

HERMENEUTISCHE EMPATHIE

Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen

An den Beginn dieser Darstellung möchte ich die These stellen, dass im Bereich der Klientenzentrierten Psychotherapie die Bedeutung und Wichtigkeit aller therapeutischen Reaktionen, die nicht oder noch nicht von unbedingter Wertschätzung und empathischem Verstehen getragen sind, viel zu wenig gesehen, gewürdigt und reflektiert wird.

Es ist natürlich verständlich, dass bei einem Therapiekonzept wie den Rogers'schen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, dessen „core conditions“ Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und empathisches Verstehen darstellen, nicht gewissermaßen deren Gegenteil oder Nichterreichen im Vordergrund des Interesses und der Konzeptualisierung stehen. Dennoch sollte man nicht ausschließlich bei diesen core conditions hängen bleiben, so als ob therapeutisches Handeln ausschließlich aus Wertschätzend- und Empathisch-Sein bestünde. Dies zum Einen deshalb, weil es sich bei Kongruenz, Wertschätzung und Empathie ja um eine Haltung und nicht um Verhaltensweisen (und schon gar nicht um die einzigen Verhaltensanweisungen) für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen handelt. Dies hat übrigens Anne Biermann-Ratjen 2009 hier in Zürich zum Anlass des 30jährigen Bestandsjubiläums der SGGT in ihrem Vortrag über „Empathie heute“ dargelegt und dabei gemeint, dass das Revolutionäre an Rogers' Konzept darin liege, „dass es in ihm nicht um Verhaltensanweisungen an den Therapeuten geht, sondern um **die** Haltung des Therapeuten, die eine wechselseitige Beziehung ermöglicht, und zwar genau die, welche die Bedingung für persönliche Entwicklung ist.“ (2011, S. 45)¹.

Zum Anderen sind Kongruenz, Wertschätzung und Empathie nicht einfach willkürlich und beliebig herstellbar, sie stellen sich vielmehr immer erst ein – oder eben auch nicht. Und der wichtigste Weg, auf dem sie sich einstellen, ist das Beachten und Annehmen aller nicht oder noch nicht bedingungslos wertschätzenden und empathisch verstehenden Reaktionen der Therapeutin und des Therapeuten. Erst über das Ernstnehmen und Verarbeiten der eigenen „negativen“ Resonanz auf die Klientin und den Klienten gelangen wir zum echten Wertschätzen und empathischen Verstehen. Es handelt sich dabei somit nicht um Fehler oder um Unvermögen der TherapeutInnen, sondern um einen notwendigen Entwicklungsweg zum kongruenten Annehmen und zu einem Verstehen vom inneren Bezugsrahmen der KlientInnen aus; darin liegt die Wichtigkeit und Bedeutsamkeit der (noch) nicht wertschätzenden und (noch) nicht empathisch verstehenden Reaktionen.

Das Paradoxon in der Klientenzentrierten Psychotherapie

¹ Bei dieser Gelegenheit hat Biermann-Ratjen auch gemeint, dass Rogers nur aus didaktischen und forschungstechnischen Gründen *sechs* Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess formuliert hätte. „Tatsächlich hätte der eine Satz genügt: *Ein psychotherapeutischer Prozess kommt dann in Gang, wenn der Klient zumindest im Ansatz wahrnimmt, dass ihn der Therapeut unbedingt positiv empathisch beachtet und das auch spürt.*“ (2011, S. 44)

Klientenzentrierte TherapeutInnen haben grundsätzlich ein Paradoxon zu bewältigen, das darin besteht, dass sie in der Therapie nichts anderes als kongruentes, bedingungsfreies Wertschätzen und empathisches Verstehen für die KlientInnen empfinden sollen, in Wirklichkeit aber mit KlientInnen befasst sind, deren Erleben und Verhalten von ihnen selbst und von anderen als defizitär, unbefriedigend, rigide, gestört usw. empfunden wird, und daher nur schwer akzeptiert und verstanden werden kann. KlientInnen begeben sich ja gerade deswegen in Psychotherapie, weil sie einen schwierigen Umgang mit sich und der Umwelt haben bzw. weil sie an eigenen Defiziten, Stagnationen und Inkongruenzen leiden. Derartige Befindlichkeiten und Zustände sind eher nicht dazu angetan, von TherapeutInnen von Anfang an in vollem Umfang kongruent bedingungslos wertgeschätzt und empathisch verstanden werden zu können. Die spontane emotionale Resonanz der TherapeutInnen wird da vielmehr eher eine „negative“ sein. Das sind z. B. Momente, in denen man registriert, dass man sich von der Klientin verärgert oder gelangweilt oder überstrapaziert fühlt, dass man Schadenfreude oder zu starkes Mitleid empfindet, dass man mit Strenge eingreifen möchte oder gegen seinen Willen in Ohnmacht versinkt u. a. m. Aber auch scheinbar „positive“ Resonanzen wie etwa große Begeisterung, drängende Parteinahme oder zunehmende Verliebtheit für die Klientin können eine „negative“ Resonanz im Sinne unserer Therapiebedingungen darstellen. Ich möchte mit Nachdruck darauf aufmerksam machen, dass derartige „negative“ Resonanzen in unseren Psychotherapien unvermeidlich sind. Es handelt sich dabei um den Normalfall der psychotherapeutischen Situation und nicht um Fehler oder Unvermögen der Therapeutin oder des Therapeuten.

