Fragen zu antworten mit Aussagen wie „Ich kann dazu nichts sagen“ und „Ich kann mich nicht erinnern“. Für den Gesprächsverlauf war es bis jetzt hilfreich gewesen, in solchen Momenten, in denen seine Anspannung zunahm, die Gesprächsthemen zu neutraleren und positiveren Themen zu wechseln. Im Nachhinein wurde klar, dass die Beraterin dies mehrmals spontan und ohne viel zu überlegen getan hatte.

An dem Tag, als es zu einer prä-therapeutischen Intervention gekommen war, wurden dem Mann im Vorfeld u. a. folgende Fragen gestellt:

„Was möchten Sie gerne ändern?“

„Was sind Ihre Stärken und Schwächen?“

„Was genau soll sich an Ihrer aktuellen Situation ändern?“

„Wie ist gegenwärtig Ihre familiäre Situation?“

„Wo sehen Sie sich selbst in fünf Jahren?“

Die letzte Aussage, die der Teilnehmer an diesem Tag gab, war „Ich weiß nicht ...“ – sein Stresslevel stieg immer mehr an, seine Körperhaltung wurde mehr und mehr rigide. Er *verlor den Kontakt* zu seiner Umwelt, erstarrte und sprach überhaupt nicht mehr. Für Außenstehende erschien keinerlei körperliche Bewegung mehr stattzufinden, es wirkte als wäre der Mann in seinem eigenen psychologischen Bunker eingesperrt. Seine Sitzhaltung sah unbequem aus: Er saß aufrecht, lehnte sich nicht an, sein Kopf neigte sich nach unten, seine Arme waren gestreckt und die Handrücken stützten sich auf die Couch. Er erschien wie gelähmt. Die Kontaktaufnahme zu ihm war also problematisch. Die Beraterin wusste nicht mehr weiter. Sie hatte versucht, sanft mit ihm zu sprechen, leichtere Themen anzusprechen, ihn abzu-

3 Nicht-essenzielle Daten wurden hier geändert, um die Privatsphäre des Teilnehmers zu gewährleisten.

lenken, Ratschläge und Vorschläge zu machen, sie hatte ihn sitzen lassen und ihm Zeit gelassen ... Nichts davon zeigte eine Wirkung oder ermöglichte den Kontakt zu ihm wiederherzustellen. Die Beraterin hatte Schuldgefühle, dass sie einen solchen Zustand bei dem Beratungsgespräch verursacht hatte. Daher wurde ihr Kollege, ein erfahrener Prä-Therapeut, zur Krisenintervention hinzugezogen. Um den Kontakt wiederherzustellen, wurden in diesem Fall von dem Berater die oben genannten prä-therapeutischen Reflexionen angewandt:

Situationsreflexion (SR), Gesichtsreflexionen (GR), Körperreflexionen (KR), Wort-für-Wort-Reflexionen (WWR) und Wiederholende Reflexionen (WR). Zusätzlich kann man Fragen (F) und Kommentare (K) anwenden, wenn sich das Funktionsniveau erhöht, um dem sich wieder entwickelnden Realitätsbezug entgegenzukommen und den Kontaktaufbau noch weiter zu fördern. Fragen und Kommentare sind typisch für das Arbeiten mit Klienten in der *Grauzone* (siehe weiter unten). Einige Ausschnitte aus der zweistündigen Kontaktarbeit:

Berater:

(SR) „Wir sind im Büro.“
 (SR) „Du sitzt auf einer Couch.“
 (GR) „Deine Augen sind geschlossen.“
 (SR) „Deine Füße stehen beide auf dem Boden.“
 (SR) „Meine Füße stehen auf dem Boden.“
 ...
 (SR) „Die Frau nebenan betritt nun den Raum.“
 (SR) „Du sitzt dort, ich sitze hier – auf einem Stuhl.“
 (SR) „Meine Kollegin und ich sitzen auf einem Stuhl.“
 (KR) „Deine Arme sind gestreckt. Deine Handrücken sind auf dem Sofa aufgestützt. Deine Schultern sind hochgezogen.“
 (SR) „Wir sitzen hier. Es ist halb drei.“
 (K), (SR) „Die Einrichtung wird in einer Stunde schließen. Alle müssen dann raus sein. Es ist jetzt drei Uhr.“
 (K) „Wenn du um vier Uhr noch hier bist, müssen wir für einen Transport sorgen, zum Beispiel einen Krankenwagen rufen.“
 ...
 (SR) „Du sitzt auf der Couch.“
 (KR) „Du atmest tief.“
 (KR) „Du sitzt gerade.“
 (KR) „Dein Kopf ist nach unten geneigt.“
 (KR) „Deine Schultern sind hochgezogen.“
 ...
 (SR) „Ich bin hereingekommen, habe mich hingesetzt und mich dann ein wenig näher gesetzt. Jetzt sitze ich hier.“
 (GR) „Deine Augen sind ein wenig geöffnet.“
 ...
 (GR) „Ich kann deine Augen sehen.“
 (SR) „Dein Haar hängt nach unten.“
 (K) „Die Farben deines Schals und deiner Schuhe passen zusammen.“

