

**SELBSTOFFENBARUNGEN SEITENS DER PSYCHOTHERAPEUTINNEN -
REGELWIDRIGKEIT ODER PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION?**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Ursula Bartl

Esteplatz 7/8, 1030 Wien

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien im Juli 2018

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Ursula Bartl, geboren am 22. Februar 1967 in Hallein erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, 06.07.2018

Ort, Datum

Ursula Bartl

Unterschrift

SPERRVERMERK

Die Master Thesis mit dem Titel:

[hier Titel der Master Thesis eingeben]

Autor/in: [hier Vornamen und Namen der/des Autorin/Autors eingeben]

ist aufgrund wichtiger rechtlicher oder wirtschaftlicher Interessen laut Bescheid des Studienrechtlichen Organs der Donau-Universität Krems vom bis zum gesperrt.

Der Bescheid wurde in Kopie oder als pdf-Datei an das Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit übermittelt.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

WIDMUNG

Für Stefan, Flo, Vicky und Mama

DANKSAGUNG

Meiner Mutter für das Damals & Dort, wodurch das Hier & Jetzt möglich ist.

Meinem Mann, der mich in den vergangenen Jahren stets unterstützt hat, mein Ziel *Ausbildung mit Studiumsabschluss* zu erreichen.

Meinen Kindern, Florian und Viktoria, die sehr verständnisvoll und mit viel *Verzicht auf Mama* mir Zeit und Raum schenkten. Sie beide gestatteten mir, diese Arbeit in meiner ganz persönlichen Art und Weise zu schreiben.

Meinem Schwiegervater, Willibald, der mir mit seinem Humor über so manche Klippe hinweg half und stets existenzielle Absicherung zur Verfügung stellte.

Dr.ⁱⁿ Christina Gollner für Ihre stets respektvolle und wohlwollende fachliche und supervisorische Begleitung.

Dr.ⁱⁿ Dorit Warta und Günter Juhnke, MSc., für Ihre Selbstoffenbarungen und das Mut machen.

FreundInnen, die über ein Jahr hinweg Geduld und Güte für meine Abwesenheiten in physischer, psychischer und geistiger Natur aufbrachten. Ich habe sicher unzählige Male nicht bemerkt, wie viel Rücksicht mir, meinem Tun und Sein geschenkt wurde.

Man muss, was man nicht weiß, schreiben, um es kennenzulernen.

Martin Walser in „Meßmers Momente“, S.97; 2014; Rowohlt Verlag

ABSTRACT

Titel: Selbstoffenbarungen der PsychotherapeutInnen – Regelwidrigkeit oder psychotherapeutische Intervention?

Verfasserin: Ursula Bartl

Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen werden immer wieder als regelwidrige Arbeitshaltung aufgefasst. Diese Master Thesis untersuchte unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen eine Selbstoffenbarung seitens der PsychotherapeutInnen als Intervention anwendbar ist. Außerdem wurde der Frage nachgegangen, ob Selbstoffenbarungen Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens aufweisen.

Methodisch wurde eine Literaturliste erstellt, die aktuelle Fachpublikationen aus Datenbanken und weiterführende Fachliteratur zur Beantwortung der Forschungsfragen heranzieht.

Die Ergebnisse der Recherche zeigen, dass Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen als psychotherapeutische Intervention eingesetzt werden können. Außerdem konnte erarbeitet werden, wie diese Intervention charakterisiert ist, welche Anwendungsrichtlinien empfohlen werden und welche Wirkungen und Nebenwirkungen zu erwarten sind. Zusätzlich befasst sich diese Master Thesis mit den Kontraindikationen dieser Intervention und es wird geklärt, inwieweit diese Intervention auch gestalttherapeutischem Arbeiten entspricht. Offene Fragen und Limitationen werden im Kapitel Diskussion dargestellt, außerdem werden Perspektiven zur Anwendung der Intervention in der psychotherapeutischen Praxis gegeben.

Stichworte für die Bibliothek:

Selbstoffenbarung, Abstinenz, gestalttherapeutisches Arbeiten, psychotherapeutische Interventionsformen, Intersubjektivität, Relationalität;

ABSTRACT

Title: Therapists' self-disclosure – a breach of rules or a psychotherapeutic intervention?

Author: Ursula Bartl

Therapist's self-disclosures on clients are still seen as a stance against rules. This master thesis investigated the assumptions and conditions under which therapists' self-disclosures are psychotherapeutic interventions. It also tried to find out to what extent self-disclosures involve characteristics of working as a Gestalt therapist.

Methodically a literature search was done in databases and relevant specialized literature was considered.

The results show that therapists' self-disclosures with clients can be used as psychotherapeutic intervention. Furthermore, this research revealed how this intervention is characterized, which guidelines to self-disclose are published and which effects and side-effects can be expected. In addition this master thesis summarizes contra-indications of self-disclosures and it clarifies how this intervention corresponds to the practice of Gestalt Therapy.

In chapter 3 remaining questions and limitations are discussed and chapter 4 gives an overview on how to use self-disclosures in sessions.

Keywords:

Self-disclosure, abstinence, key concepts in Gestalt Therapy, psychotherapeutic interventions, intersubjective/ relational psychoanalysis;

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Relevanz des Themas	1
1.2	Ziel und Fragestellungen dieser Master Thesis	4
1.3	Methodisches Vorgehen	6
2	THEORIEN ZU SELBSTOFFENBARUNGEN	8
2.1	Grundlagen und Definitionen dieser Master Thesis	9
2.1.1	Psychotherapeutische Intervention.....	10
2.1.2	Selbstoffenbarungen der PsychotherapeutInnen	14
2.1.3	Abstinenz der PsychotherapeutInnen.....	17
2.1.4	Intersubjektivität	21
2.1.5	Subjektivität.....	25
2.1.6	Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung seitens der TherapeutInnen 28	
2.2	Charakterisierung der Selbstoffenbarung als Interventionsform	30
2.2.1	Kategorien und Anwendungsrichtlinien	31
2.2.2	Gestik, Mimik, Körpersprache.....	37
2.2.3	Selbstoffenbarung versus Selbstdarstellung	40
2.2.4	Häufigkeit und Dauer der Selbstoffenbarungen	43
2.2.5	Inhalte der Selbstoffenbarungen.....	45
2.2.6	Zeitpunkt und Ort einer Selbstoffenbarung.....	48
2.3	Wirkungen und Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen	54
2.3.1	Wirkungen aus der Sicht der PsychotherapeutInnen.....	59
2.3.2	Wirkungen aus der Sicht der KlientInnen	62
2.3.3	Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen.....	65
2.4	Grenzen und Kontraindikationen der Selbstoffenbarung	69

2.5	Gestalttherapie und die Interventionsform der Selbstoffenbarung	74
2.5.1	Interventionen in der Gestalttherapie.....	76
2.5.2	Acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens	78
2.5.3	Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen sind gestalttherapeutisches Arbeiten	84
2.6	Zusammenfassung des Theorie-Teils	86
3	DISKUSSION	89
3.1	Reflexion der Ergebnisse und Erkenntnisse	91
3.2	Unvorhergesehene Schwierigkeiten mit dem Thema	96
3.3	Offene Fragen und Limitationen	98
4	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND PERSPEKTIVEN	99
4.1	Schlussfolgerungen und Fazit	99
4.2	Perspektiven	100
4.2.1	Anwendungsrichtlinien nach Henretty & Levitt, 2010	100
4.2.2	Ein Wunsch an Ausbildungsinstitutionen.....	103

1 EINLEITUNG

1.1 Relevanz des Themas

Unter einer Selbstoffenbarung seitens des/r PsychotherapeutIn versteht man verbale Äußerungen oder auch körpersprachliche Signale, die Meinungen, Haltungen oder Informationen von und über den/die PsychotherapeutIn preisgeben. Selbstoffenbarungen der PsychotherapeutInnen, während einer psychotherapeutischen Sitzung, galten lange Zeit als Regelwidrigkeit. In der Tradition der Psychoanalyse wurden und werden Abstinenz und Neutralität als Grundhaltungen eingefordert. Obwohl sich andere Psychotherapie-Schulen entwickelten, wurde die abstinente bzw. neutrale Haltung der TherapeutInnen von den meisten Richtungen mehr oder weniger streng übernommen.

Freud vertrat die Meinung, dass Abstinenz und Neutralität den psychotherapeutischen Prozess im Sinne der Entwicklung einer Übertragungsneurose fördern. So sei die Schaffung einer Übertragungsneurose Voraussetzung für eine Heilung der KlientInnen. Abstinenz bedeutete: der/die TherapeutIn (der Analytiker) äußert keine persönlichen Meinungen, Werte, Haltungen oder gibt persönlichen Rat. Genauso wenig wurden persönliche Erfahrungen oder biographische Fakten mitgeteilt. So soll eine Übertragungsliebe (oder auch Übertragungshass) provoziert werden, die dann Ausdruck der Konstitution und Erfahrungen der frühen Kindheit des/r KlientIn war. Die verdeckten Impulse des Unbewussten werden bewusst (gemacht), wodurch es zu einem Wandel der Persönlichkeit des Individuums kommt.

Mit der Zeit entdeckten sowohl Strömungen der Psychoanalyse, als auch die humanistischen Psychotherapieschulen das heilsame Potential der Selbstoffenbarungen als eine Interventionsform vor allem zur Festigung des Arbeitsbündnisses und der therapeutischen Allianz. Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung, den Neurowissenschaften und der Säuglings- und Bindungsforschung haben, in den über hundert Jahren der Anwendung dieses Heilverfahrens, die Psychotherapien weiterentwickelt. PsychotherapeutInnen offenbar(t)en gegenüber ihren KlientInnen immer wieder persönliche Werte oder

Erfahrungen – und sei es *nur* in der Art und Weise, wie sie ihre Therapieräume gestalten oder sich heutzutage auf ihren Webseiten präsentieren.

Der Gestalttherapie wird in dieser Master Thesis im Kapitel 2.5 ein Extrateil gewidmet. Sie bildet aus meiner Sicht in vielerlei Aspekten eine Ausnahme unter den psychotherapeutischen Schulen. So kennt die Gestalttherapie zum Beispiel kein *Manual* für die TherapeutInnen. Ein Manual wäre ein Widerspruch zur Gestalttherapie, denn Gestalttherapie heißt für die TherapeutInnen selbst „So-Sein“ und nicht „So-Sollen“. Würde es Behandlungsmanuale oder andere Schemata geben, so würde das der gestalttherapeutischen Haltung widersprechen. Laura Perls hat es folgendermaßen ausgedrückt: „Gestalttherapie ist ein Ansatz, der seine Bedeutung von dem erhält, was ist, nicht von dem, was sein sollte.“

Eine ähnliche Erklärung findet sich im *Lexikon der Gestalttherapie* unter dem Schlagwort *Intervention*: „....die Gestalttherapie [ist; Anm.d.Verf.] nicht durch eine ‚Methode‘ oder ‚Technik‘, sondern durch eine besondere Haltung gekennzeichnet...“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 159).

In der Gestalttherapie mag es nun keine Anleitungen oder Techniken geben, dennoch können im *Lexikon der Gestalttherapie* die Begriffe *Intervention* und *Gestalttechnik* nachgeschlagen werden. So stellt sich die Frage, was *Intervention* in der Gestalttherapie heißt und welche Bedeutung Selbstoffenbarungen haben könnten.

Der Aspekt von *kein Manual haben und doch Interventionen setzen*, führt in der Gestalttherapie in einen Graubereich. Fogarty et al. (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016) bringen mit ihrer Publikation Licht ins Grau. Sie publizieren 2016 einen Artikel, in dem *acht Merkmale des gestalttherapeutischen Arbeitens* definiert werden. Anhand dieser Publikation lässt sich die Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen als psychotherapeutische Interventionsform und dem gestalttherapeutischen Arbeiten zuordnen.

Das Ergebnis der Literaturrecherche zeigte mir insofern eine Relevanz des Themas, als Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen sehr genau beschrieben und charakterisiert sind. In gestalttherapeutischer Fachliteratur konnte ich das Thema unter dem Schlüsselwort *Selbstoffenbarung* allerdings nicht finden. Beim Studium von Gestalt-Literatur fiel mir jedoch auf, dass Selbstoffenbarungen seitens der

TherapeutInnen in Falldarstellungen nahezu selbstverständlich als Intervention eingesetzt werden.