Die momentane Befindlichkeit der TherapeutInnen, ob und in welchem Ausmaß man sich gerade z. B. offen, aufnahmefähig, neugierig oder aber verschlossen, gefährdet oder im Rückzug befindet, hängt im Sinne einer zirkulären Beeinflussung immer auch vom Verhalten und Erleben der KlientInnen ab. Nach den verschiedenen Circumplexmodellen² kann interpersonelles Verhalten generell in einem zweidimensionalen Raum, der von der waagrechten Koordinate *Nähe / Freundlichkeit - Distanz / Feindseligkeit* einerseits und der senkrechten Koordinate *Dominanz / Kontrolle – Unterwerfung / Gewähren* andererseits gebildet wird, eingeordnet werden. Jedes auf diesen beiden Hauptachsen eingeordnete Verhalten einer Person löst demnach bestimmte spezifische Reaktionen bei der anderen Person aus. Gewöhnlich besteht hier eine Komplementarität in dem Sinn, dass sich die Verhaltens- und Erlebensmuster der Beteiligten auf der Zuneigungs- / Ablehnungsachse parallel und auf der Macht- / Kontrollachse reziprok entwickeln. Freundlich-dominantes Verhalten führt demnach zu freundlich-submissiven Reaktionen, während feindselige Dominanz zu feindselig-submissiver Resonanz einlädt. Statt komplementärer Reaktionen können natürlich auch immer mehr sich aufschaukelnde konkurrierende Reaktionen ausgelöst werden. Gleichgültig, ob TherapeutInnen in bestimmten Situationen nun komplementär oder symmetrisch reagieren, die Ausprägungen ihrer Reaktionen sind jedenfalls immer auch als Resonanz auf Erleben und Verhalten der Klientinnen aufzufassen.

² Im „Interpersonal Circle“ wurden von Timothy Leary (1957) in Anlehnung an das interpersonelle Denken von Sullivan Persönlichkeitseigenarten bzw. deren extreme Ausprägungen (Persönlichkeitsstörungen) kreisförmig anhand von zwei Achsen (vertikal: Dominanz – Unterwürfigkeit; horizontal: Liebe – Haß) angeordnet. Dieses Circumplexmodell wurde in der Folge u. a. auch im Interpersonellen Zirkel von Kiesler (1983), im IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme) von Horowitz et al. (2003), im „Riemann-Thomann-Modell“ von Thomann & Schulz von Thun (2003), zur Differenzierung von Kommunikationsstilen durch Schulz von Thun (1989) sowie zur Definition der Beziehungssachse der OPD (Arbeitskreis OPD, 2006) weiter verwendet.

Eine Möglichkeit, die eigene Resonanz auf KlientInnen zu erfassen, besteht darin, die Aufmerksamkeit auf das Ausmaß und die Art der therapeutischen Grundhaltungen zu richten, wie man sie zu einem gegebenen Zeitpunkt erleben und verwirklichen kann. Bin ich offen für alles, was ich im Augenblick in mir habe und was gerade von der Klientin in mir berührt und ausgelöst wird? Kann ich empathisch gut mitschwingen oder ist mein Verstehen mehr kognitiv etwa im Sinn einer sozialen Perspektivenübernahme (vgl. dazu die Vorformen von Empathie bei Binder, 1994) oder bin ich zu sehr identifiziert mit dem Gegenüber? Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (1997; 2003) haben dargestellt, dass man eigene Kongruenz und Empathie nicht direkt als solche selber wahrnehmen kann, man kann aber Anzeichen und Hinweise dafür wahrnehmen. Das wichtigste Anzeichen für therapeutische Kongruenz und Empathie ist das Ausmaß und die Art bzw. auch das Fehlen von unbedingter Wertschätzung, die TherapeutInnen für KlientInnen in einer gegebenen Situation verspüren können. Sylvia Keil (2003) hat herausgearbeitet, dass man laufend die Abweichungen von den therapeutischen Grundhaltungen bzw. von der therapeutischen Beziehungsregel, wie sie in den sechs Bedingungen für therapeutische Veränderung durch Rogers formuliert wurde, feststellen kann. Dazu genügt es, sich deutlich einen Felt Sense (bzw. den „Griff“, also adäquate Symbole dafür) für eine Situation zu bilden, in welcher man völlig offen, wertschätzend und empathisch mit einem Gegenüber mitschwingend sein kann, und dann kurz zu checken, ob man in der gegebenen Situation in genau dieser Befindlichkeit präsent ist oder ob und in welcher Art man davon entfernt ist und „abweicht“.

Wir können im Verlauf der Therapie immer wieder mehr oder weniger starke Abweichungen von der durch Rogers' Therapiebedingungen definierten Beziehungsqualität feststellen. Diese Abweichungen bestehen in den verschiedensten Formen von „negativer“ emotionaler Resonanz auf die Klientin oder den Klienten - im Unterschied zur therapeutisch geforderten „positiven“ Resonanz des vollen Wertschätzens und Verstehens. Wenn dies – kongruentes umfassendes Wertschätzen und empathisches Verstehen - jedoch kontinuierlich der Fall ist, dann hat die Therapie bereits ihr Ziel erreicht. In der ersten Auflage von „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“ haben Biermann-Ratjen et al. (1979, S. 12f.) dies deutlich so ausgedrückt: „Wir haben die Annahme, dass dann, wenn es dem Therapeuten möglich ist, die therapeutische Funktion unangefochten zu erfüllen, die psychotherapeutische Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden kann. ... Auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich die therapeutische Beziehung von einer 'normalen' Beziehung: Sie löst sich auf in dem Moment, in dem sie so sein kann, wie sie sein soll.“

Der laufende therapeutische Prozess besteht demnach beim Therapeuten bzw. bei der Therapeutin darin, sich redlich mit dem eigenen „Noch – nicht – bedingungslos – Wertschätzen“ bzw. mit dem „Noch – nicht – empathisch – verstehen – Können“ zu befassen, mit dem Ziel, zum durchgängigen Wertschätzen und Verstehen zu gelangen. Kongruenz, Wertschätzung und Empathie sind daher nicht in vollem Ausmaß als „Input-Variablen“ (Biermann-Ratjen et al., 1979; 2003) aufzufassen, obgleich natürlich ein für Psychotherapie grundsätzlich nötiges Ausmaß davon von Beginn der Therapie an gegeben sein muss.