(SR), (KR), (GR) „Du sitzt auf dem Sofa. Zwischen deinem Rücken und dem Sofa ist etwas Platz. Du sitzt aufrecht. Du schaust nach unten.“

(K) „Deine Handrücken scheinen viel Gewicht zu tragen.“

(F) „Darf meine Kollegin deine Hände berühren? Darf sie deine Hände ein wenig bewegen?“

(F) „Kannst du mit den Augen zwinkern, wenn das ok ist?“ (Er zwinkert einmal – nonverbaler Kontakt!)

...

(WR) „Meine Kollegin hat eben deine Hand berührt.“

(WR), (KR) „Jetzt sitzt du wie vorher. Gerade. Gestützt auf deine Hände.“

...

(K), (SR) Meine Kollegin geht jetzt etwas essen. Sie war den ganzen Morgen hier bei dir. Es ist jetzt halb vier.“

...

(SR) „Oh, jetzt scheint die Sonne ein wenig herein.“

...

(WR) „Soeben hat die Sonne hereingeschienen.“

(SR), (K) „Jetzt sitze ich hier. Nicht mehr so nah bei dir.“

Nach zwei Stunden Prä-Therapie stand der Mann plötzlich sehr langsam auf, Kopf und Augen waren noch immer gesenkt. Er bewegte sich hölzern Richtung Tür und ging. Noch immer hat er kein Wort gesprochen – von 9 bis 16 Uhr ...

Der Berater/Prä-Therapeut hatte in den prä-therapeutischen Reflexionen nicht nur die Realitäten im Raum sondern auch die Vorgänge, die in der Umgebung des Mannes stattfanden, benannt. Er benannte, was die einzelnen Menschen taten, wer herein- und hinausging, wer zum Essen ging. Später am Nachmittag benannte er die Tatsache, dass der Mann nicht allein in dem Gebäude würde bleiben können, wenn geschlossen wird. Angepasst an sein Funktionsniveau bot der Berater ihm immer wieder so viele Möglichkeiten an wie möglich, um ihn wieder zu verankern gemäß dem Prinzip: Je mehr Kontakt ermöglicht wird, desto geringer werden die Symptome. Viel Empathie und Fingerspitzengefühl erfordern hierbei das Timing von Einladungen und Angeboten für Kontakt – ohne Forderungen und Beharren auf einer Veränderung des gegenwärtigen Zustands. Man ermöglicht einen Raum für Verankerung und Kontakt, ohne sich dem Gegenüber aufzudrängen oder in seinen persönlichen Raum einzudringen, der aus gutem Grund geschützt ist. Der Berater ging davon aus, dass der Mann ihn hören konnte und dass er möglicherweise in bestimmten Momenten sogar in der Lage war, seine Worte zu verstehen, obwohl er offensichtlich in einer Art Erstarrung verharrte. Seiner Einschätzung nach befand sich der Mann in einigen Momenten im Funktionsbereich der „Grauzone“ (siehe weiter unten) – d. h. dass die Kontaktebene leicht anstieg. Deshalb verwendete er nicht nur Reflexionen, sondern ab und zu konkrete Kommentare und vorsichtige Fragen, obwohl sehr nah verankert am Hier und Jetzt. Auf die Frage hin zeigte der Mann schließlich sogar eine Reaktion:

ein Zwinkern. Der Mann erschien erst wieder am übernächsten Tag und nahm an der Maßnahme teil „wie gewöhnlich“.