AusbildungskandidatInnen berichten darüber, dass sie in ihren eigenen Lehrtherapien Selbstoffenbarungen seitens der LehrtherapeutInnen erlebt(en). Die meisten KollegInnen empfinden diese Interventionen als sehr positiv und hilfreich. Berichtet wurde mir auch, dass es sich stets um kurze und scheinbar beabsichtigte Sequenzen gehandelt habe. Die LehrtherapeutInnen würden meist sehr schnell zum momentanen Inhalt der Therapie zurückkehren. Besonders taktvoll und behutsam wird es von den AusbildungskandidatInnen empfunden, wenn, bevor ein/e LehrtherapeutIn einen persönlichen Inhalt offenbart, fragt, ob eine persönliche Erzählung oder Meinung gestattet sei. Die Wirkung dieser Interventionen bestehe hauptsächlich in einem Normalisieren der Empfindungen, berichten die KollegInnen.

Ob sich diese Darstellungen und Erfahrungen einzelner KollegInnen in der Fachliteratur bestätigt finden und welche Aspekte noch relevant sein können, möchte ich in dieser Master Thesis herausfinden.

1.2 Ziel und Fragestellungen dieser Master Thesis

In der psychotherapeutischen Begegnung stellen TherapeutInnen unterschiedliche Qualitäten und Intensitäten von Kontakt den KlientInnen zur Verfügung. Qualität und Intensität sind zum einen von der Psychotherapie-Richtung abhängig, andererseits von der TherapeutInnen-Persönlichkeit und von der Persönlichkeit der KlientInnen (inkl. möglicher psychischer Störungsbilder). Daraus ergibt sich ein großer Spannungsbogen für PsychotherapeutInnen, die, ihrer Psychotherapie-Richtung, ihrer persönlichen Haltung und der Persönlichkeit der KlientInnen entsprechend versuchen, ein psychotherapeutisches Beziehungsangebot zur Verfügung zu stellen. Die Brisanz dieses Spannungsbogens zeigt sich auch in den Publikationen zum Thema der Selbstoffenbarungen. Zwar war es mir nicht möglich, rein schulenspezifische Publikationen zu finden, aber es gibt eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema *Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen* als psychotherapeutische Interventionsmethode. Ziel dieser Master Thesis ist es nun, Selbstoffenbarungen seitens des/r PsychotherapeutIn genauer zu betrachten, um zu erkennen, worin der Sinn und die Bedeutung von Selbstoffenbarungen liegen können.

Folgende Forschungsfrage soll daher in dieser Master Thesis beantwortet werden:

Unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen ist eine Selbstoffenbarung seitens des/r PsychotherapeutIn als therapeutische Intervention anwendbar?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage ist es notwendig, Unterfragen zu stellen, die verschiedene Themenfelder schulenübergreifend abdecken:

- Grundlagen und Definitionen: Wie wird eine psychotherapeutische Intervention definiert? Was versteht man unter einer Selbstoffenbarung? Was heißt Abstinenz? Welchen Einfluss haben die Erkenntnisse aus der Intersubjektivitätsforschung? Worin zeigt sich missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung seitens des/r PsychotherapeutIn?

- Charakterisierung der Selbstoffenbarung als Interventionsform: Welche Kategorien oder Typen von Selbstoffenbarungen gibt es? Wie wird diese Interventionsform angewendet? Welche Bedeutung haben nonverbale Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen? Worin unterscheiden sich Selbstenthüllung, Selbstoffenbarung und Selbstdarstellung? Wie oft und wie lange offenbaren PsychotherapeutInnen? Was wird offenbart? Wann und wo offenbaren TherapeutInnen?
- Wirkungen und Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen: Von welchen Wirkungen berichten TherapeutInnen/ KlientInnen? Von welchen Nebenwirkungen berichten TherapeutInnen/ KlientInnen?
- Grenzen und Kontraindikationen von Selbstoffenbarungen: Wo liegen die Grenzen seitens der TherapeutInnen/ KlientInnen? Welchen KlientInnen schaden Selbstoffenbarungen?
- Gestalttherapie und die Interventionsform der Selbstoffenbarung: Welche Bedeutung haben Interventionen in der Gestalttherapie? Wie sieht gestalttherapeutisches Arbeiten aus? Wie kann die Intervention der Selbstoffenbarung dem gestalttherapeutischen Arbeiten zugeordnet werden?

Im Kapitel 2, Theorien zu Selbstoffenbarungen, werden diese Themenfelder erörtert.

Kapitel 3, Diskussion, reflektiert die Ergebnisse und Erkenntnisse, außerdem werden unvorhergesehene Schwierigkeiten mit dem Thema dargestellt und offene Fragen sowie Limitationen dieser Master Thesis ausgearbeitet.

In Kapitel 4 werden meine gewonnenen Schlussfolgerungen beschrieben und Perspektiven formuliert.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Master Thesis wurde methodisch als Literatuarbeit erstellt. Ausgehend von drei Publikationen aus Fachjournalen erfolgte eine Recherche in den online Datenbanken der Donau-Universität-Krems.

Folgende drei Publikationen haben mich auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Selbstoffenbarungen aufmerksam gemacht:

1. Berg, H., Antonsen, P., & Binder, P.-E. (2016). Sediments and Vistas in the Relational Matrix of the Unfolding „I“: A Qualitative Study of Therapists' Experiences With Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 26(3), 248-258.
2. Henretty, J.R., Currier, J.M., Berman, J.S. & Levitt, H.M. (2014). The Impact of Counselor Self-Disclosure on Clients: A Meta-Analytic Review of Experimental and Quasi-Experimental Research. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 61(2), 191-207.
3. Ziv-Beiman, S. (2013). Therapist Self-Disclosure As an Integrative Intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 23 (1), 59-74.

In einer ersten Recherche in den online Datenbanken suchte ich zum einen zu den Schlüsselwörtern: „therapists' self-disclosure, self-disclosure, Selbstoffenbarung, Selbstdarstellung, Selbstenthüllung, selektive Authentizität“, zum anderen führten mich die Literaturangaben der Ausgangsliteratur zu weiteren Publikationen. In den Suchfunktionen wurde die Suche auf Publikationen wie folgt eingeschränkt: Einzel-Psychotherapie und -Coaching, Erwachsene (Alter 18+), ab 1980

Des Weiteren wurde Basisliteratur aus der Gestalttherapie, humanistischen und psychodynamischen Psychotherapieschulen verwendet.

Nachdem die unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen das Thema der Selbstoffenbarung seitens der PsychotherapeutInnen aus ihren jeweiligen Blickwinkeln betrachten, erfolgte die Auswahl der Literatur für den Theorieteil nach folgendem Einteilungsschema der Psychotherapie-Schulen:

- humanistisch-existenziell orientierte Schulen

- kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Schulen
- psychoanalytisch und tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte Schulen
- systemisch orientierte Schulen

Diese Master Thesis bezieht sich auf den mitteleuropäischen und angloamerikanischen Lebensraum. Sehr wenig wurde bisweilen über Selbstoffenbarung seitens der PsychotherapeutInnen in der psychotherapeutischen Arbeit mit unterschiedlichen ethnischen Gruppen publiziert. Daten aus multikulturellen Settings liegen vor allem aus dem angloamerikanischen Raum vor und es gibt Publikationen zum Thema Selbstoffenbarung in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Sowohl bei Kindern und Jugendlichen, als auch im Themenkreis von Diversität werden Selbstoffenbarungen als Intervention gerne eingesetzt, um zum Beispiel ein hierarchisches Gefälle zwischen KlientInnen und TherapeutInnen auszubalancieren.

Bei der Übersetzung des englischen Wortes *disclosure/ self-disclosure* wird in dieser Master Thesis ausschließlich das deutsche Wort *Selbstoffenbarung* verwendet.

Wörterbücher, wie zum Beispiel Pons™, bieten zwar auch *Enthüllung, Aufdeckung* zur Übersetzung an. Diese Wörter werden in der Master Thesis nicht verwendet, da sie im Zusammenhang mit dem Bereich der Psychotherapie und des psychotherapeutischen Arbeitens andere Bedeutung haben und somit zu einer Verständnisverwirrung führen könnten.

Es wurde in dieser Master Thesis darauf geachtet, möglichst geschlechtsneutral oder den Geschlechtern gegenüber ausgewogen zu schreiben. Hauptsächlich wird das Binnen-I (wie zum Beispiel: KlientInnen) verwendet. In manchen Passagen wird auch nur die männliche oder nur die weibliche Form verwendet, um den Lesefluss zu gewährleisten oder im Rahmen einer Falldarstellung eine reale Situation wieder zu geben.

2 THEORIEN ZU SELBSTOFFENBARUNGEN

Im Kapitel 2 werden zu Beginn die Grundlagen und Definitionen zum Thema Selbstoffenbarungen seitens des/r PsychotherapeutInnen beschrieben. Ziel ist es dabei, die Selbstoffenbarung als Interventionsform im Setting der psychotherapeutischen Einzelsitzung betrachten zu können. In 2.2-2.4 wird diese Intervention genauer in ihrer Anwendung und Charakteristik beschrieben. Die Auswirkungen von Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen im Sinne von Wirkungen und Nebenwirkungen werden in Publikationen meist von zwei Betrachtungspunkten beleuchtet: sowohl die KlientInnen als auch die TherapeutInnen beurteilen Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Intervention. Schließlich wird in 2.4 auf die Grenzen dieser Interventionsform eingegangen.

Im Kapitel 2.5 wird das Thema der Interventionen in der Gestalttherapie beleuchtet. Fogarty et al. haben in ihrer Publikation „What do Gestalt Therapists do in the Clinic?“ acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens publiziert (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016). Anhand dieser acht Merkmale wird versucht, die Intervention der Selbstoffenbarung in die Gestalttherapie einzubetten.

2.1 Grundlagen und Definitionen dieser Master Thesis

In den folgenden Kapiteln 2.1.1-2.1.6 werden die wesentlichen Begriffe dieser Master Thesis definiert.

Die Definitionen wurden aus aktuellen Publikationen, Lehrbüchern, Fachliteratur und von der Website des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit recherchiert und zusammengestellt. Folgende Begriffe bedürfen der näheren Betrachtung und einer Definition:

- 2.1.1 Psychotherapeutische Intervention
- 2.1.2 Selbstoffenbarung des/r PsychotherapeutIn
- 2.1.3 Abstinenz des/r PsychotherapeutIn
- 2.1.4 Intersubjektivität
- 2.1.5 Subjektivität
- 2.1.6 Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung des/r PsychotherapeutIn

In der vorliegenden Master Thesis wird dann auf diese Definitionen Bezug genommen. Ziel ist es dabei, ein klareres Bild über Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen als Intervention zu bekommen.

2.1.1 Psychotherapeutische Intervention

Das Wort *Intervention* leitet sich vom lateinischen Verb *intervenire* ab und wird mit *dazwischentreten* oder *einschreiten* übersetzt. In der Psychotherapie wird jene Handlung als Intervention bezeichnet, die ein/e PsychotherapeutIn zu einem bestimmten Zeitpunkt, nämlich während der Therapiesitzung im gerade laufenden Prozess, setzt. Der/die TherapeutIn schreitet also ein. Das drückt auch aus, dass ein momentanes Geschehen durch das Einschreiten unterbrochen wird. Stumm und Pritz beschreiben *Intervention*, aus der Sicht der dynamischen Gruppenpsychotherapie im *Wörterbuch der Psychotherapie* als ein:

„...theorie- und indikationsbezogenes, absichtsvolles Verhalten, das darauf gerichtet ist, Interaktionen, Beziehungen und Prozesse im Hier-und-Jetzt der Gruppe erkennbar, erfahrbar, reflektierbar und bearbeitbar zu machen und alternative Verhaltensweisen und Beziehungsformen zu unterstützen. Intervention ist somit zielorientierte, bewusste, beschreibbare und beobachtbare Handlung, ist Eingreifen in ein Geschehen zu einem bestimmten Zeitpunkt, ist Impuls geben, ist abhängig von Personen und Beziehungsgeschehen, ist geplant und überprüfbar (Ergebnis).“ (Stumm & Pritz, 2009, S. 328)

Obwohl sich diese Definition auf das Setting der Gruppenpsychotherapie bezieht, kann sie auch zur Definition der psychotherapeutischen Intervention in der Einzeltherapie herangezogen werden. Beachtenswert ist, dass die Intervention als eine absichtsvolle, zielorientierte Handlung des/r PsychotherapeutIn definiert wird.