Rogers' Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung

Rogers hat diese Zusammenhänge ganz allgemein in seiner Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung (1959/1987, Kap. IV) dargestellt. Die Theorie

besagt, dass es einen grundsätzlichen Unterschied macht, ob bei einer Person im Bereich der gerade aktuellen Kommunikation das innere Erleben (*experiencing*) und das Gewährsein davon sowie der (mehr oder weniger bewusste) Ausdruck davon sich in Übereinstimmung befinden oder mehr oder weniger inkongruent zueinander sind. Rogers hat diesen Unterschied in Form einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit (vgl. auch 1961/1973, S. 335) zusammengefasst, die besagt, dass, je größer die kommunizierte Kongruenz bei einem der Partner ist, die Kommunikation zu größerer Kongruenz der Partner, korrekterem gegenseitigen Verstehen und wechselseitiger Befriedigung durch die Beziehung tendieren bzw. je größer die kommunizierte Inkongruenz ist, die wechselseitige Kommunikation zu größerer Inkongruenz, Zerfall des gegenseitigen Verstehens und steigender gegenseitiger Frustration tendieren wird. Kongruenz ist demnach tendenziell „ansteckend“, aber Inkongruenz leider auch. Inkongruente Kommunikation ist verwirrend und frustrierend, weil dabei eine mehr oder weniger große Widersprüchlichkeit besteht zwischen dem, was bewusst ausgedrückt wird und dem, dessen man sich dabei nicht gewahr ist und das man nicht direkt ausdrücken kann, aber es dennoch in irgendeiner Weise vermittelt. Die Resonanz des Kommunikationspartners wird in der Folge mehr oder weniger von dieser Widersprüchlichkeit und Frustration geprägt sein und daher zu weiterer Verwirrung, Abwehr und Inkongruenz tendieren. Es sei hier erklärend darauf hingewiesen, dass die emotionale Resonanz auf einen Kommunikationspartner in den meisten Fällen weniger davon bestimmt wird, *was* der Andere *inhaltlich* fühlt und mitteilt, sondern vielmehr davon, *wie* er sein Erleben und Verhalten gestaltet und im Rahmen der Kommunikation vermittelt. Wichtig sind hier weniger die Inhalte oder gar Probleme, die erlebt und mitgeteilt werden, sondern v. a. *die Art des Erlebens* (offen, rigide, widersprüchlich), *die Art, wie die Person mit ihrem eigenen Erleben umgeht* (keine Gefühle haben, eigenes Erleben ablehnen, mehr oder weniger Bereitschaft zur Selbstexploration, Verantwortung für eigene Gefühle usw.), *sowie die Art ihres Beziehungsangebots* (dominierend / gewährend bzw. abwertend / wertschätzend; verdeckte Beeinflussung; in der Kommunikation implizierte Rollenzuweisungen und „Appelle“, usw.)³. Wenn sich die Person nicht redlich dessen gewahr ist, wie sie mit ihrem inneren Erleben umgeht, ist sie inkongruent, und diese Inkongruenz hat unweigerlich eine spürbare Auswirkung auf den Kommunikationspartner, wie dies in Abb. 1 schematisch dargestellt wird.

Abb. 1

³ Vgl. dazu auch die Erläuterung des inneren Bezugsrahmens durch Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, S. 104ff

PROZESS DER GESTÖRTEN BEZIEHUNG NACH ROGERS

Person A ist in der Kommunikation inkongruent

(inneres Erleben ≠ dessen Gewährsein ≠ dessen Ausdruck)



Person B ist sich (nur) des “bewussten” Teils der Kommunikation gewahr, erlebt aber “unterschwellig” Unstimmigkeit, ist also selbst auch inkongruent geworden



A ist ohnehin schon “verletzlich”, erfährt Reaktion von B um so mehr als verwirrend oder bedrohlich, A's Abwehr und Inkongruenz verstärken sich



B erlebt noch mehr Unstimmiges, B's Abwehr und Inkongruenz nehmen ebenfalls zu



A UND B ZUNEHMEND INKONGRUENT, BEZIEHUNG ZUNEHMEND FRUSTRIEREND

Man kann sich den Auswirkungen von inkongruenter Kommunikation nicht entziehen, sie werden auf jeden Fall zumindest unterschwellig wahrgenommen. Es besteht dabei aber auch – wenigstens theoretisch - die Möglichkeit, dass der Kommunikationspartner (Person B) sich auch dieser unterschweligen Wahrnehmungen gewahr wird und auf diese Weise der Widersprüchlichkeit und Frustration der inkongruenten Kommunikation nicht verfällt. Durch die volle Beachtung und Wertschätzung der eigenen Resonanz kann Person B wenigstens für ihren Teil wieder kongruent werden. Damit kann – möglicherweise – der Grundstein dafür gelegt werden, die Dynamik der gestörten Beziehung zu unterbrechen und der Dynamik einer kongruenten Kommunikation Platz zu schaffen. Ein kongruenter Kommunikationspartner ist in der Lage, sowohl sein eigenes inneres Erleben deutlich und exakt zu vermitteln, wie auch die Antworten des Anderen „korrekt und in *extensionaler* Weise – mit *Empathie* für dessen *inneren Bezugsrahmen* – wahrzunehmen“ (Rogers, 1959/1987, S. 64) Wenn Person B in dieser Weise kongruent ist, ist sie im Bereich der Kommunikation nicht „verletzlich“ und „es entwickelt sich die positive Beachtung, die sie [dem Anderen] gegenüber empfindet, in Richtung einer bedingungslosen positiven Beachtung“ (ebd.). Diese Erfahrung des bedingungslosen Akzeptiert-Werdens oder auch des Verstanden-Werdens bewirkt in der Folge ihrerseits bei Person A, dass die Notwendigkeit von Abwehr bzw. von Verzerrung der Selbst- und Fremdwahrnehmung abnimmt und die Person offener gegenüber sich selbst und anderen werden kann. A wie B können in der Kommunikation zunehmend mehr Kongruenz erleben, wie dies in Abb. 2 schematisch angedeutet wird.