Er war anscheinend mit dem Bus nach Hause gekommen und hatte sich den Abend über und den Tag darauf nicht gut gefühlt. Er hatte sich krankgemeldet. Auf Nachfragen hin, antwortete der Teilnehmer, der sich klar weiter abgeschirmt hat, dass er sich gestern wohl hätte erinnern können, was los gewesen sein, heute jedoch nicht mehr. Er könne sich nur noch erinnern, dass jemand seine Hand berührt habe und dass bestimmte Dinge benannt worden waren. Er konnte sich auch daran erinnern, dass er einige Stunden in dem Raum gewesen sei. Er sagte, er hätte nicht aufstehen können, weil ihm der Rücken weh getan habe. Dann wechselte er schnell das Gesprächsthema und machte „normal“ weiter. Um keinen erneuten Kontaktverlust auszulösen, entschied die Mitarbeiterin, keine weiteren Fragen mehr zu stellen und machte mit dem normalen Tagesprogramm weiter.

Die Grauzone

Die *Grauzone* haben wir als ein Kontaktniveau definiert, das zwischen einem „in der Luft schwebenden“, oder auch psychotischem Funktionieren und einem gut verwurzelten, sogenannten „verankerten“ Funktionieren liegt (Van Werde, 2019). In der Prä-Therapie bezeichnet die Grauzone einen Funktionsbereich zwischen prä-expressiv und expressiv. Bei der Arbeit mit Menschen auf einem höheren Funktionsniveau kann es nämlich vorkommen, dass diese den Kontakt verlieren, beispielsweise bei Dissoziation oder einem starken Rückzug wie in einer Depression, oder wenn sie mit traumatischen Inhalten oder dergleichen in Berührung kommen. Typisch für das „Grauzonenniveau“ ist, dass Charakteristika prä-expressiven Verhaltens, sowie expressiven Verhaltens einander rasch abwechseln oder sogar gleichzeitig vorkommen. Ein Klient beschreibt beispielsweise in einem ganz selbstverständlichen Alltagston seinen Wochenendbesuch zu Hause: „... so und so, Herr Teufel, und dann ging ich ein paar Sachen fürs Abendessen einkaufen, Herr Teufel, und meine Frau sagte ...“ – der Mann vermischte seine Alltagsrealität mit seiner idiosynkratischen, psychotischen Realität, indem er den Therapeuten als den Teufel sah. Der Mann schien sich selbst in keiner Weise darüber bewusst zu sein, wie selbstverständlich und normal sein Tonfall war während er den Therapeuten als den Teufel sah.

In der „Grauzonen-Betreuungsarbeit“ schätzt man zunächst die Funktionsebene des zu Betreuenden ein: Bewegt er sich auf einer expressiven, prä-expressiven oder auf beiden Ebenen gleichzeitig? Daraufhin wählt man das angemessene therapeutische Handeln. Bewegt sich das Gegenüber auf einer expressiven Ebene, wählt man den personenzentrierten therapeutischen Ansatz, auf der prä-expressiven den prä-therapeutischen Ansatz, und bewegt sich das Gegenüber auf beiden Ebenen, bietet man ihm eine Mischung oder auch Auswahl an von prä-therapeuti-

schen Reflexionen und dem klassischen empathischen Zuhören (z. B. „Also, Willy, du sagst ‚es war ein tolles Wochenende, Herr Teufel‘“, und dann gingst du etwas fürs Abendessen einkaufen“).

Ein Arbeiten innerhalb der Grauzone erfordert ein behutsames Eingehen auf das, was das Gegenüber auf konkrete Art und Weise zeigt. Das beinhaltet, empathisch, akzeptierend und authentisch für den Menschen da zu sein. Ihm konkret zuhören und mit ihm zu sein, auch wenn sein Verhalten bizarr und reduziert erscheint. Es ist wichtig, dass keine Reduktion erfolgt – weder auf das Verhalten noch auf neurophysiologische Prozesse noch auf das Erleben oder kognitive Prozesse.

Prä-Therapie: Halt anbieten bei drohendem Kontaktverlust

Ein Kunstwerk von Dan Graham im Museo Fondazione Serralves in Porto bietet unserer Ansicht nach die Möglichkeit, selbst zu erleben, wie sich drohender Kontaktverlust und das unheimliche Gefühl, das dadurch entsteht anfühlen. Es illustriert die Dynamiken, die diesem Zustand zugrunde liegen und kann deshalb dazu beitragen, genauer zu verstehen, wie das Kontaktangebot als Antidotum eine entscheidende Rolle spielen kann gegen einen weiteren Kontaktverlust und einen krisenhaften Absturz.