Diese Definition der Intervention ist vergleichbar mit den sechs Kategorien der psychotherapeutischen Interventionen aus der *Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit. Diese sechs Kategorien einer psychotherapeutischen Intervention lauten:

1. Stützung für den Patienten (z.B. durch Fragen, Orientierungen, Deutungen etc.);

2. kontextabhängig geplantes Vorgehen der Psychotherapeutin (in Institution oder freier Praxis);
3. Eingehen der Beziehung auf derselben Ebene, als kooperative Haltung der Psychotherapeutin;
4. Aufnahme vieler sprachlicher Begriffe und Wendungen der Patientin, Verwenden der natürlichen Sprache und Aufgreifen der Worte der Patientin und deren Bedeutung (semantisch und emotional);
5. Herstellen von Zusammenhängen, um Sinn (Bedeutung) aufzufinden oder zu stiften;
6. Genaue und detaillierte Beobachtung mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung (Bundesministerium für Gesundheit, 2004, S. 16)

Auffallend an dieser Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit ist, dass auch hier, wie bei Stumm und Pritz (2009), die psychotherapeutische Intervention als ein *kontextabhängiges geplantes Verhalten* beschrieben wird.

Nun stellt sich die Frage, welcher der sechs Interventionskategorien eine Selbstoffenbarung seitens des/r TherapeutIn zugeordnet werden kann?

Ad 1) „....Stützung für den Patienten....“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): Selbstoffenbarungen werden von vielen KlientInnen als stützend, entlastend, normalisierend empfunden. Auf diesen Aspekt wird im Kapitel 2.3.2 *Wirkungen aus der Sicht der KlientInnen* genauer eingegangen.

Ad 2) „....kontextabhängiges, geplantes Vorgehen der Psychotherapeutin....“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): Selbstoffenbarungen als Intervention in einer Psychotherapie sind immer kontextabhängig und sollten im Vorfeld von den TherapeutInnen wohl überlegt und geplant sein.

Ad 3) „....Eingehen der Beziehung auf derselben Ebene, als kooperative Haltung der Psychotherapeutin....“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): Selbstoffenbarungen sind eine der Möglichkeiten, den KlientInnen eine kooperative Haltung in der therapeutischen Beziehung anzubieten.

Ad 4) „....Aufnahme vieler sprachlicher Begriffe und Wendungen der Patientin, Verwenden der natürlichen Sprache und Aufgreifen der Worte der Patientin und deren

Bedeutung (semantisch und emotional)...“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): dieser Kategorie der Intervention entsprechen Selbstoffenbarungen eher weniger, denn wenn PsychotherapeutInnen vom eigenen Erleben oder eigenen Erfahrungen berichten, verwenden sie auch ihre eigenen Worte und persönliche Sprache.

Ad 5) „...Herstellen von Zusammenhängen, um Sinn (Bedeutung) aufzufinden oder zu stiften...“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): bei dieser Kategorie der Intervention ist im Zusammenhang mit der Selbstoffenbarung Vorsicht geboten. Der Sinn, der sich für den einen Menschen ergibt, muss nicht dem Sinn oder der Bedeutung eines Anderen entsprechen. Sehr wohl kann aber die Bedeutung des eigenen Erlebens mitgeteilt werden, um dem/r KlientIn ein Modell zur Sinngebung anzubieten.

Ad 6) „...genaue und detaillierte Beobachtung mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung...“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2004): diese Kategorie trifft auf Selbstoffenbarungen zu, denn anhand der Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen erfolgt die Intervention der Selbstoffenbarung zielorientiert. Dazu bedarf es einer genauen Beobachtung der Dyade KlientIn-PsychotherapeutIn mit Augenmerk auf Übertragung und Gegenübertragung.

Wenn Selbstoffenbarungen nun fünf von sechs Kategorien der Definition einer Intervention entsprechen, dann können sie als psychotherapeutische Interventionen betrachtet werden. Auch die Definition der Intervention von Stumm und Pritz (2009) erlaubt eine Zuordnung als Intervention, denn Selbstoffenbarungen sind absichtsvoll und zielorientiert.

Erstaunlicherweise handelt es sich immer noch um eine Interventionsform, die in den Ausbildungscurricula nicht unterrichtet wird. Gleichzeitig setzen die meisten PsychotherapeutInnen diese Intervention ein. In Gesprächen mit KollegInnen ist zu erfahren, dass in den Therapiesitzungen Selbstoffenbarungen eingesetzt werden und dass das Selbstoffenbare im Laufe der Jahre immer gezielter und bewusster als Intervention etabliert wird.

Auch in der Psychotherapie-Richtung der Psychoanalyse zeigt sich eine Abkehr von der Abstinenz- und Neutralitätsregel seit den 1980er Jahren. So entwickelten sich innerhalb der Psychoanalyse zum Beispiel Richtungen, wie die *relationale* oder auch

die *intersubjektive* Psychoanalyse (Atwood & Stolorow, 1984; Orange, Atwood, & Stolorow, 2001). Beide Verfahren wenden sich von der rigiden Einhaltung der Abstinenz ab und fordern eine dialogische Haltung seitens der AnalytikerInnen den KlientInnen gegenüber. Aufgrund der Erkenntnis, dass Dialog und Beziehung nur in der Begegnung auf Augenhöhe stattfinden kann, hat in der Psychoanalyse ein Paradigmenwechsel stattgefunden.

Wie betrachtet und definiert die Gestalttherapie die psychotherapeutische Intervention? Im *Lexikon der Gestalttherapie* ist unter dem Schlagwort *Intervention* zu lesen: „In der Psychotherapie steht ‚Intervention‘ für das therapeutisch relevante Handeln des Therapeuten.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 158-159). Das heißt die Gestalttherapie definiert *Intervention* auch als ein *therapeutisch relevantes Handeln*. Wie in der Gestalttherapie Interventionen zum gestalttherapeutischen Arbeiten eingesetzt werden, wird in Kapitel 2.5 näher erörtert.

Schulenübergreifend wird eine psychotherapeutische Intervention als absichtsvolle Handlung, kontextabhängiges geplantes Verhalten oder therapeutisch relevantes Handeln der PsychotherapeutInnen definiert wird (Stumm & Pritz, 2009; Bundesministerium für Gesundheit, 2004; Blankertz & Doubrawa, 2005).

Damit liegt einer Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen das Potenzial zur psychotherapeutischen Intervention zugrunde.

2.1.2 Selbstoffenbarungen der PsychotherapeutInnen

In diesem Kapitel werden die Begriffe Selbstoffenbarung, Selbstenthüllung und Selbstdarstellung differenziert betrachtet und definiert.

Im *Dorsch-online-Lexikon der Psychologie* wird *Selbstoffenbarung* folgendermaßen definiert: „...die individuell variierende Bereitschaft, anderen Personen Informationen über die eigene Person mitzuteilen... Das Ausmaß wird z.T. von sozialen Normen gesteuert, da i.d.R. selbstrelevante Informationen nur an wenige, vertraute Personen weitergegeben werden.“ (Wirtz, 2018). Diese *Bereitschaft, anderen über sich etwas mitzuteilen*, erleben wir alle täglich, denn in jenem Moment, da wir etwas Bedeutsames von uns mitteilen oder zeigen, sei es verbal oder in einer Handlung, offenbaren wir etwas über uns selbst. Bereits im Kleinkindalter lässt sich beobachten, dass ein Kind einem eingetretenen, vertrauten Besucher ein Spielzeug oder eine andere dinghafte Kostbarkeit überreicht. Mit einem solchen Willkommensgeschenk zeigt, offenbart und vertraut das Kind dem Besucher etwas von sich an. Vertrautheit spielt in dieser Szene insofern eine weitere wichtige Rolle, als dass Kleinkinder bei Besuchern, die ihnen selbst weniger vertraut sind, ihre anwesende Vertrauensperson für einen Moment dahingehend beobachten, ob diese dem Besucher wohl gesonnen ist. Lacht bzw. offenbart die Vertrauensperson mit einem Lachen ihre Freude dem/r BesucherIn gegenüber, so ist auch das Kleinkind bereit von sich zu offenbaren, also etwas Kostbares von/über/durch sich zu geben.

Diese Verhaltensbeobachtung sei dem Kapitel einleitend vorangestellt, denn die Selbstoffenbarung des/r PsychotherapeutIn soll, als Intervention genau eine solche Geste des Wohlwollens und des entgegen gebrachten Vertrauens sein. Selbstoffenbarungen treten also in allen Generationen und in allen Regionen der Welt als Gesten, Handlungen und verbale Mitteilungen alltäglich auf.

Die vorliegende Literaturarbeit bezieht sich nun auf rein verbale Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen. Nonverbale Offenbarungen, wie zum Beispiel die Einrichtung einer Praxis, Kleidung, oder auch die Selbstdarstellungen auf Websites und in sozialen Medien können in dieser Master Thesis nicht betrachtet werden.

In dem Augenblick, da jemand etwas von sich zeigt, also offenbart, stellt er etwas von sich zur Verfügung. Jemand gibt etwas von sich preis und *ver-äußert* etwas von und über sich. Die Person bringt etwas in den Ausdruck. Etwas von sich herzuzeigen, also sich zu öffnen und jemandem den Einblick und Anblick zu gewähren, kann eine gewollte und bewusste Handlung sein, aber auch eine unbewusstes oder gar ungewolltes Zeigen von sich selbst. Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen sind als Intervention gedacht und können somit nur eine gewollte und freiwillige Selbstdarstellung in Wort und/ oder Gestik sein. Knox und Hill definieren die Intervention der Selbstoffenbarung dahingehend, als es sich um eine verbale Äußerung handle, die etwas Persönliches über die TherapeutInnen preisgibt (Knox & Hill, 2003, S. 530).

Davon zu unterscheiden sind Selbstenthüllungen. Dabei handelt es sich um unfreiwillige Selbstdarstellungen. Bei einer Selbstenthüllung offenbart ein Mensch etwas unter dem Druck seines sozialen Umfelds. Etwas bisweilen nicht Gezeigtes wird öffentlich gemacht. Man denke an den Druck des Enthüllungsjournalismus und wie Sensationsgier, Einschaltquoten oder Wählerstimmenfang Menschen zu Enthüllungen und Outings zwingen. Enthüllung und Entblößung sind in der heutigen Gesellschaft bedauerlicherweise Alltagsgeschehen. Oft genug werden Menschen damit in Nischen oder Randgruppen der Gesellschaft gedrängt. Es erscheint nicht verwunderlich, dass es vor allem auch KlientInnen umso schwerer fällt, sich in einer Psychotherapie zu öffnen und zu offenbaren.

Zusammenfassend wird festgehalten:

- Selbstoffenbarungen sind gewollte Handlungen, eine Form der Selbstdarstellung. Das *Gewollte* erscheint unter dem Aspekt einer psychotherapeutischen Intervention besonders wichtig, da der/die PsychotherapeutIn gewollt und gezielt die verbale Äußerung macht und damit eine Intervention setzt.
- Selbstenthüllungen sind ungewollte Selbstdarstellungen. Im online-Duden werden für das Wort Enthüllung unter anderem die Synonyme Entblößung, Aufdeckung, Entlarvung, Offenlegung genannt (Duden, 2018, S. Enthüllung).

- Selbstdarstellung ist die Fähigkeit, die eigene Person darzustellen; eine gewollte Selbstdarstellung wird als Selbstoffenbarung bezeichnet, eine ungewollte, unfreiwillige Selbstdarstellung wird als Selbstenthüllung bezeichnet;

Wichtig erscheint die Unterscheidung der Wörter Selbstdarstellung, Selbstoffenbarung und Selbstenthüllung, weil in dieser Master Thesis für das englische Wort *self-disclosure* ausschließlich die Bedeutung *Selbstoffenbarung* verwendet wird.

In Anbetracht der Definitionen für die psychotherapeutische Intervention aus Kapitel 2.1.1 und der Definitionen zur Selbstoffenbarung aus Kapitel 2.1.2, wird ab nun davon ausgegangen, dass Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen eine psychotherapeutische Interventionsform sind. Inwieweit sich Selbstoffenbarungen als Intervention von persönlichen Äußerungen im Alltagsleben unterscheiden und somit einem psychotherapeutischen Arbeiten entsprechen, wird im Kapitel 2.2 erörtert. Vorerst werden in den nächsten Kapiteln weitere Grundlagen erarbeitet. So erscheint es wichtig, die Abstinenz, als Konzept einer therapeutischen Haltung, näher zu betrachten und auch kritisch zu hinterfragen.