Abb. 2

UNTERBRECHUNG DER DYNAMIK DER GESTÖRTEN BEZIEHUNG

Person A ist zu Beginn der Kommunikation inkongruent

(organismisches Erleben ≠ dessen Gewahrsein ≠ dessen Ausdruck)



Person B nimmt sowohl "bewussten" Teil der Kommunikation wie auch die Inkongruenz wahr

wird dadurch nicht verwirrt, kann vielmehr beides akzeptieren oder sogar verstehen



A nimmt Akzeptiert-Werden oder Verstanden-Werden wahr, ist daher weniger "verletzlich", d.h. offener für sich bzw. für eigene Inkongruenz, Wahrnehmung wird exakter



B erlebt, dass er im Erfahrungsfeld von A etwas Positives bewirkt hat, empfindet um so mehr positive Beachtung für A, Wahrnehmung wird exakter



KONGRUENZ BEI A UND B NIMMT ZU, BEZIEHUNG WIRD IMMER ERFÜLLENDER

Aus der Dynamik der inkongruenten Kommunikation und der möglichen Unterbrechung dieser Dynamik können *zwei wichtige Folgerungen* gezogen werden. *Zum Einen* kann als generelle Regel angenommen werden, dass Inkongruenz beim Kommunikationspartner tendenziell „negative“ Reaktionen auslöst. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Reaktionen nicht immer um „negative“ Gefühle wie Abgelehnt-Sein, Ärger, Langeweile oder Ähnliches handeln muss, es können genau so gut Gefühle von rigider Verbundenheit, Zuwendung, Verliebtheit, unangemessen positive Bewertungen, usw. vom Gegenüber ausgelöst werden. In dem Maß, in dem diese Reaktionen aber klar erkannt und wertschätzend wahrgenommen werden, eröffnen sie auch die Möglichkeit, die auslösenden Inkongruenzen des Anderen zu erspüren und sich ihrer gewahr zu werden. *Das bedeutet also zweitens*, dass Inkongruenz von Kommunikationspartnern grundsätzlich besser wahrgenommen werden kann, als vom Betroffenen selbst. Dieser ist ja zum Schutz seiner Selbststruktur in Abwehrprozessen befangen und wird sich daher per definitionem der eigenen Inkongruenz am wenigsten gewahr. In dieser Gesetzmäßigkeit, dass andere die Inkongruenz deutlicher spüren können als die Betroffenen selbst, ist im Übrigen auch der Ermöglichungsgrund für ein Unternehmen wie Psychotherapie zu sehen.

Umgang mit der eigenen Resonanz

Die moderne Neurobiologie (Stichwort Spiegelneurone) scheint uns übrigens zu bestätigen, dass es möglich ist, natürlicherweise und spontan zu erfassen und mitzufühlen, wie andere befindlich sind und fühlen. Wenn ein Mensch in unser Wahrnehmungsfeld tritt, aktiviert er in uns eine neurobiologische Resonanz. Es werden dann in uns dieselben Nervennetzwerke aktiv, die auch aktiv würden, wenn wir selbst täten, was wir gerade beim anderen wahrnehmen; wir bekommen also intuitiv und spontan mit, was den anderen bewegt.

Dieses intuitive Mitfühlen-Können ist eine Gegebenheit, die jedoch im alltäglichen

zwischenmenschlichen Kontakt in Grenzen gehalten wird, da ja bestehen bleibt, dass unsere Wahrnehmungen immer von unserer eigenen Wahrnehmungsstruktur, also von unseren gesamten eigenen Vorerfahrungen bzw. von unserem eigenen inneren Bezugsrahmen her bestimmt ist. Von daher besteht also grundsätzlich die Möglichkeit, dass z. B. eine „negative“ Resonanz nicht nur von der Inkongruenz des Kommunikationspartners, sondern auch von einer eigenen Inkongruenz her ausgelöst wird, indem ich etwa ein bestimmtes Erleben oder Verhalten bei mir selber nicht gut haben kann. Dies zeigt zum Einen auf, wie wichtig es ist, dass PsychotherapeutInnen zumindest im Bereich der Therapie selber einigermaßen kongruent sind. Eine auf Selbsterfahrung basierende Ausbildung und eine eigene Lehrtherapie sollten hier zu einer realistischen Selbstwahrnehmung und einem authentischen Umgang mit sich selbst verhelfen. Zum Anderen kann aber auch angenommen werden, dass auch dann, wenn eine „negative“ Resonanz von der Inkongruenz der Therapeutenperson ausgelöst wurde, doch auch das jeweilige Inkongruent-Sein der Klienten-Person dabei mit im Spiel ist. D. h. dass die „negative“ Resonanz auch in diesem Fall eine Spur zur Klienten-Person beinhaltet. Aber wie auch immer: Zutreffendes intuitives Mitfühlen setzt immer ein gut integriertes Selbst, ein gelungenes Selbst-fühlen-Können voraus. Oder anders ausgedrückt: Um die Mischung von Eigenem und Fremdem in der eigenen Resonanz auseinander zu halten und zu klären, bedarf es großer Achtsamkeit und Authentizität.

Beim Umgang mit der eigenen Resonanz in der Therapie geht also in erster Linie darum, sie überhaupt wahr- und anzunehmen und sie möglichst klar wahrzunehmen. Offen ist dann, in welcher Form und in welchem Umfang die eigene Resonanz in der laufenden therapeutischen Kommunikation auch zum Ausdruck gebracht wird. Rein pragmatisch möchte ich hier vier Möglichkeiten unterscheiden:

1. Die eigene Resonanz kann - gewollt oder auch ungewollt - spontan und unreflektiert zum Ausdruck gebracht werden.
2. Man kann die eigene Resonanz mit mehr oder weniger Bedacht in mehr oder weniger kontrollierter Form dem Anderen mitteilen.
3. Man kann unter Hintanstellung der eigenen Resonanz eine andere Intention verfolgen oder Strategie einschlagen und die eigene Resonanz dabei mehr oder weniger beiseite lassen.
4. Und schließlich kann die eigene Resonanz weniger zur Mitteilung, sondern v. a. dazu verwendet werden, sich über die Befindlichkeit des Anderen, über seine Anliegen oder überhaupt über seine oder ihre innere Welt, seinen oder ihren inneren Bezugsrahmen klarer zu werden.