„Ich betrete einen dreieckigen Pavillon aus Glas. Die drei Wände bestehen aus transparenten Scheiben. Zwei sind Einwegspiegel. Ich kann hindurchsehen, sehe einen grünen Garten, sehe aber auch mich selbst. Eine der drei Scheiben ist bedruckt mit einem Bild desselben Gartens. Dieselben Bäume, Äste, das Gras... Ich sehe eine Spiegelung meiner selbst und zugleich wenigstens zwei Realitäten, die gleichzeitig da sind. Bei dieser Wahrnehmungserfahrung vermischen sich mehrere Realitäten auf unauffällige und unangenehme Weise, sodass ich verwirrt bin. Ich finde keinen Halt mehr, keinen Orientierungspunkt, der mich verankert – weder in mir selbst noch in der „gemeinsamen“ Alltagsrealität des Gartens.“

Auf einem prä-expressiven Funktionsniveau und insbesondere innerhalb der Grauzone überlagern sich auf ähnliche Art und Weise mehrere Realitäten. Im Pavillon „Double Vision“ sieht man den Garten, was auf das Glas gemalt ist und auch, was reflektiert wird. In dem oben genannten Beispiel sieht der Mann den Therapeuten und erlebt ihn gleichzeitig als den Teufel – „Guten Morgen Herr Teufel, ich hatte ein schönes Wochenende.“ Um mit diesem Funktionsniveau therapeutisch umzugehen, ist es wichtig, sich immer wieder mit der Funktionsebene des Gegenübers abzustimmen und Kontakt anzubieten. Prä-therapeutische Reflexionen eignen sich in besonderer Weise dafür, um genau dieses erweiterte Zuhören zu ermöglichen und Menschen einzuladen, wieder Kontakt zuzulassen und aufzubauen. Diese Art der personenzentrierten Begegnung ermöglicht einem Menschen größtmögliche innere Freiheit und Zugriff auf die eigenen Kräfte. Der personenzentrierte Umgang mit Menschen,

die den Kontakt verloren haben, bedeutet, dass man mit einem Menschen in seiner Gesamtheit gegenwärtig ist, wertfrei, offen und dem anderen einen Raum anbietet, in dem er willkommen ist und Kontakt aufnehmen kann, wenn er es wieder kann und will. Es bedeutet auch, sich auf das Kontakt-Funktionsniveau des Gegenübers einzustellen und sich anzupassen. Über Reflexionen wird der Mensch, der den Kontakt verloren hat, eingeladen, sich wieder in der gemeinsamen Realität, der konkreten phänomenologischen Realität und der persönlichen, experientziellen Realität zu verankern. Dahinter steht die Absicht, den Menschen zu befähigen, in seine eigene persönliche Kraft zu kommen, und ihn zu unterstützen, ein Maximum an psychologischer Freiheit zu erlangen trotz der Herausforderungen und Schwierigkeit des Lebens. Beim prä-therapeutischen Ansatz geht es mehr um Kontakt als um Inhalt. Kontakt beinhaltet hierbei mehr als nur den affektiven Kontakt, auf den Therapeuten oft fokussieren. In diesem Ansatz sind der Kontakt mit der Realität und die Kommunikationsfähigkeit von gleicher Bedeutung. Kontakt wird hier in einer sehr ursprünglichen Bedeutung benutzt – es geht um Bewusstsein. In prä-expressiven Zuständen ist die grundlegende, bewusste Wahrnehmung von Menschen, Orten und Ereignissen nicht gegeben, ebenso wenig wie der Zugang zum eigenen Innenleben oder zu einer sozial verständlichen Kommunikation. Diese Fähigkeiten müssen wiederhergestellt werden, bevor irgendetwas anderes möglich ist. Erst dann kann mit Psychotherapie, wie wir sie kennen, begonnen werden. *Erstmal Kontakt. Danach alles andere ...*

Nicht in Kontakt zu sein, ohne sich dafür entschieden zu haben, bedeutet Leid und einen Mangel an Freiheit. Gerade die existentielle Empathie für dieses äußerst tiefe Leiden ist es, die für die Anwendung von prä-therapeutischen Reflexionen inspirieren kann, zu einer äußerst non-direktiven Art des Kontaktangebotes. Es bedeutet: Mit-dem-Menschen-Sein ohne ihn von seinem psychischen Verarbeitungsprozess abzulenken. Man kann darauf vertrauen, dass der andere dieses Angebot annehmen und wieder Kontakt aufnehmen wird, wenn er dazu bereit und fähig ist.