2.1.3 Abstinenz der PsychotherapeutInnen

Abstinenz meint prinzipiell das Fernbleiben oder sich Fernhalten von etwas. Freud entwickelte das Abstinenz-Konzept mit dem Ziel, in einer Psychoanalyse die Arbeitsbeziehung zu den AnalysandInnen aufrecht halten zu können. Dabei forderte er mit der *Abstinenzregel* den Verzicht auf das Ausleben von Gefühlen gegenüber dem/r AnalytikerIn ein und mit der *analytischen Neutralität* gab er die (Arbeits-)Haltung des/r AnalytikerIn vor. Freud definierte also bereits am Beginn des 20. Jahrhunderts *Rahmenbedingungen einer Psychotherapie* (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, S. 5-13). Heute sind in Österreich im *Berufskodex-Psychotherapie* gesetzlich die Rahmenbedingungen einer Psychotherapie verankert. Im *Wörterbuch der Psychotherapie* wird der Begriff Abstinenz folgendermaßen erklärt:

„...In einem Brief an Oskar Pfister (vom 5. Juni 1910) schrieb Freud: ‚Im Allgemeinen meine ich ..., dass der Patient in der Abstinenz in unglücklicher Liebe gehalten werden soll, was natürlich nicht in vollem Ausmaße möglich ist‘ (Freud & Pfister, 1963: 37f.). Freud gebraucht hier erstmals den Terminus Abstinenz; später führt er diese Art des Entzugs als wichtigen Aspekt der psychoanalytischen Behandlung weiter aus.“ (Stumm & Pritz, 2009, S. 2)

Im Laufe der Zeit hat sich der Begriff der Abstinenz gewandelt und meint mittlerweile zum einen die Haltung der PsychotherapeutInnen und zum anderen eine Methode in der Psychoanalyse. So entsteht in der Vorstellung der meisten Menschen das klassische Bild des/r AnalytikerIn: eine Person, die nichts von sich offenbart, den KlientInnen neutral begegnet und während der Therapie am Kopfende einer Couch sitzt. Die Informationsübertragung seitens der AnalytikerInnen im Sinne des etwas von sich Offenbarens wird dadurch kaum mehr möglich. Augenkontakt, Mimik und Gestik wird nicht nur zurückgehalten, sondern gezielt verhindert durch die zusätzliche räumliche Abgewandtheit. Diese Haltung in Abstinenz prägt bis heute klischeehaft das Berufsbild der PsychotherapeutInnen.

In den letzten Jahrzehnten kommt es allerdings, auch in der Psychoanalyse, zu einem Paradigmenwechsel in der Haltung gegenüber den KlientInnen. Im Lehrbuch *Praxis der Psychotherapie* ist über die Abstinenz zu lesen:

„... es [ist; Anm.d.Verf.] notwendig, diese Übertragungen gleichsam in der Schwebelage zu halten Statt z.B. ablehnend, aufklärerisch, pädagogisch oder moralisierend auf die szenischen Angebote des Patienten zu reagieren, versucht der Analytiker, diese zu verstehen. Dieses Nicht-Reagieren wird in der Psychoanalyse als Abstinenz bezeichnet. Der Analytiker reagiert nicht im Sinne der vom Patienten erwarteten ... Reaktionen ...“ (Mertens, 2007, S. 212)

Durch die abstinente Haltung seitens des/r AnalytikerIn wird der/die KlientIn mit einer neuen, möglicherweise auch unbekannteren Erfahrung konfrontiert. Die Abstinenz verhindert eine Reinszenierung alter Muster bei den KlientInnen. In der Psychoanalyse wird ein Agieren in der übertragenen Rolle durch die abstinente Haltung verhindert und in der jüngeren Psychoanalyse „... geht der Analytiker sehr wohl auf seinen Patienten ein, indem er ihm eine neue Möglichkeit des Dialogs eröffnet.“ (Mertens, 2007, S. 212). Mertens beschreibt hier den Paradigmenwechsel von der defensiven Abstinenz zu einer subjekthaften Abstinenz. Interessant dazu erscheint, wie der Gestalttherapeut Schmidt-Lellek den Begriff der Abstinenz erklärt: „Die Abstinenzhaltung... meint die Zurückhaltung ... subjektiver Äußerungen in Gestik, Mimik und Sprache. Sie soll dazu dienen, dass der Analytiker sich als neutraler Projektionsschirm für die Übertragung des Patienten zur Verfügung stellt ...“ (Schmidt-Lellek, 2012, S. 264). Die Übertragung kann damit in den Vordergrund treten, ohne von persönlichen Äußerungen des/r AnalytikerIn gestört zu werden.

AusbildungskandidatInnen der traditionellen psychoanalytischen/ psychodynamischen Orientierung werden auch heute noch darin ausgebildet, neutral, anonym und nicht-selbstoffenbar zu sein. Diese abstinente Haltung wird als essentiell angesehen, um die Übertragung oder die Übertragungsangebote seitens der KlientInnen eher zu erkennen und zu analysieren. Letztlich ist es das Ziel in der Psychoanalyse, den/die KlientIn dazu zu befähigen, die Übertragung zu überwinden. Tiedemann meint, Selbstoffenbarungen stünden in den meisten Fällen im krassen Gegensatz zur Neutralitäts- und Abstinenzregel und diese werde in den letzten Jahren zunehmend kritisch hinterfragt (Tiedemann, 2010, S. 193).

Selbstoffenbarungen als gezielte Intervention im Rahmen einer Einzeltherapie mit Erwachsenen wird von psychoanalytischen und psychodynamischen Richtungen

abgelehnt, weil befürchtet wird, dass die Übertragung der KlientInnen geschwächt werden könnte. Humanistisch orientierte Therapieschulen hingegen setzen diese Intervention freier ein. In der Begegnung mit dem/r TherapeutIn soll dem/r KlientIn eine Realsituation bezüglich der Begegnung mit einem/r Anderen zur Verfügung gestellt werden. Knox et al. schreiben dazu, es solle eine Wirklichkeit mit offener, würdigender, echter und persönlich involvierter Haltung geschaffen werden.... die Selbstoffenbarung des/r TherapeutIn diene somit der Demystifizierung des psychotherapeutischen Prozesses (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 274). Eine persönlich involvierte Haltung verlangt von den PsychotherapeutInnen, dass sie realen Kontakt in der Therapie zur Verfügung stellen, ohne sich emotional mit den KlientInnen zu verstricken. Eine professionelle Distanz gilt als Arbeitsbasis, Impulse zu einem sich offenbaren wollen, werden nicht sofort ausagiert, sondern als Gegenübertragungsmaterial vorerst registriert. Im Umgang mit therapeutischer Abstinenz empfiehlt Eberwein, ein Vertreter der humanistischen Psychotherapien:

„Wenn die therapeutische Beziehung heilsam sein soll, muss die professionelle Abstinenz gewahrt sein. Das bedeutet unter anderem, dass Zeit und Raum der Therapie klar begrenzt sind und dass es zwischen Therapeut und Klient außerhalb der Therapie keinen Kontakt gibt. Der Ort des Zusammentreffens ist festgelegt, ... die Praxis des Therapeuten ... Telefonate mit Klienten sind beschränkt auf Formalitäten Ein Therapeut, der seine eigenen Probleme in die Therapie einbringt und den Klienten damit belastet oder private Bedürfnisse mit dem Klienten befriedigt, hat seine professionelle Distanz verloren. Das führt zu Rollendiffusionen oder zu einer Wiederholung alter Grenzüberschreitungen, was den therapeutischen Prozess zerstört. Der Therapeut muss seine eigenen Probleme in Eigentherapie und Supervision bearbeiten und seinen privaten Bedürfnissen im Privatleben nachgehen.“ (Eberwein, 2009, S. 52)

Der Begriff der Abstinenz wird hier als die *erforderliche professionelle Distanz* in Respekt zu den Grenzen der KlientInnen beschrieben. Die Abstinenz des/r TherapeutIn dient somit dem Schutz der KlientInnen. In der Psychoanalyse hingegen wird die Abstinenz vorrangig als Behandlungstechnik verwendet, um KlientInnen an ihr Unbewusstes heranzuführen. Die psychotherapeutische Beziehung sei, so Eberwein (2009) weiter, ein professioneller Kontakt mit dem Ziel, die Selbsterkundungs- und

Integrationsbemühungen des Klienten zu unterstützen. Damit beschreibt Eberwein die PsychotherapeutInnen in einer begleitenden, ebenbürtigen und gleichzeitig professionell distanzierten Haltung. PsychotherapeutInnen begleiten KlientInnen zu neuen Bewältigungsstrategien, eigene emotionale Reaktionen, Assoziationen und Impulse seien nur so weit und auf eine Weise in die Therapie einzubringen, dass sie dem Prozess des Klienten nützen (Eberwein, 2009, S. 52-53).

Zusammenfassend zeigt sich, dass es heute, über 100 Jahre nach Freuds erster Auseinandersetzung mit der Abstinenz- und Neutralitätsregel, zum einen in den psychoanalytischen und psychodynamischen Richtungen zu einer Abkehr von der straffen, traditionellen Abstinenz kommt und gleichzeitig die VertreterInnen humanistischer Psychotherapieschulen professionelle Distanz in Anerkennung der Grenzen der KlientInnen einfordern. Die Schutzfunktion einer professionellen Neutralität und moderaten Abstinenz dienen einerseits den KlientInnen, bewahren aber auch TherapeutInnen vor Grenzüberschreitungen seitens der KlientInnen. Auf diesen Aspekt wird im Kapitel 2.4 *Grenzen und Kontraindikationen der Selbstoffenbarung* näher eingegangen.

2.1.4 Intersubjektivität

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Intersubjektivität bietet gute Erklärungsmodelle, weshalb die strenge, traditionelle Abstinenz wenig förderlich für Entfaltung, Selbsterkundung und Wachstum der KlientInnen ist.

Intersubjektivität meint in der Psychologie: „...dasjenige, was mehreren Personen gemeinsam gegeben ist bzw. in ihnen vorgeht, wiewohl es jeder für sich erlebt...“ (Wirtz, 2017). In der Gestalttherapie bedeutet *Intersubjektivität* die dialogische Beziehung in Hinblick auf die therapeutische Beziehung (Schmidt-Lellek, 2004). Bereits der ungeborene Mensch befindet sich im Mutterleib in einer solchen dialogischen Beziehung, wenngleich die Kommunikation zwischen Mutter und Kind dort auf anderen Ebenen, wie zum Beispiel in biochemischer Sprache über hormonelle Steuerung, abläuft. Nach der Geburt erarbeitet sich das Neugeborene Beziehungen zu seinem Umfeld. Im Laufe der ersten Lebensmonate wird sich der Säugling selbst zur Wirklichkeit durch seinen Kontakt zum Außen. Im Rahmen seines Bezogenseins auf andere Menschen, *ver-wirklich-t* er sich. In der Beziehung zum Anderen wird er sich seiner selbst bewusst, er wird sich selbst zur Wirklichkeit. Buber drückt diese Entwicklungsarbeit prägnant aus, wenn er meint: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1984, S. 32).