Es ist klar, dass in der Klientenzentrierten Therapie die vierte Möglichkeit angebracht ist. Die erste Möglichkeit sollte eher ausscheiden, da es in der Psychotherapie ja vor allem darum geht, alles zu tun, dass die KlientInnen sich ihrem eigenen Innenleben zuwenden können und sich nicht mit dem Innenleben der TherapeutInnen befassen müssen. Die zweite Möglichkeit ist sicherlich in den meisten Fällen von alltäglicher Kommunikation angebracht. Im Fall der Psychotherapie sollte jedoch die therapeutische Resonanz nicht als solche dem Klienten und der Klientin mitgeteilt werden soll – außer in wenigen Ausnahmefällen, wo derartige Selbsteinbringungen des Therapeuten notwendig und hilfreich sind. In unserem Fall soll die eigene Resonanz dazu dienen, die Spur zum Verstehen des Klienten aufzunehmen. Es geht darum, zunächst zu erfassen, was genau am Klienten meine Resonanz ausgelöst hat. Dies soll dann zum zweiten Schritt helfen, der darin besteht, eine Ahnung von der inneren Dynamik (Inkongruenzdynamik), von einem möglichen Sinn seines oder ihres (inkongruenten) Erlebens und Verhaltens zu bekommen. Dies ist der Beginn des

Verstehens des Klienten und der Klientin von seinem oder ihrem inneren Bezugsrahmen her. Vorstellungen, wie die Klientin und der Klient vergleichsweise optimal oder kongruent sein müssten, um eine „positive“ Resonanz in mir auszulösen, aber auch der Einbezug von Wissen über störungsspezifische Erlebensformen und deren Entstehung sowie der Rückgriff auf schon bekannt gewordene relevante lebensgeschichtliche Daten, Situationen und Einflüsse können hier jeweils von großer Hilfe sein.

Es soll in diesem Zusammenhang aber auch noch die dritte der o. g. Möglichkeiten erörtert werden. Ich denke hier an die Möglichkeit, dass TherapeutInnen *ausschließlich die Intention, wertschätzend und akzeptierend sein zu wollen*, verfolgen und dabei die eigene Resonanz gar nicht wahrnehmen oder einfach übergehen, jedenfalls nicht in irgendeiner Weise mit berücksichtigen. Dies erscheint mir dann jedoch eine groteske Karikatur klientenzentrierten therapeutischen Vorgehens zu sein. Unsere früheren Ausbildungen, die sehr auf ein Training von skills (wie etwa VEE) zentriert waren, haben sicherlich dieses Missverständnis ungewollt gefördert, indem nämlich Wertschätzen und Akzeptieren geübt und vermittelt werden konnte, ohne dabei auf die wirkliche eigene Resonanz oder Befindlichkeit zu achten. Auch wenn hier ein ehrliches Bemühen um Wertschätzen und Akzeptieren im Spiel ist, so wird dies doch eher als etwas nur Oberflächliches bis Inkongruentes zu bewerten sein. Damit ein psychotherapeutischer Prozess beginnen und stattfinden kann, muss hingegen eine bestimmte Tiefe des Erlebens erreicht und gehalten werden; ein oberflächliches Engagiert-Sein genügt nicht. Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen müssen sich emotional von den KlientInnen betreffen lassen und sich auf sie einlassen, d. h. sie müssen von ihrer wirklichen eigenen Resonanz ausgehend arbeiten.

Das Paradoxon der Klientenzentrierten Therapie kann aufgelöst werden, wenn die TherapeutInnen speziell ihre „negativen“ Resonanzen sorgsam wahr- und ernst nehmen und in weiterer Folge dazu verwenden, um das an den KlientInnen, was diese Resonanz auslöst, tiefer zu erkennen und zu verstehen. Umfassendes professionelles Wissen über spezifische Erlebensformen von Störungen und deren Entstehung sowie professionelles Einfühlungsvermögen in das lebensgeschichtliche Geworden-Sein der KlientInnen werden dabei eine unverzichtbare Hilfe sein.

Verstehenshypothesen bilden

Die sorgsame Wahrnehmung der eigenen emotionalen Resonanz auf die Klientin, sowie die sorgsame Wahrnehmung dessen, was genau an der Klientin oder am Klienten diese Reaktionen auslöst, soll dazu dienen, Verstehenshypothesen bzgl. der Inkongruenzdynamik, d. h. bzgl. der inneren Bedeutung und Wichtigkeit dieser Befindlichkeiten der Klientin oder des Klienten zu bilden. Verstehenshypothesen sind intuitive Erkenntnisse, Aha-Erlebnisse, Bilder, Konstrukte u. ä., wodurch die Therapeutin und der Therapeut die Klientin und den Klienten in ihrer momentanen Problematik „probeweise“ verstehen können. Es wird dabei versucht, die jeweilige Inkongruenzdynamik zu verstehen, d. h. zu verstehen von welchen inneren Nöten, Intentionen und Werten das jeweilige Verhalten und Erleben der Person bestimmt ist.

Es handelt sich um eine Verstehenshypothese, wenn der Therapeut z. B. „versteht“, dass eine Klientin, die immer ausführliche „Geschichten“ von anderen Personen erzählt, damit indirekt ausdrückt, dass es ihr im Kontakt mit anderen ähnlich ergeht, wie es dem Therapeuten mit der „nur“ Geschichten erzählenden Klienten geht. Hier enthält die Resonanz des Therapeuten gewissermaßen einen direkten Hinweis auf

das Erleben der Klientin: so, wie es mir mit ihr geht, geht es ihr mit anderen oder auch mit sich selbst. Das Gefühl, leicht genervt und von einem direkten Kontakt hingehalten zu werden, wie es der Therapeut in der Therapie empfindet, könnte für die Klientin in ihrem Beziehungsumfeld charakteristisch sein.