In einer gegebenen Situation oder Interaktion sollte man immer damit beginnen, sich die metadiagnostische Frage zu stellen, auf welchem Kontaktniveau der andere funktioniert. In der Folge sollte man das Kontakt-Angebot daran anpassen. Manchmal wird dies nur darin bestehen, dass man prä-therapeutische Reflexionen anwendet, manchmal – mit Bezug auf die Arbeit in der „Grauzone“ – in einer Mischung aus prä-therapeutischen Reflexionen und konventionellen empathischen Reaktionen und manchmal, indem man „Kontakt“ nur als ein Leitkonzept verwendet, wenn kontaktverstärkende Kommunikation oder Aktivitäten indiziert sind.

Der andere ist immer und in allem, was man als Therapeut macht, der Grund- und Prüfstein.



Dion Van Werde, M.A. Psychologe und Gesprächspsychotherapeut, Supervisor der „Vlaamse Vereniging Cliëntgerichte / Experientielle Psychotherapie en Counseling“ und Mitglied der „Editorial Board of the World Organization for PC / Experiential Psychotherapy“; Ausbildung in Prä-Therapie bei Garry Prouty in den USA; Mitbegründer sowie zertifizierter Trainer und Koordinator des „Pre-Therapy International Network“; Veröffentlichung mehrerer Werke zu Prä-Therapie, internationaler Dozent und Supervisor; langjährige Tätigkeit im KARUS Klinikum in Gent (Belgien) (hier Anwendung der Prä-Therapie im stationären Bereich mit psychotischen Menschen); derzeit tätig im Berufsbildungswerk Neckargemünd im Bereich Arbeitsintegration.

Kontakt: dionysius.vanwerde@gmail.com
www.pre-therapy.com

Literatur:
Carrick, L. & Mc Kenzie, S. (2011). A heuristic examination of the application of Pre-Therapy skills and the person-centered approach in the field of autism. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 10, S. 73-88.

- Clarke, C. (2007). A carer's experience of Pre-Therapy and contact work. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (S. 37-48). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Coffeng, T. (2008). The therapy of dissociation: Its phases and problems. In G. Prouty (Ed.), *Emerging developments in Pre-Therapy: a Pre-Therapy reader* (S. 147-163). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Courcha, P. (2015). "She's talking to me!" Training home carers to use Pre-Therapy contact reflections: an action research study. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14, S. 285-299.
- Dekeyser, M., Prouty, G., Elliott, R. (2008). Pre-Therapy process and outcome: a review of research instruments and Findings. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, S. 37-55.
- Deleu, C. & Van Werde D. (1998). The relevance of a phenomenological attitude when working with psychotic people. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy: a European perspective* (S. 206-215). London: Sage.
- Dodds, P. (2008a). Pre-Therapy and dementia care. In G. Prouty (Ed.), *Emerging developments in Pre-Therapy: a Pre-Therapy reader* (15-21). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Dodds, P. (2008b). Pre-Therapy and Dementia: An action research project. Unpublished PhD thesis, University of Brighton, UK.
- Gendlin, E. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality Change* (S. 102-148). New York: Gruen and Stratton.
- Krietemeyer, B. & Prouty, G. (2003). The art of psychological contact. The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(3), S. 151-161.
- Langner, L. (2017). Personzentrierte Psychotherapie bei eingeschränkten Kontaktfunktionen. Momente der Begegnung durch Prä-Therapie und Klang. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.
- Mc Williams, K. & Prouty, G. (1998). Life enrichment of a profoundly retarded woman: An application of Pre-Therapy. *The Person-Centered Journal*, 1, S. 29-35.
- Ondracek, P. (2004). Personzentriertes Arbeiten und Kontaktförderung. Ansatz zur Wirksamkeitserfassung. In H. Greving (Hrsg.), *Jahrbuch Heilpädagogik 2004. Aktuelle Entwicklungen und Tendenzen in der Heilpädagogik* (S. 75-124). Berlin: BHP-Verlag.
- Peters, H. (1999). Pre-Therapy: a client-centered experiential approach to mentally handicapped people. *Journal of Humanistic Psychology*, 39, S. 8-29.