Setzt man nun die Begegnung von KlientIn und TherapeutIn im psychotherapeutischen Setting der dialogischen Beziehung gleich, so geschieht Begegnung und Interaktion, also ein aufeinander Bezogensein, zwischen TherapeutInnen und KlientInnen. Streek schreibt dazu, in der Psychoanalyse würden die Intersubjektivisten die Auffassung vertreten, dass die Interaktionen zwischen TherapeutInnen und KlientInnen als ein Beziehungsfeld bzw. als intersubjektives Feld zu verstehen seien. „Demzufolge üben Patient und Psychotherapeut ständig wechselseitig Einfluss aufeinander aus, sodass keiner von beiden etwas sagen oder tun kann, ohne damit zu beeinflussen, was der andere fühlt, sagt und tut.“ (Streek, 2007, S. 240-241). Hier wird eine Verbindung zu den Kommunikationswissenschaften und der systemischen Psychotherapie erkennbar, denn Watzlawick beschreibt den *wechselseitigen Einfluss* zweier Individuen unter anderem in den *Fünf Axiomen der Kommunikation*. Axiom 1 lautet: „Man kann nicht

nicht kommunizieren.“ (Bender, 2014). In der Begegnung mit dem/r Anderen ist das Nicht-Kommunizieren oder Nicht-Begegnen also nicht möglich. Das heißt auch, dass es die *perfekte* Abstinenz nicht gibt. Daraus ergibt sich die Frage, ob eine Begegnung mit dem/r Anderen, und das kann eben auch die Begegnung mit einem/r TherapeutIn sein, heilsam oder dem Wachstum und der Entwicklung förderlich ist, wenn diese Begegnung in straffer Abstinenz vollzogen wird. Die Begegnung in abstinenter Haltung stellt sich folglich eher als eine artifizielle Begegnung mit einem/r Anderen dar. Diese Art des Anderen, den/die Abstinente/n, gibt es so, also außerhalb der psychotherapeutischen Beziehung, nicht. Genau genommen gibt es solche Begegnungen überhaupt nicht, wenn Menschen psychisch gesund sind. Aus der Säuglingsforschung weiß man seit längerem, dass Babies, die mit einem abstinentern Gesichtsausdruck konfrontiert werden, wie er zum Beispiel bei depressiven Menschen vorkommt, höchst beunruhigt reagieren. Sie sind irritiert, frustriert und geraten in Ärger und Verzweiflung. Schließlich beginnen sie zu weinen, wenn ihr Bemühen, dem Gegenüber eine Antwort abzurufen, scheitert. Der verflachte Gesichtsausdruck einer depressiven Mutter, fordert den Säugling zu Höchstleistungen heraus. Sein Bemühen, um eine Antwort, also beantwortet zu werden, fordert die Kreativität des Säuglings. Er versucht das *Inter*, im Sinne des Zwischen, wieder und wieder herzustellen. Die Verbindung, mithilfe des intersubjektiven Feldes, zum Gegenüber bedeutet ja auch, durch den Anderen gesehen und somit (an)erkannt und wirklich zu werden. Im Gesehen werden entwickelt sich das Gefühl des Selbst-Seins, in der Interaktion mit dem Anderen verwirklicht sich das Selbst. Die Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung erscheinen interessant, weil sie basale Interaktionsprozesse zwischen Individuum und dem Individuum selbst, also intrasubjektiv, und zwischen Individuum und Umwelt, also intersubjektiv, erklären. Der österreichische Gestalttherapeut Schigutt schreibt dazu:

„Als Therapeut hat man zunächst den Impuls, sich als Person ganz zurückzunehmen und sich voll auf den Klienten einzustellen. Wir wollen zunächst einmal dahingestellt lassen, ob das überhaupt möglich ist. Aber selbst wenn es möglich wäre, muss man sich fragen, ob das die beste Voraussetzung für den Klienten ist, zwischenmenschliche Erfahrungen zu machen. Er würde eine künstliche Beziehung erleben, die mit nichts anderem zu vergleichen wäre,

es wären Erfahrungen, mit denen er eigentlich wenig anfangen könnte.“
(Schigutt, 2004, S. 205)

In der Achtung und Anerkennung des Anderen fällt es nun schwer, den ursprünglich aus der Psychoanalyse stammenden Begriff des Objektes, als eine Bezeichnung für den Anderen, anzunehmen. Es klingt nach einer Wertung. Schmidt-Lellek schreibt dazu in einem Fachartikel mit dem Titel *Therapeutenmacht und Patientenautonomie*:

„Wenn man die modernen Ideale von Wissenschaftlichkeit im Auge hat, dann erscheint es als besonders schwierig, die Polarität zwischen ‚Objektivität und Subjektivität‘ aufrechtzuerhalten. Denn zumindest umgangssprachlich wird ‚Objektivität‘ gemeinhin als ‚korrekt, sachlich, vernünftig‘ assoziiert, während ‚nur subjektive‘ Wahrnehmungen und Äußerungen als Abweichung davon gelten. Der Begriff ‚Intersubjektivität‘ bietet für die Psychotherapie jedoch eine darüber hinausgehende Perspektive. Denn den Anderen nur als Objekt seiner Betrachtung und Behandlung zu sehen, ihn also als Person, als Subjekt gar nicht ernst zu nehmen, kann als eine Form der Bemächtigung verstanden werden.“ (Schmidt-Lellek, 2012, S. 263)

Die Begegnung in abstinenter Haltung kann also auch missbräuchlich, im Sinne eines Machtmissbrauchs, aufgefasst werden. Das Gefühl der Ohnmacht dem/r TherapeutIn gegenüber entspricht genauso einer Missachtung der Grenzen und der Würde des/r KlientIn, wie ein zu viel oder wahllos von sich Offenbaren seitens des/r TherapeutIn die Grenzen und Würde des/r KlientIn respektlos missachtet.

Abschließend kann festgestellt werden, dass wohl weder die strenge, traditionelle Abstinenz, noch die unüberlegte, willkürliche Selbstoffenbarung, als alleinige Arbeitshaltung dem psychotherapeutischen Prozess dient. Faktoren, wie die Schwere eines psychischen Störungsbildes oder die ungelöste Verstrickung in ein Thema seitens des/r TherapeutIn, entscheiden über die professionelle Haltung des/r PsychotherapeutIn.

Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung zeigen, dass die basalen, nonverbalen Interaktionsprozesse lebenslang ähnlich bleiben. Jede Dyade ist eine einzigartige Begegnung, weil die interaktiven und selbstregulierenden Muster zweier Menschen aktiviert sind. Auch die Dyade KlientIn-TherapeutIn kann unter diesem Gesichtspunkt

betrachtet werden. Das erklärt die Notwendigkeit der vielen Selbsterfahrungsstunden der TherapeutInnen und das daraus resultierende Bewusstsein der TherapeutInnen darüber, wie die eigenen Reaktionsmuster und Regulierungsprozesse funktionieren.

2.1.5 Subjektivität

Es soll in diesem Kapitel sowohl der/die TherapeutIn, als auch der/die KlientIn als Subjekt definiert werden. Wiederum findet sich in der Literatur aus der Psychoanalyse eine Auseinandersetzung zu den Begriffen der Subjektivität und Objektivität. So schreibt Tiedemann dazu:

„Analytiker aller Schulen und Richtungen erkennen heutzutage an, dass die Gegenübertragung wichtige Informationen über den Patienten enthalten kann. Diese Anerkennung der Gegenübertragung hat den Mythos des objektivierenden Analytikers der Spiegelmetapher endgültig entmachtet und ist als ‚Einführung des Subjekts in die Methode der Forschung‘ zu betrachten.“
(Tiedemann, 2010, S. 188)

Erkennbar wird hier, dass in der Psychoanalyse die traditionelle Subjekt-Objekt-Spaltung in der Begegnung mit dem/r KlientIn nicht mehr haltbar ist. Ein/e KlientIn begegnet einem/r TherapeutIn als einem Buber'schen Du. Mertens schreibt dazu: „Die moderne Psychoanalyse begreift die psychoanalytische Situation als das Integrieren zweier Personen, die sich beide in ihrer Subjektivität verstehen müssen.“ (Mertens, 2007, S. 218). Der Begriff des *Objektes*, als Bezeichnung für den Anderen, wird in einer menschlichen Begegnung deinstalliert. Die *Subjekt-Objekt-Dyade* hinterlässt bisweilen den Eindruck eines wertenden Gefälles zwischen den Individuen, die hier einander begegnen. PsychotherapeutInnen sind Subjekte, auch eine streng eingehaltene Abstinenz macht die TherapeutInnen nicht zum Objekt. Tiedemann meint dazu:

„...im Laufe der Jahre hat durch die Einführung der Subjektivität des Therapeuten ein regelrechter Paradigmenwechsel stattgefunden. Das Ideal des anonymen Analytikers wurde durch das Paradigma des ‚participant constructivist‘ ersetzt. Diese neue Perspektive besagt, dass alles, was der Analytiker tut oder sagt – oder auch nicht tut oder sagt – im weitesten Sinn etwas über ihn selbst mitteilt.“ (Tiedemann, 2010, S. 188)

Historisch betrachtet fällt auf, dass in der *Ungarischen Schule* der Psychoanalyse das interaktionelle Element der Therapie viel stärker beachtet wurde. Die *Wiener Schule* der Psychoanalyse hingegen legte großen Wert auf die strenge Einhaltung der Abstinenz- und Neutralitätsregel, um den/die AnalytikerIn als Störfaktor möglichst im Hintergrund zu halten.

Die Anerkennung der Subjektivität von KlientIn und TherapeutIn und die Interaktionen zwischen diesen Subjekten sind somit als Haltung in der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu sehen. Eine Selbstoffenbarung seitens des/r TherapeutIn kann dann eine Intervention sein, die diese Arbeitshaltung vermittelt.

Eine entscheidende Frage beim Thema der Subjektivität der PsychotherapeutInnen ist auch, ob sie bei der therapeutischen Arbeit sie selbst sind oder ob sie sich bei ihrer therapeutischen Tätigkeit von sich selbst entfernen und ein Ideal als TherapeutInnen mimen. Damit ist gemeint, dass sie als Mensch in einer therapeutischen Situation reagieren können, aber auch als distanzierte/r TherapeutIn. Der Unterschied wird anhand eines Beispiels, wie eine Selbstoffenbarung distanziert oder mitfühlend lauten kann, gezeigt:

Eine distanzierte Formulierung könnte lauten: „Sie müssen sich furchtbar gefühlt haben!“ als Mitmensch könnte eine/e TherapeutIn sagen: „Wie furchtbar!“. In der letzteren Formulierung drückt der/die PsychotherapeutIn, seinem/ihrer Wesen entsprechend, Empathie aus. Erstere Formulierung klingt ungewiss, vorsichtig oder vielleicht sogar überheblich. Man könnte auch heraus hören, dass der/die PsychotherapeutIn dem/der KlientIn mitteilt und damit interpretiert, wie sich etwas anfühlt.

In der Gestalttherapie wird Subjektivität seitens des/r TherapeutIn erwartet, wenngleich in einer überlegten und wohldosierten Art. Schigutt schreibt dazu:

„Für Perls ist es aber ein Anliegen, dass die Therapie ein Stück richtiges Leben ist, und dass der Klient in der Therapie anhand der sich entwickelnden Beziehung zum Therapeuten Erfahrungen macht, die sich in sein Leben außerhalb der Therapie übertragen lassen. Der Therapeut soll sich also mit seiner Persönlichkeit in die Situation einbringen, soll auf seine persönliche Weise auf den Klienten reagieren, also nicht eine ‚graue Wand‘ sein, sondern –

ganz im Gegenteil – ein differenziertes Bild. Diese Forderung ist leicht misszuverstehen. Sie könnte so aufgefasst werden, dass der Therapeut seinen Ärger, seine Ungeduld, seine Gelangweiltheit, aber auch sein sexuelles Interesse offen zeigen sollte. So ist es nicht gemeint. R. Cohn (1975) hat dieses Prinzip klar umschrieben, als sie die Haltung ‚selektive Authentizität‘ nannte. Sie meinte damit, dass der Therapeut in seinem Verhalten mit dem Klienten authentisch sein soll, damit es zu einer echten Begegnung kommen kann. Der Therapeut soll aber in jedem Fall eine Auswahl unter den Reaktionen treffen, die er in die Situation einbringt: nicht alle seine spontanen Reaktionen sind förderlich, und er kann Weglassungen vornehmen, ohne unecht zu werden.“ (Schigutt, 2004, S. 205)

Wiederum wird die respektvolle Distanz in Anerkennung der Grenzen der KlientInnen wie bei Eberwein (2009) betont. Eine Herausforderung für den/die TherapeutIn stellen jene KlientInnen dar, die sich schwer tun, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen, denn sie können folglich ihre Grenzen auch nicht zeigen. Umso mehr ist Gewährsein, Achtsamkeit und Vorsicht seitens des/r TherapeutIn gefordert.

Wenn eingangs in diesem Kapitel KlientIn und TherapeutIn jeweils als Subjekt definiert werden konnten, so stimmt diese Haltung mit dem Buber'schen Ich & Du überein. Schulenübergreifend wird klar, dass das intersubjektive Feld, das in der therapeutischen Begegnung entsteht, zum korrigierenden oder dem Wachstum förderlichen und heilsamen Wirkfaktor wird. Gleichzeitig ist der/die PsychotherapeutIn gefordert, den Überblick zu bewahren, indem er/sie aus einer beobachtenden Position heraus Mechanismen der Übertragung und Gegenübertragung sowie die Grenzen des/r KlientIn und die eigenen Grenzen wahrnimmt, ausdrückt und respektiert.

2.1.6 Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung seitens der TherapeutInnen

Wenn davon ausgegangen wird, dass die ursprüngliche Form der Abstinenz die Nulllinie in der Begegnung mit den KlientInnen ist und eine Intervention, wie die Selbstoffenbarung als Mittellinie betrachtet wird, dann ist eine missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung eines/r PsychotherapeutIn eine überschießende Reaktion, eine Grenzüberschreitung in der Begegnung mit KlientInnen.