Die therapeutische Resonanz kann aber auch Hinweise auf das Erleben, das die Klientin vielleicht gerade nicht hat oder gar nicht haben will, enthalten. Dies etwa dann, wenn die Therapeutin lustvolle Sympathie für das Scheitern der Bemühungen der Klientin bei ihren Vorsätzen bezüglich Ordnung schaffen, Zusagen einhalten u. ä. empfindet: hier kann es sein, dass die Therapeutin von der Lebendigkeit des sabotierenden Teils der Klientin angesprochen wurde, - etwas, was der Klientin selbst bisher vielleicht noch gar nicht zugänglich war.

Obschon die Beachtung der eigenen Resonanz den Therapeuten in vielen Fällen sozusagen direkt oder ohne viele Zwischenschritte zum Verstehen der Klientin führen kann, ist dieser Weg aber in mindestens ebenso vielen Fällen wesentlich aufwendiger. Für das Verstehen fremd anmutender, verstörender oder scheinbar völlig unsinniger Verhaltens- und Erlebensformen wird der Therapeut dabei auf sein professionelles Wissen über verschiedenste Störungsformen ebenso zurückgreifen müssen, wie er für Erfassen des Inneren Bezugsrahmens der Klientin sich in deren lebensgeschichtliches Gewordensein einfühlen können muss. Es kann z. B. sein, dass die Therapeutin den nicht nachvollziehbaren Wunsch der Klientin nach einer abrupten Verringerung der Therapiefrequenz (nur mehr alle 3 Wochen statt wöchentlich) dann erst „richtig“ versteht, wenn sie realisiert, dass die Klientin bei einer Mutter, die ihre Tochter immer als Freundin „verwendet“ hat, gelernt hat, ihr Gegenüber immer möglichst zu schonen – und sie folgerichtig jetzt auch die Therapeutin schonen möchte.⁴ Eine solche, vom lebensgeschichtlichen Gewordensein der Klientin inspirierte Verstehenshypothese ermöglicht der Therapeutin gleichzeitig, den zunächst unverständlichen Impuls der Klientin zu verstehen, aber auch, ihm wertschätzend und empathisch entgegnetreten zu können. Ein anderes Beispiel bietet ein Klient, dessen anhaltendes leises, aber bestimmtes Klagen darüber, von der Umwelt immer wieder nicht angenommen und eher abgewertet zu werden, beim Therapeuten allmählich ziemlichen Ärger über die überzogene Generalisierung und die unverrückbare Hartnäckigkeit dieses Klagens auslösen. Durch den Einbezug der lebensgeschichtlichen Situation des Klienten, der als Kind oft mit der elterlichen Zumutung, der „Größe“ sein zu sollen, konfrontiert war, gelang es dem Therapeuten ein mögliches Verständnis der Inkongruenzdynamik des unablässigen Klagens des Klienten zu erringen. Dieser Klient hat vielleicht den Anspruch, immer als wichtig und willkommen anzukommen, verinnerlicht, und konnte gegenteilige Erfahrungen nicht in sein Selbst integrieren, d. h. er konnte nie lernen, sich selbst auch als einen gut auszuhalten, der einmal nicht besonders bei der Umwelt ankommt.

Die beiden letzten Beispiele zeigen, dass sich die emotionale Reaktion der Therapeutin bzw. des Therapeuten (z. B. Unverständnis oder Ärger über den Impuls der Klientin) relativ rasch verändert oder auflöst, sobald sie verstehen, aus welchen Hintergründen die Klientin bzw. der Klient zu solchen Impulsen kommt. So kann beispielsweise auch das ständige leichte Angreifen und Kritisieren einer Klientin „erträglicher“ werden, wenn man versteht, dass dies Versuche der Kontaktaufnahme eines Menschen sind, der in seiner familiären Atmosphäre aus bestimmten Gründen gelernt hat, Emotionen ja nicht direkt und offen zu zeigen.

Sehr oft wird es aber auch dazu kommen, dass die „negative“ Resonanz länger aufrecht bleibt bzw. KlientInnen nur mit bewusster Anstrengung „ertragen“ werden

⁴ Dieses Beispiel wird nebst weiteren konkreten Situationen ausführlicher bei S. Keil (2003) dargestellt.

können, obwohl man schon gute Hintergründe für ihr So-Sein ausmachen konnte. Beispiele dafür wären etwa die frustrierende Unveränderlichkeit von Depressiven, das ärgerliche Sich-nicht-wirklich-Einlassen-Können und Verstecken-Müssen von Alkoholikern, die unvermittelten Angriffe oder Beziehungsabbrüche von Borderlinern oder die quälenden bis verletzenden Vorwürfe von Menschen mit narzisstischen Zügen, wenn sie nicht ständig als großartig empfunden und bewundert werden. Ein Beispiel dafür wäre ein Klient, der immer wieder in Phasen maßlosen Schimpfens und Beschuldigens einer völlig unfähigen, egoistischen und feindlichen Umwelt, seien es staatliche Behörden, Lehrer, Berufsvereinigungen oder auch persönliche Nachbarn und Bekannte, gerät, was soweit geht, dass der Klient sich gezwungen sieht, seine Auswanderung in die Wege zu leiten. Der Therapeut empfindet zunehmende Empörung bis Wut über die grotesken Beschuldigungen, aber auch Angst, auch selber einer völligen Abwertung zu verfallen. Der Therapeut kommt in diesem Fall auf eine erste Spur des Verstehens, als er sich klar macht, dass der Klient sich in diesen Phasen tatsächlich in Lebensgefahr, d. h. sich wie von Vernichtung bedroht fühlen muss. Die Vernichtungsangst könnte grundgelegt worden sein in den Erfahrungen eines Sohnes, dem vom Vater Spitzenleistungen zugemutet werden, die der Sohn auch immer wieder erbringt, jedoch ohne vom Vater dafür ein adäquates Feedback oder gar Anerkennung zu bekommen. Zum schlüssigen Verstehen der Inkongruenzdynamik fehlen hier aber doch noch einige Puzzlesteine. Der Klient spricht zwar in etwa auf eine dem Vater gegenüber erlebte Vernichtungsangst an, aber diese Situationen und Zusammenhänge müssen erst noch weiter und tiefer exploriert werden.