- Pfeifer-Schaupp, U. (2009). Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit - Prä-Therapie in der Altenpflege. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experientielle Psychotherapie und Beratung*, 13(1), S. 14-24.
- Pörtner, M. (1996). Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Priels, J.-M. (2005). Snoezelen ... C'est le contact ... C'est la vie ! *Le Journal de l'AFPC*, (4), S. 8-17.
- Priels, J.-M., Verhaegen, S., Gyselinck, P. & Miro, N. (2006). La pré-thérapie et le travail du contact. *ACP Pratique et Recherche*, 4, S. 46-61.
- Prouty, G. (1976). Pre-Therapy - a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, S. 290-295.
- Prouty, G. (1994). Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses. New York: Praeger.
- Prouty, G., Van Werde, D., & Pörtner, M. (2019, 6. Auflage). *Prä-Therapie: Klient-zentrierte Therapie mit psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 2, S. 95-103.
- Sommerbeck, L. (2003). *The Client-Centred Therapist in psychiatric contexts: A therapists' guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Štěpánková, R. (2015). The experience with a person with autism. Phenomenological study of the experience with contact and contact reflections. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14, S. 310-327.
- Swan, K. L., & Schottelkorb, A. A. (2015). Contact work in child-centered play therapy: a case study. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14, S. 268-284.
- Traynor, W. (2018). Person-centred therapy and pre-therapy for people who hear voices, have unusual experiences or psychotic processes: Practitioner and client perceptions of helpful and unhelpful practice and perceived client changes. *University*

- of Strathclyde. Retrieved from <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?did=1&uin=uk.bl.ethos.799160> (Costless registration)
- Van Werde, D. (1990). Die Wiederherstellung des psychologischen Kontaktes bei akuter Psychose. Eine Anwendung von Dr. G. F. Prouty's „Pre-Therapy“. *GwG-Zeitschrift*, 21(78), S. 42-45.
- Van Werde, D. (1996). Interview mit Garry F. Prouty. *GwG-Zeitschrift*, 27, 102, S. 43-48.
- Van Werde, D. (2007). Contact work in a residential psychiatric setting: Bridging person, team and context. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (60-71). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Van Werde, D. (2008). Die erweiterte Anwendung von Prouty's Prä-Therapie. (B. Macke-Bruck, Trans.) In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.) *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 77-94). Wien: Krammer.
- Van Werde, D. (2014). Pre-Therapy at its edges: From palliative care to exercising newly recovered contact functioning. In P. Pearce & L. Sommerbeck (Eds.), *Person-Centred practice at the difficult edge* (S. 54-66). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Van Werde, D. (2018). Prä-Therapie und Kontaktarbeit. In: G. Stumm & W. Keil (Hrsg. 2. Auflage) *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 117-125). Wien: Springer.
- Van Werde, D. (2019) Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In: G. Prouty, D. Van Werde & M. Pörtner. *Prä-Therapie* (S. 85-162). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Van Werde, D., & Prouty, G. (1992). Het herstellen van het psychologisch contact bij een schizofrene jonge vrouw: een toepassing van Pre-Therapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 22(4), S. 269-280.
- Van Werde, D. & Prouty G. (2013). Clients with contact-impaired functioning: Pre-Therapy. In: M. Cooper, M. O'Hara, P. Schmid & A. Bohart (Eds, 2nd edition). *The handbook of person-centred therapy* (S. 327-342). Basingstoke: Palgrave.
- Van Werde, D., Sommerbeck, L. & Sanders, P. (2015). Introduction to the Special Issue on Pre-Therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14 (4), S. 263-268.



SAVE THE DATE:

21. GwG-Jahreskongress: 10./11. Juni 2022 in Mainz
Carl C. Rogers zum 120. Geburtstag

Der 21. GwG-Jahreskongress wird ganz dem 120. Geburtstag von Carl Rogers gewidmet sein. Wir tauchen ein und tauschen uns aus: über Rogers' Leben, seine Bedeutung für die Entwicklung der Beratung und Psychotherapie und seine Lebensleistung auch in anderen Bereichen.

Hauptredner*innen: **Prof. Dr. Dorothea Hüsson** und **Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer**

Möchten Sie den Kongress mitgestalten und haben zum Beispiel einen Vorschlag für einen Kurzvortrag oder einen Workshop? Auf unserer Website www.gwg-ev.org finden Sie unseren Call for Papers! Hier finden Sie in Kürze auch weitere Infos zum Programm und zur Anmeldung.

Wir freuen uns schon jetzt auf Sie!