In verschiedenen Publikationen werden Kriterien für die Selbstoffenbarung von PsychotherapeutInnen definiert und diese Kriterien können als Richtlinien zum Handeln und Intervenieren in der psychotherapeutischen Sitzung herangezogen werden. Diese Master Thesis unternimmt somit unter anderem den Versuch, Kriterien für und gegen eine solche Intervention zusammen zu fassen und auch zu hinterfragen.

Ein „Definieren“ im Sinne des lateinischen Wortes „definire“ also „abgrenzen“, erschien vor allem auch wichtig im Bereich des Übergangs von der Intervention zur missbräuchlichen Bedürfnisbefriedigung seitens des/r TherapeutIn. So gibt es zum einen den Übergang von der traditionellen Abstinenz zur Selbstoffenbarung und es gibt zum anderen ein zu viel, ein zu oft, ein zu lange, ein zu nahe oder zu intim, wodurch die Selbstoffenbarungen als missbräuchlich zu bezeichnen sind.

Eine Bedürfnisbefriedigung seitens des/r TherapeutIn könnte zum Beispiel darin bestehen, gesehen werden zu wollen. Tiedemann schreibt dazu:

„Das Thema Selbstenthüllung [!] betrifft den gemeinsamen Konflikt zwischen Patient und Analytiker hinsichtlich des Wunsches, durch einen anderen erkannt zu werden auf der einen Seite und sich vor ihm zu verstecken und den Kontakt zu vermeiden auf der anderen Seite. Wenn es um Gesehen-Werden und Sich-Verstecken geht, berühren wir unweigerlich Schamgefühle, da Scham der Affekt ist, der potentiell mit dem Sichtbarwerden von Selbstanteilen verbunden ist. Der Aspekt der Mutualität bezieht sich vor diesem Hintergrund auf die gemeinsamen und im Konflikt stehenden Wünsche und Bedürfnisse, von beiden, Patient und Therapeut, nach Privatheit und Sicherheit einerseits und nach Kontakt und Anerkennung andererseits.“ (Tiedemann, 2010, S. 203)

Im Vordergrund sollte daher seitens des/r PsychotherapeutIn immer die Frage stehen, *wem* die Selbstoffenbarung dient und *wozu* sie dient. Das setzt voraus, dass die Intention zur Selbstoffenbarung vom/n der TherapeutIn schon in vorhergehenden Sitzungen seitens des/r TherapeutIn wahrgenommen wurde. Nur so ist es den TherapeutInnen möglich, zu Fragen des Nutzens und des Sinns einer Selbstoffenbarung Antworten zu finden. Grundvoraussetzungen sind dafür die Eigentherapie der TherapeutInnen sowie die Auseinandersetzung mit sich selbst und den psychotherapeutischen Prozessen der KlientInnen in Supervisionen. Es legt auch den Gedanken nahe, dass regelmäßige Supervision nicht nur bei BerufsanfängerInnen Pflicht sein sollte, sondern zur Qualitätssicherung und zum Schutz der KlientInnen auch bei langgedienten TherapeutInnen gesetzlich vorgeschrieben sein sollte. Schmidt-Lellek schreibt dazu: „...je bewusster sie [die narzisstischen Beziehungsstrukturen der TherapeutInnen, Anm. d. Verf.] einem sind, desto geringer ist die Gefahr von malignen narzisstischen Verstrickungen“ (Schmidt-Lellek, 2002).

Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung durch Selbstoffenbarungen des/r TherapeutIn richtet genau an jenen seelischen Bereichen der KlientInnen Schaden an, wo bereits Vorschädigungen stattgefunden haben. Reinszeniert werden dabei bei den KlientInnen Erfahrungen von Grenzüberschreitung und Überforderung. Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht treten in den Vordergrund.

Im Kapitel 2.4 Grenzen und Kontraindikationen der Selbstoffenbarung wird nochmals auf die potentielle Gefahr der Grenzüberschreitungen durch die Intervention der Selbstoffenbarung eingegangen. Zu Betonen ist, dass die Verantwortung über eine Intervention prinzipiell immer bei den TherapeutInnen liegt. KlientInnen müssen sich darauf verlassen können, dass TherapeutInnen die Kompetenz zur Prozessgestaltung haben und der therapeutische Raum ein Ort der physischen und psychischen Sicherheit ist.

2.2 Charakterisierung der Selbstoffenbarung als Interventionsform

Charakterisierung von Selbstoffenbarungen meint die verschiedenen Varianten und Weisen, *wie* und *was* TherapeutInnen über sich offenbaren.

Beim *wie* unterscheidet man zwischen verbalen Äußerungen, Körpersprache sowie Arten der Selbstdarstellungen. Menschen offenbaren von sich durch gesprochene Worte, mit Hilfe von Gestik, Mimik und anderen körpersprachlichen Signalen. Und jeder Mensch informiert sein Umfeld über sich durch Selbstdarstellungen, wie zum Beispiel in der Art, wie er/sie Räume gestaltet oder die eigene Website sowie durch Aktivitäten in sozialen Netzwerken oder auch durch Kleidung.

Diese Master Thesis beschäftigt sich mit Selbstoffenbarungen seitens des/r PsychotherapeutIn, im Sinne verbaler Äußerungen. Für diese Selbstoffenbarungen haben verschiedene AutorInnen versucht, Kategorien zu definieren, um die Interventionsform der *Selbstoffenbarung* wissenschaftlich untersuchen zu können oder Ergebnisse verschiedener Studien in Metaanalysen vergleichbar zu machen.

Die Betrachtung des *Was*, im Sinne des Inhalts der verbalen Äußerungen, ermöglicht eine Kategorisierung. In den folgenden Kapiteln 2.2.1-2.2.3 wird auf Kategorien und Typen von Selbstoffenbarungen eingegangen und ihre Anwendung als Intervention beschrieben.

2.2.1 Kategorien und Anwendungsrichtlinien

Im Folgenden Kapitel werden Definitionen zu Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass in den wissenschaftlichen Artikeln verschiedene Klassifikationen, Kategorien und Typen von Selbstoffenbarungen beschrieben werden. Es steht offensichtlich keine einheitliche Nomenklatur zur Verfügung.

Knox & Hill veröffentlichen 2003 folgende 7 Typen von Selbstoffenbarungen:

Type	Example
Disclosures of facts	“I have a Ph.D. in counselling psychology and work primarily with college students.”
Disclosures of feelings	„When I have been in situations similar to yours, I felt scared because I didn’t know how things would turn out for me.”
Disclosures of insight	“When I was having a similar conflict with my male colleague I realized that I shut down because I was afraid that he would reject me like my father did.”
Disclosures of strategy	“When I faced circumstances like yours, it helped me to gather as much information as I could so that I would be prepared for what might happen.”
Disclosures of reassurance / support	“I understand your anxiety because I also have a difficult time when I have to give a talk.”
Disclosure of challenge	“I don’t know if you are aware that I, too, am divorced, and have had to think hard about my contributions to the failure of the marriage.”
Disclosures of immediacy	“As you describe the cold relationships in your family now, I am aware that I am feeling very distant and closed off from you. I wonder if that is similar to how you felt with your family?”

Table 1: Types of Therapist Self-Disclosure (Knox & Hill, 2003, S. 530)

1997, also wenige Jahre zuvor, schreiben Knox et al., dass es schwierig sei, die Ergebnisse verschiedener Publikationen untereinander zu vergleichen, weil es sehr unterschiedliche Kategorisierungen der Selbstoffenbarungen gäbe (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 275). Die Zielsetzung seitens der WissenschaftlerInnen, Selbstoffenbarungen zu kategorisieren, lässt sich damit erklären, dass es anhand von Kategorien oder Typen, leichter wäre, Effekt und Wirkung dieser Intervention zu erfassen. So wird das Bemühen der scientific community verständlich, diese Intervention typisieren zu wollen. Zusätzlich würden die aufgelisteten 7 Typen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des therapeutischen Prozesses verwendet und sie hätten unterschiedliche Auswirkungen auf den Therapieprozess (Knox & Hill, 2003, S. 530).

Als Definition, ab wann man eine Äußerung eines/r TherapeutIn als Selbstoffenbarung bezeichnen könnte, meinen einige AutorInnen, erst wenn Privates offenbart werde, würde es sich um eine Selbstoffenbarung handeln. Manchmal werde eine Selbstoffenbarung erst als solche gesehen, wenn die TherapeutInnen mehr als berufliches Fachwissen äußerten oder wenn sich PsychotherapeutInnen vorsätzlich offen und authentisch zeigen (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 275). *Offenheit* von PsychotherapeutInnen meint hier, dass verbale Äußerungen über eigene Gefühle, Haltungen, Meinungen oder auch Assoziationen, Fantasien und Erfahrungen aus dem eigenen Leben in die Therapien einfließen.

Berg et al. definieren Selbstoffenbarungen hingegen etwas weiter umfassend, wenn sie schreiben, sie würden den Begriff Selbstoffenbarung für *jegliche* verbale Information, die der/die TherapeutIn über sich äußert, verwenden (Berg, Antonsen, & Binder, 2016, S. 249). Hier zeigt sich einmal mehr, dass PsychotherapeutInnen mit „relational, psychodynamic psychotherapy“-Ausbildungen, wie in dieser Publikation von Berg et al. (2016), eher in abstinenter Haltung arbeiten und daher früher oder strenger eine Äußerung als Selbstoffenbarung definieren.

Eine weitere Möglichkeit, Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen zu definieren oder zu charakterisieren, ist die Unterscheidung in intrapersonale und interpersonale Selbstoffenbarungen. Knox et al. (1997) definieren die *intrapersonale*

Selbstoffenbarung als ein Offenbaren von Information über das Leben außerhalb des TherapeutInnen-Daseins und die *interpersonale* Selbstoffenbarung als das Äußern von Gefühlen über die Probleme des/r KlientIn oder über die therapeutische Beziehung. Vertieft wird diese Typisierung bei Knox et al., wenn sie von Selbstoffenbarungen aus der *intrapersonalen Vergangenheit* sprechen. Diese Äußerungen bezögen sich dann auf die Vergangenheit des/r TherapeutIn. Selbstoffenbarungen vom Typ der *intrapersonalen Gegenwart*, meine hingegen eine Äußerung des/r TherapeutIn über gegenwärtige, persönliche Erfahrungen. Als einen dritten Typ bezeichnen sie *selbstbezogene Äußerungen*, durch die die TherapeutInnen Gefühle oder Reaktionen über Aussagen oder Verhaltensweisen der KlientInnen ausdrücken (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 275).

Die sieben Typen von Selbstoffenbarungen (s.Tab.1, S.30) nach Knox et al. (2003) erscheinen praktikabler, als die Klassifizierung aus 1997. So können mit Hilfe dieser sieben Typen auch KlientInnen dahingehend befragt werden, ob Selbstoffenbarungen einen Effekt hatten. Im Vergleich dazu erscheint es kompliziert für KlientInnen eine Äußerung des/r TherapeutIn als eine *intrapersonelle Vergangenheitsoffenbarung* zu kategorisieren und auch noch deren Effekt zu beurteilen.

2010 publizierten Henretty et al. folgende fünf Typen zur Kategorisierung von verbalen Selbstoffenbarungen: „...a) demographic information, b) feelings and thoughts about the client and/or the therapeutic relationship, c) therapy mistakes, d) relevant past struggles that have been successfully resolved and e) similarities between the client and the therapist...“ (Henretty & Levitt, 2010, S. 72). Neu, im Vergleich zu den anderen Kategorisierungen, ist hier die Kategorie der *Therapy Mistakes*. Im Vergleich dazu definieren psychoanalytische und tiefenpsychologisch-psychodynamische Schulen Selbstoffenbarungen strenger. In der Ausbildung zum/r PsychoanalytikerIn wird die Abstinenz sowohl als Haltung als auch als Interventionstechnik gelehrt. VertreterInnen der interpersonellen Psychoanalyse, wie Tiedemann, verstehen daher unter einer Selbstoffenbarung: „...das willentliche, gesteuerte Mitteilen von Gegenübertragungsmaterial...“ (Tiedemann, 2010, S. 200).

Die Unterscheidung von Kategorien und Typen der Selbstoffenbarung ist somit auch abhängig von den psychotherapeutischen Richtungen der UntersucherInnen.

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch-psychodynamische Richtungen bezeichnen eine Handlung oder Aussage der TherapeutInnen wesentlich früher als Selbstoffenbarung, als dies bei humanistischen Richtungen geschieht.