Besonders bei Persönlichkeitsstörungen bzw. bei KlientInnen mit frühen Störungen gilt, dass man Erlebens- und Verhaltensformen, soweit man sie nicht aus eigener Erfahrung kennt, nur dann annähernd annehmen oder verstehen kann, wenn man professionelles Wissen darüber hat („Verstehen durch Wissen“ Eckert, 1985). Hervorragende Beispiele für derartiges „mitfühlendes Wissen“ bieten etwa die Beschreibungen von Binder & Binder (1991) (ich erwähne hier nur beispielsweise die Erlebensmuster der „Ewigkeitsnorm“, der Omnipotenzpflicht, des Basisharmoniebedürfnisses, des voluntativen Defizits usw. bei Depression), oder – neben vielen anderen – die Beschreibungen der Dynamik des Drangverhaltens bei Swildens (1991).

Wie aus den angeführten Beispielen schon hervorgehen dürfte, können die Verstehenshypothesen, die im Lauf der Therapie gebildet werden, eine sehr unterschiedliche Reichweite haben. Es kann dabei versucht werden, gerade die momentane Befindlichkeit oder aber typische, wichtige, sich immer wiederholende Reaktionsmuster von KlientInnen zu verstehen. Über diese fortlaufenden Verstehenshypothesen hinaus können aber auch übergreifende Hypothesen darüber gebildet werden, wie die Beziehungs- und Persönlichkeitsstrukturen der Klientin insgesamt zu verstehen sind, was die relevanten Inkongruenzdynamiken dabei sein könnten und wie diese lebensgeschichtlich entstanden sind. Dies wird weniger während des laufenden Therapieprozesses geschehen, sondern mehr in der nachträglichen Reflexion der eigenen Arbeit oder im Rahmen von Intervision und Supervision. Um die Wahrnehmung für diese spezifischen Reaktionen zu schärfen, habe ich mir übrigens angewöhnt, mir selber, aber auch meinen SupervisandInnen Fragen wie etwa die folgenden zu stellen: Wie wäre für dich eine lange Tagesreise in einem Eisenbahnabteil gemeinsam mit dieser Klientin? In welcher Befindlichkeit steigst du am Abend aus dem Zug aus? Mit welchen Gefühlen blickst du auf diesen Tag zurück? Was alles hat diese Person in dir ausgelöst? Um immer wieder therapeutisch kongruent werden zu können, ist es unverzichtbar, sich all dieser Reaktionen redlich gewahr zu werden und sich nicht im therapeutischen Bemühen

um Empathie und Wertschätzung darüber hinweg zu täuschen.

Ablauf der Arbeit mit Verstehenshypothesen (Prozessuale Diagnostik)

Wenn man von einer Verstehenshypothese „affiziert“ ist, arbeitet man sozusagen mit der Hypothese „im Hinterkopf“ normal weiter; nur in Einzelfällen kann die Hypothese auch direkt mitgeteilt und exploriert werden. Die Therapeutin und der Therapeut achten jedoch darauf, ob sich Veränderungen insofern ergeben, als sie die Klientin und den Klienten in der Folge ein Stück mehr wertschätzen und empathisch verstehen können bzw. die Klientin und der Klient sich ihrer selbst ein Stück mehr gewahr geworden sind. Je nach dem Maß dieser Veränderungen sind die Verstehenshypothesen zu modifizieren bzw. neue Verstehenshypothesen zu finden.

Es sei an dieser Stelle nochmals darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei den hier gemeinten Verstehenshypothesen weniger um kognitive Konstrukte, etwa im Sinn einer bloßen Idee darüber, dass und warum die Klientin so ist, wie sie ist, handelt. Unter Verstehenshypothese ist hier vielmehr eine emotional geladene Ahnung, ein berührender Zusammenhang, eine Intuition, ein noch unsicheres Aha-Erlebnis gemeint, was bewirkt, dass sich ein im Vergleich zur ursprünglich verspürten Resonanz veränderter oder neuer Felt Sense in der Therapeutin und im Therapeuten bilden kann. Dieser neue Felt Sense sollte dann ein Stück weniger „abweichend“ sein vom „idealen“ Felt Sense bei der vollen Erfüllung der Therapiebedingungen, also dem Felt Sense in einer Situation, in welcher man völlig offen, wertschätzend und empathisch mit dem Gegenüber mitschwingen kann. Damit kommt man schrittweise dem Ziel näher, eine therapeutische Beziehung herzustellen, in welcher man die Klientin und den Klienten *durchgängig* kongruent bedingungslos wertschätzen und empathisch verstehen kann.

Der Ablauf dieser prozessualen Diagnostik ist in der folgenden Tabelle schematisch in mehreren Schritten dargestellt. Diese Abfolge ist aber nicht linear, sondern als wechselseitig verschränkter (feedback-geleiteter) Kreislauf bzw. als Vorgehen im Sinne eines hermeneutischen Zirkels zu verstehen: das Wahrnehmen der eigenen Resonanz soll helfen, genauer zu erfassen, welches Verhalten und Erleben der Klientin, des Klienten bzw. welche Eigenheiten daran die eigene Resonanz auslöst; diese genauere Wahrnehmung bzw. das probeweise Verstehen der Klientin, des Klienten soll wiederum die Wahrnehmung der eigenen Resonanz im Sinne eines besseren Verstehens schärfen; weiters ergibt sich aus der Hypothesenbildung die „Strategie“ des weiteren therapeutischen Vorgehens und die dabei gemachten Erfahrungen bedingen wiederum genauere bzw. modifizierte oder neue Verstehenshypothesen. All dies geschieht so lange, bis die Therapeutin und der Therapeut eben durchgehend die Klientin wirklich bedingungslos wertschätzen und empathisch verstehen können.

Abb. 4

<i>Schritte der prozessualen Diagnostik</i>	
1	Genaueres Wahrnehmen der eigenen Resonanz auf die Klientin und ihr Beziehungsangebot
2	Erfassen, <i>was genau</i> an der Klientin bzw. an ihrem Beziehungsangebot die eigene Resonanz auslöst.

Schritte der prozessualen Diagnostik	
3	Wie müsste Klientin optimal / kongruent sein / handeln, so dass meine Resonanz „positiv“ (völlig wertschätzend und empathisch verstehend) wäre? Gegebenenfalls Einbezug von <i>störungs- oder situationsspezifischem Wissen</i>
4	Einbezug des lebensgeschichtlichen Geworden-Seins (<i>familiäre Atmosphäre</i>) der Klientin
5	Versuch, sich vorzustellen, für welche (inneren) Nöte , Schmerzen, unerfüllten Bedürfnisse, usw. der Klientin dieses Erleben und Verhalten not-wendend gewesen sein könnte bzw. noch immer ist
6	Intervenieren mit dieser Verstehenshypothese „im Hinterkopf“ = der Klientin „probeweise“ ein Stück „verständnisvoller“ gegenüberreten
7	Überprüfen, ob die Verstehenshypothese die vom Klientenzentrierten Konzept geforderte Beziehungsqualität weiterbringt oder nicht (Kongruentes unbedingtes Wertschätzen und empathisches Verstehen von Klientin und Therapeut).
8=1	Modifizieren der Verstehenshypothese / nächste Verstehenshypothese

Der hermeneutische Aspekt

Das empathische Verstehen gilt als ein wesentlicher Wirkfaktor in der Psychotherapie. In der Klientenzentrierten Therapie wird Empathie so definiert, dass TherapeutInnen die Befindlichkeit der KlientInnen in der Art und Weise erfassen und mitfühlen sollen, wie die KlientInnen sich selbst innerhalb ihres eigenen inneren Bezugsrahmens sehen und erleben. Dabei gibt es nun eine grundsätzliche Schwierigkeit. Die KlientInnen befassen sich ja in der Therapie in erster Linie mit den Denk-, Erlebens- und Verhaltensmustern, mit denen sie selbst nicht zurecht kommen und die ihre Probleme und Leiden ausmachen, sie befassen sich also mit ihren Inkongruenzen. In diesen Bereichen, in denen und wegen derer man sich in Psychotherapie begibt, kann man sich selbst gerade *nicht* empathisch verstehen. Das Problem und die Herausforderung für die TherapeutInnen besteht daher darin, die Personen, die sich selbst nicht verstehen, doch allmählich - und noch dazu ganz wertschätzend und empathisch - zu verstehen. Man könnte sagen, die TherapeutInnen müssen dahin kommen, die KlientInnen mehr oder besser oder tiefer zu verstehen, als diese sich selbst wertschätzen und verstehen können. In diesem Sinn muss therapeutische Empathie immer *hermeneutische* Empathie sein (vgl. W. Keil, 1997).

Das hermeneutische "Mehr" besteht darin, dass versucht wird, in der Begegnung mit etwas "Unvollständigem" oder "Verfälschtem" das jeweils "Ganze" oder "Unverfälschte" aufzufinden oder wiederherzustellen. Die konkrete hermeneutische Vorgehensweise geschieht dabei in der Form des sogenannten hermeneutischen Zirkels. Es wird einerseits immer wieder von den Teilen auf das (noch fehlende) Ganze, aber andererseits auch immer wieder vom (noch nicht gegebenen) Ganzen auf die Teile (bzw. deren Hineinpassen und Einordnung in das Ganze) geschlossen. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis eben aus dem bisher Unvollständigen ein Ganzes entsteht, das logisch konsistent und emotional kongruent erfahren werden kann.

Therapeutische Empathie ist also insofern hermeneutisch, als sie nicht nur mit der

gegebenen Befindlichkeit der Klientin mitschwingt, sondern darüber hinaus versucht, sich vorzustellen, für welche inneren und äußeren Situationen der Klientin dieses problematische Erleben und Verhalten *not-wendend, sinnvoll und überlebenswichtig* gewesen sein könnte bzw. noch immer ist. Es geht darum, die je individuellen Bedeutungen, existenziellen Notwendigkeiten und persönlichen Botschaften der Bereiche zu erahnen, aufzuspüren und zugänglich zu machen, die für die Klientinnen selber noch problematisch, leidvoll und unverständlich sind. Die TherapeutInnen müssen zu einem „besseren“ Verstehen der KlientInnen kommen, das deren bisher mögliches Selbstverstehen übersteigt. Und erst wenn die TherapeutInnen die KlientInnen in ihrer Problematik wirklich bedingungslos wertschätzen und verstehen, werden diese sich selbst wirklich wertschätzen und verstehen können.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Empathie heute. *PERSON*, 15 (1), 44-51.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979¹; 2003³). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Therapiekonzepte zur Veränderung*. Eschborn: Klotz.
- Eckert, J. (1985). Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? *GwG-info* 59, 115-122.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme – (IIP-D). Handanweisung*. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.
- Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON* 7,1, 37-50.
- Keil, W.W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 1 (1), 5-13.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-217.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Roland.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. ersch.: 1959 A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184-256)
- Rogers, C.R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt Tb.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG (Original erschienen 1988: Prozesgerichtete gesprekstherapie)
- Thomann, C. & Schulz von Thun, F. (2003). *Klärungshilfe 1. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren*. Neuauflage. Reinbek: Rowohlt Tb.