Wie lauten nun Empfehlungen zur Anwendung der Intervention?

Henretty et al. empfehlen den TherapeutInnen, bevor eine Selbstoffenbarung gemacht werde, zu erforschen, aus welcher Intention heraus und mit welcher Bedeutung diese Selbstoffenbarung gesetzt werde (Henretty & Levitt, 2010, S. 73). Dabei geht es vor allem darum, die Intention zur Selbstoffenbarung zu hinterfragen. Zu achten ist dabei auf mögliche Grenzüberschreitungen seitens der TherapeutInnen und auf das Gegenübertragungsmaterial. Genauere Auseinandersetzungen dazu finden sich in den Kapiteln 2.1.6 Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung sowie 2.4 Grenzen und Kontraindikationen.

Henretty et al. publizieren 2010 eine Richtlinie für PsychotherapeutInnen in fünf Schritten zur Anwendung der Selbstoffenbarung als Intervention:

1. Diese Intervention solle selten zum Einsatz kommen und sie solle mit Bedachtsamkeit gemacht werden. Es sei wichtiger die Bedeutung der Frage von KlientInnen bzw. der Selbstoffenbarung zu erforschen, als die Antwort zu überlegen. Drei Bedeutungen von Fragen seitens der KlientInnen sind zu beobachten: echtes Interesse, Prüfung des/r TherapeutIn und Fragen mit der Zielsetzung Anerkennung/ Würdigung von TherapeutInnen zu bekommen oder Sicherheit zu gewinnen.
2. Es solle die mögliche Reaktion des/r KlientIn beachtet werden. So würden KlientInnen, die Distanz oder traditionelle Rollenbilder in der Psychotherapie schätzten [im Sinne der Abstinenzregel; Anm.d.Verf.], eine Selbstoffenbarung eher aufdringlich oder belastend empfinden.

Wie unterschiedlich eine Selbstoffenbarung wahrgenommen werden kann, sei anhand einer kurzen Falldarstellung skizziert: ein Therapeut offenbart seine Ähnlichkeit zu einer KlientIn, indem er berichtet, mit der eigenen Tochter ähnliche Schulprobleme gehabt zu haben. Die Klientin kann nun daraus schließen, dass der Therapeut die Sorgen um die Tochter versteht und nachvollziehen kann. Die Klientin könnte sich in

ihrem Leidensdruck aber auch missverstanden fühlen. Sie könnte meinen, das Thema sei für die Psychotherapie zu banal. In der Folge könnte sich die Klientin verunsichert fühlen und sich verschließen.

Die drei weiteren Schritte zur Anwendung lauten:

3. Auf die Wortwahl sei zu achten. Wie empathisch und emotional geladen die Offenbarung formuliert werde, sei an die Bedürfnisse der KlientInnen anzupassen. So sei zum Beispiel zu überlegen, ob es um Information ginge oder um Verbundenheit. Auch der Grad von Intimität und Verbundenheit sei zu beachten. Die Selbstoffenbarung des/r TherapeutIn solle nur so viel Information beinhalten, wie für den therapeutischen Prozess wichtig sei; Details bräuchten nicht mitgeteilt werden.
4. TherapeutInnen sollten vor, während und nach der Selbstoffenbarung reagibel auf die KlientInnen sein. Vor könne heißen, dass der/die KlientIn gefragt wird, ob eine persönliche Bemerkung gestattet sei; es könne auch notwendig sein, dass TherapeutInnen erklären, weshalb sie etwas Persönliches äußern wollten; und TherapeutInnen sollten genau beobachten und auch nachfragen, wie es den KlientInnen mit einer Selbstoffenbarung ginge. Eine solche Feedback-Schleife würde die Auswirkung einer Selbstoffenbarung auf den/die KlientIn zeigen. Zusätzlich könne der offene Dialog über negative Effekte letztlich sehr wertvoll sein für das Verständnis, wie der/ die KlientIn Erfahrungen, Gedanken und Gefühle erlebe. Zu beachten sei auch, dass für KlientInnen nicht sofort die Auswirkung/en einer Selbstoffenbarung erkennbar seien, weshalb empfohlen werde, zu einem späteren Zeitpunkt nochmals nachzufragen. Erfolgreiche Selbstoffenbarungen seien oft Ergebnis mangelnder Möglichkeiten Rückmeldung geben zu können.
5. Eine letzte Empfehlung lautet: TherapeutInnen sollten unmittelbar nach einer Selbstoffenbarung den Fokus wieder auf die KlientInnen richten, indem zum Beispiel gefragt werde, wie diese Äußerung auf den/die KlientIn wirke. Manche KlientInnen mögen probieren, mehr vom/n der TherapeutIn zu erfahren, TherapeutInnen seien dennoch aufgefordert, sehr aufmerksam sich wieder dem/r KlientIn zu widmen. (Henretty & Levitt, 2010, S. 73-74)

Zusammenfassend wird festgehalten, dass Selbstoffenbarungen im Sinne verbaler Äußerungen seitens der PsychotherapeutInnen in Kategorien eingeteilt werden können. Diese Kategorisierungen dienen vor allem der Erforschung von Wirkung und Effektivität dieser Intervention. Außerdem ermöglichen die Kategorien eine Auswahl zu treffen, welche Art der Selbstoffenbarungen für welche KlientInnen geeignet erscheinen.

Zusätzlich liegen Publikationen vor, die Anwendungsrichtlinien zur Intervention der Selbstoffenbarung (Henretty & Levitt, 2010) beschreiben. Darin wird auch zum kritischen Umgang mit dieser Intervention gemahnt.

2.2.2 Gestik, Mimik, Körpersprache

Gestik und Mimik können in der Begegnung mit KlientInnen zumeist verborgen werden. Das dient auch dazu, den KlientInnen den Raum zu geben, ihre eigenen Seelenbewegungen und Regungen wahrzunehmen unbeeinflusst von jenen der TherapeutInnen. In diesem Kapitel soll anhand einer typisch körpersprachlichen Regung, nämlich dem Weinen, beispielhaft dargestellt werden, welche Auswirkungen das Zeigen einer tiefen Emotion seitens des/r TherapeutIn bei KlientInnen und bei den TherapeutInnen selber haben kann.

Weinen ist ein sogenannter Affektausdruck, eine Reaktion des vegetativen Nervensystems, um verschiedene Emotionen zu zeigen. Weinen kann sowohl Ausdruck von Trauer, als auch von Wut oder Mitgefühl sein. Weinen erzeugt beim Anderen hauptsächlich Mitgefühl, da es zumeist als Hilferuf eingestuft wird. Je nach Erziehung und gesellschaftlichen Normen kann Weinen auch als Charakterschwäche bewertet werden, wodurch es dann mit dem Gefühl der Scham verbunden ist. Weinen führt meist dann zu Erleichterung, wenn auch Trost gespendet werden kann, einem Ruf nach Hilfe also nachgekommen wird.

In einer Publikation von Knox et al. (2017) wird sehr ausführlich den Fragen nachgegangen, wie sich das Weinen des/r PsychotherapeutIn auf KlientInnen auswirkt und wie es den TherapeutInnen ergeht, wenn sie in einer Therapiestunde in Gegenwart der KlientInnen weinen.

Wenn man versucht, sich zu erklären, weshalb ein/e TherapeutIn in einer Therapiestunde eines/r KlientIn ins Weinen kommt, stellt man bald fest, dass es entweder eine Art der Anteilnahme und des Mitfühls für den/die KlientIn ist, eine Berührung eines eigenen Anteils, eine Gegenübertragung oder eine Mischung daraus. Was immer der Grund ist, das Weinen des/r TherapeutIn stellt eine tiefe emotionale Verbindung zwischen KlientIn und TherapeutIn her.

Prinzipiell ist zu bemerken, dass sich das Weinen der TherapeutInnen von dem der KlientInnen in der Dauer und Heftigkeit unterscheidet. Sowohl TherapeutInnen, als auch KlientInnen berichten, dass das Weinen der TherapeutInnen von kurzer Dauer,

wenigen Tränen oder nur ein Aufsteigen von Wasser in den Augen sei (Knox, Knowlton, Pruitt, Hill, Chui, & Tate, 2017, S. 297).

Wie empfinden nun TherapeutInnen ihr eigenes Weinen? In den Vormomenten zum Weinen berichten die TherapeutInnen über Befürchtungen, dass der/die KlientIn nicht mehr im Fokus sein könnte und dass sie nicht ausreichend abgegrenzt sein könnten. Nach dem Ereignis des Weinens stellen die TherapeutInnen fest, dass sie sich mit den KlientInnen mehr verbunden gefühlt hätten (Knox, Knowlton, Pruitt, Hill, Chui, & Tate, 2017, S. 297).

Wie empfinden KlientInnen das Weinen der TherapeutInnen? KlientInnen berichten, das Weinen ihrer TherapeutInnen hätte deren emotionale Bindung gezeigt, die Beziehung gestärkt und die KlientInnen empfanden Empathie für die TherapeutInnen (Knox, Knowlton, Pruitt, Hill, Chui, & Tate, 2017, S. 299).

Zu beachten ist vor allem auch bei dieser Art der Selbstoffenbarung die mögliche Rollenumkehr. So geben Knox et al. (2017) auch zu bedenken, dass KlientInnen, die zur Rolle des/r HelferIn neigen, vom Weinen des/r TherapeutIn überwältigt, verunsichert seien und daraufhin in Distanz gehen könnten. Eine solche Distanzierung kann sich sowohl auf den eigenen therapeutischen Prozess beziehen, indem sich Widerstand ausbildet oder in der Entwicklung von Misstrauen dem/r TherapeutIn gegenüber.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Weinen seitens eines/r PsychotherapeutIn, als eine Offenbarung tiefer Emotionen definiert ist. Es ermöglicht sowohl interpersonal als auch intrapersonal eine empathische Verbindung zum Anderen. Ein Bindungsangebot entsteht im Hier-und-Jetzt des geschützten Raums der therapeutischen Beziehung.

Bedachtsamkeit gilt jenen KlientInnen gegenüber, deren Grenzen immer wieder missachtet wurden. Bei ihnen kann es durch eine emotionale Überwältigung zu einer

Überforderung durch das Weinen des/r TherapeutIn kommen (s. Kapitel 2.4 Grenzen und Kontraindikationen von Selbstoffenbarungen).

2.2.3 Selbstoffenbarung versus Selbstdarstellung

PsychotherapeutInnen sind in ihren Praxen relativ frei darin, wie sie sich ihren KlientInnen gegenüber zeigen, also darstellen. Dennoch wird empfohlen, sich als PsychotherapeutIn über verschiedene Aspekte des sich Zeigens Gedanken zu machen. Die Art, wie sich ein/e PsychotherapeutIn zeigt, ist somit auch eine Art der Selbstoffenbarung.

Kleidung und Einrichtung der eigenen Praxis eröffnen im Grunde eine Bühne. Die Regie führen die dort jeweils tätigen TherapeutInnen und sie bestimmen, was sie von sich zeigen wollen. Nun geht es nicht nur darum, dass der/die PsychotherapeutIn eine Bewusstheit und Verantwortung über seine/ihre eigenen Haltungen, Werte und Konventionen hat. Beachtet sollten auch Aspekte der KlientInnen werden, indem zum Beispiel deren kulturelle oder sozioökonomische Hintergründe respektiert und geachtet werden.

Am Beispiel einer Institution wie einem Krankenhaus soll die Bedeutung von Kleidung betrachtet werden. Die Arbeitskleidung des Personals ermöglicht sowohl den dort arbeitenden Menschen, wie auch den PatientInnen Orientierung. So wird dort eine abstinente Haltung unter anderem durch die Arbeitskleidung ausgedrückt. Die weißen Kittel der ÄrztInnen signalisieren nicht nur medizinische Kompetenz, sondern kennzeichnen auch die sich nicht offenbarende Haltung den PatientInnen gegenüber. Die Uniform trägt dazu bei, dass persönliche Werte oder Haltungen des Personals verborgen und auch geschützt bleiben. Ob sich unter der Arbeitskleidung ein Mensch verbirgt, der im Privatleben exakt gebügelte Hemden trägt oder jemand, der lässige T-Shirts bevorzugt, bleibt für PatientInnen ein Rätsel. Es fehlen somit wesentliche Merkmale, die uns Menschen prinzipiell dabei helfen abzuschätzen, mit wem wir es hier zu tun haben. So verdeutlicht die Uniform vielerlei: zum einen wird Funktion und Tätigkeitsbereich des Mitarbeiters offenbart, zum anderen gibt die Uniform den PatientInnen und TrägerInnen die Sicherheit in einer wertfreien Haltung wahrgenommen zu werden und begegnen zu können.

In einer Publikation von Knapp et al. (2013) wird näher darauf eingegangen, welchen Einfluss Kleidung, Praxis-Einrichtung, Veröffentlichungen via Twitter und ähnlichen

sozialen Medien oder auch die Anrede mit dem Vornamen haben kann. Jeder dieser Aspekte offenbart etwas über den Menschen selbst und so empfehlen die AutorInnen den PsychotherapeutInnen, sich an soziale Konventionen zu halten. Der persönliche Geschmack solle eher zurückgestellt werden. Auch über öffentliche Erwartungshaltungen von TherapeutInnen solle man sich Gedanken machen (Knapp, VandeCreek, Handelsman, & Gottlieb, 2013, S. 382).

Inwieweit ein/e PsychotherapeutIn bereit zu einer selbstoffenbarenden Haltung ist, lässt sich heutzutage auch mit Hilfe der elektronischen Medien einschätzen. Bei Betrachtung der Websites von PsychotherapeutInnen ergibt sich für KlientInnen die Möglichkeit, etwas über den/die PsychotherapeutIn zu erfahren. Abgesehen von sozialen Netzwerken, die häufig dazu herangezogen werden Information über einen Menschen, also auch PsychotherapeutInnen zu erhalten, dienen die Websites der TherapeutInnen unter anderem dazu, sich ein erstes Bild vom/n PsychotherapeutIn zu machen. Die Gestaltung, also Informationen über Methode, Person, die Aktualität, Fotos oder Kontaktierbarkeit usw. der Website gestattet ein erstes Anfühlen und in Erwägung ziehen.

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen schreibt in der *Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* über das Verhalten in der Öffentlichkeit (Werberichtlinie) vor, wie ein/e PsychotherapeutIn werben darf (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2010). Was und wie sich ein/e PsychotherapeutIn privat in sozialen Netzwerken präsentiert, wird darin nicht geregelt. Es käme wohl einer Einschränkung der persönlichen Freiheit gleich.

In den Vereinigten Staaten von Amerika wurde nach den Katastrophen von 9/11 und den Hurrikans Katrina und Rita zwar ein größeres Bedürfnis nach Intimität beobachtet, gleichzeitig entwickelte sich mit Hilfe der elektronischen Medien und sozialen Netzwerke eine „tell-all“-Mentalität. Das „Teilen“ von Details des Lebens mit der Öffentlichkeit wird dabei zum Normativ bei gleichzeitiger Vereinsamung des einzelnen Individuums. Der Selbstdarstellung in den verschiedenen sozialen Netzwerken sind praktisch keine Grenzen gesetzt, doch in den Therapiestunden, also im Kontakt von Mensch zu Mensch, entsteht Hemmung und Zurückhaltung. Gefühle wie Scham, Angst, Trauer, Neid, Wut oder Verzweiflung können kaum gezeigt werden, während

sie elektronisch mit Hilfe der Emoticons und Hass-postings mitgeteilt, Anteil nehmend geteilt und veröffentlicht werden.

Historisch betrachtet, schreibt Farber, hätten einige dieser Veränderungen [betreffend der Selbstoffenbarung; Anm.d.Verf.] in den 1960er Jahren bereits ihren Beginn gehabt. Die Politik und die Sichtweisen der 1960er – Bürgerrechte, Frauenrechte, sexuelle Befreiung, die beginnende Multikulturalität – hätten neuen Ansichten über Akzeptanz und Verständnis des Anderen geboten und auch verboten (Farber, 2006, S. 8).

Das Verhalten der Menschen in den heutigen sozialen Netzwerken im Sinne des Zeigen-Wollens, des Teilens, dem Bedürfnis gesehen und (an-)erkannt werden zu wollen, das Bedürfnis also nach Selbstdarstellung, hat Ähnlichkeit mit der Beliebtheit der Encounter-Gruppen. Farber meint, die Beliebtheit der Encounter-Gruppen der späten 1960er und frühen 1970er seien exemplarisch für eine „tell-all“-Philosophie, für eine „wenn du es denkst oder fühlst, sag es“-Gesinnung (Farber, 2006, S. 8). Heute erleben wir diese „sag‘ es jedem“-Mentalität massiv ausgelebt in den sozialen Netzwerken.

Dem Thema der Selbstdarstellung/en gilt es mit Achtsamkeit seitens der PsychotherapeutInnen zu begegnen. Erving und Miriam Polster schreiben dazu: „Der Psychotherapeut sollte sich die ... Frage stellen, ob sich die Effektivität einer Theorie [die Theorie der Psychotherapie; Anm.d.Verf.] darauf beschränkt, eine sogenannte Heilung oder ... Wachstum herbeizuführen, oder ob sie auch für die gesellschaftliche Entwicklung eine Bedeutung hat.“ (Polster & Polster, 2009, S. 35). PsychotherapeutInnen haben Einfluss auf gesellschaftspolitische Entwicklungen und somit Verantwortung für die Folgen ihres Verhaltens auch in jenen Lebensbereichen, in denen sie als private Mitglieder der Gesellschaft ihre Bilder *posten* und ihre Meinungen *twittern*.

2.2.4 Häufigkeit und Dauer der Selbstoffenbarungen

Es ist schwierig, exakte Daten über die Häufigkeit und/oder Dauer von Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen in einem Therapieprozess zu erheben. Die Definitionen zur Selbstoffenbarung und die Messmethoden in den einzelnen Studienprotokollen sind zu unterschiedlich. Mehrere AutorInnen weisen allerdings darauf hin, dass keine lineare Beziehung zwischen der Häufigkeit der Intervention und der Auswirkung bzw. der Effizienz dieser Intervention nachweisbar ist. Ein Mehr, im Sinne der Häufigkeit oder der Dauer, an Selbstoffenbarungen, bringt also nicht mehr Erfolg in einer Psychotherapie. Knox et al. schreiben dazu, man möge die Selbstoffenbarung einsetzen, weil es eine hilfreiche Intervention ist und man möge dies selten und klug tun (Knox & Hill, 2003, S. 532). Häufigkeit und Dauer von Selbstoffenbarungen lassen sich auch deshalb schwer erheben, weil Selbstoffenbarungen eingewoben sind in den therapeutischen Dialog. Ziv-Beiman et al. schreiben dazu, die „immediate disclosure“ sei schwieriger messbar, da diese Art der Selbstoffenbarung ein Teil des therapeutischen Dialogs sei und dass die „immediate disclosure“ vermutlich mit einer höheren Frequenz eingesetzt werde (Ziv-Beiman, 2013, S. 63). Die Kategorie der „immediate disclosure“ setzt bei den TherapeutInnen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Gewährsein voraus und lässt sich mit der, von Cohn (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004, S. 154) beschriebenen, Haltung der selektiven Authentizität am ehesten vergleichen. „Immediate disclosure“ ist möglich, wenn Gewährsein im Augenblick, als eine Kompetenz des/r TherapeutIn, in der therapeutischen Begegnung möglich ist. Diese Art des Gewährseins beschreiben Blankertz und Doubrawa im *Lexikon der Gestalttherapie* mit dem Begriff *existentieller Augenblick* folgendermaßen: „Begriff von Len Bergantino, um das Echte, Authentische, Natürliche, Ursprüngliche, Ungefilterte zu benennen, das in der Therapie zwischen Therapeuten und Klienten entstehen kann...“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 64). Die therapeutische Dyade findet zwar im geschützten Raum statt, also einem Übungsraum für KlientInnen, dennoch handelt es sich um eine unmittelbare, echte Begegnung, in der unmittelbare Reaktionen im Sinne der Authentizität möglich werden. So schreiben Blankertz und Doubrawa weiter:

„Die Künstlichkeit der therapeutischen Situation wird überwunden, wenn im ‚Zwischen‘ des Therapeuten und des Klienten authentische Gefühle zum Tragen kommen, die existenzielle Bedeutung gewinnen. Zu einem existenziellen Augenblick kann es in der Therapie jedoch nur kommen, wenn der Therapeut es sich erlaubt, ganz als Mensch anwesend zu sein. Solange er sich nur bemüht, eine (professionelle) Rolle zu spielen und strikt seinen Methoden zu folgen, kann er zwar durchaus gewisse Erfolge erzielen, nicht aber eine ‚heilende Berührung‘ zulassen...“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 65)

Dauer und Häufigkeit lassen sich nicht exakt bemessen, weil Selbstoffenbarungen in einem gewissen Ausmaß auch zur Authentizität der TherapeutInnen zählen und im Fließen des Dialogs und der Begegnung eingewoben sind. Hill et al. schätzen, dass, obwohl die Selbstoffenbarung des/r Psychotherapeuten nur 1% der Interventionen pro Sitzung ausmache, diese Intervention die höchsten „client helpfulness ratings“ bekomme (Hill, Helms, Tichenor, Spiegel, O'Grady, & Perry, 1988). Bezüglich der Häufigkeit empfehlen Knox et al. (2003), sich selbst darin zu beobachten, wie oft man sich den KlientInnen gegenüber offenbare, denn möglicherweise erkläre sich die gute Wirkung durch eine relativ seltene Anwendung. Zur Dauer einer Selbstoffenbarung empfehlen dieselben AutorInnen, dass die TherapeutInnen sicherstellen sollten, nach einer Selbstoffenbarung den Focus so schnell, wie möglich, wieder zu den KlientInnen zurück zu führen (Knox & Hill, 2003, S. 536).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein *so wenig, wie möglich und ein so kurz, wie möglich* empfohlen wird (Hill et al., 1988; Knox et al., 2003; Ziv-Beiman, 2013). Zu häufige Selbstoffenbarungen schaden der therapeutischen Beziehung, da der Fokus zu sehr bei den TherapeutInnen liegt, die Einbezogenheit der KlientInnen in deren eigene Therapie reduziert wird und damit die therapeutische Allianz von den TherapeutInnen zum Selbstzweck missbraucht wird (s. dazu Kapitel 2.1.6 Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung seitens der TherapeutInnen).

2.2.5 Inhalte der Selbstoffenbarungen

Inhaltlich lassen sich Selbstoffenbarungen in folgende Kategorien unterscheiden (Knox & Hill, 2003; Ziv-Beiman, 2013):

- Äußerungen über berufliche und fachliche, die Psychotherapie betreffende, Themen
- persönliche Inhalte und Erfahrungen der TherapeutInnen

Zu den am häufigsten offenbarten Inhalten zählen diese AutorInnen: Äußerungen über fachliche Herangehensweisen und Behandlungseffektivität, Entschuldigungen zu Berufsfehlern, Ausdruck von Respekt den KlientInnen gegenüber, Ansichten bezüglich Kindererziehung, Mitteilungen über ähnliche Gefühle und über Strategien zur Stressbewältigung. Selten bis gar nicht werden religiöse Themen, das Geburtsdatum der PsychotherapeutInnen sowie sexuelle Themen offenbart.

Kritisch betrachten diese AutorInnen Selbstoffenbarungen, die sich auf nicht gelöste Konflikte der TherapeutInnen selbst beziehen und empfehlen daher, Selbstoffenbarungen auf Inhalte zu beziehen, die gelöst sind. So bleibt der Fokus bei den KlientInnen und die TherapeutInnen haben ausreichend Distanz und Lösung zum jeweiligen Thema.

Zu welchem Thema und ob sich ein/e TherapeutIn offenbart, bleibt also eine heikle Entscheidung. Meistens ist der/die TherapeutIn dazu aufgefordert, sich im Sinne des/r KlientIn zu entscheiden. Dies erscheint einfacher, wenn sich eine Selbstoffenbarung als Intervention anbietet, als wenn KlientInnen durch beiläufige Fragen eine Selbstoffenbarung herausfordern. Bevor eine Selbstoffenbarung als Intervention eingesetzt wird, empfiehlt Tiedemann den TherapeutInnen, sich folgende Überlegungen zu machen:

„Die entscheidende Frage ist dabei, wie man entscheidet, was man mitteilt. Was mag eine unpassende Selbst-Offenbarung motivieren? Es gibt dazu eine lange Liste von unbewussten Gründen: Einsamkeit, Reaktion auf die Verachtung des Patienten, der Wunsch, ein Vorbild zu sein, bewundert und beneidet zu werden, etc. Wie auch immer der Therapeut sich entscheidet, was und aus welcher

Motivation heraus er dem Patienten von sich selbst mitteilt, er muss darauf gefasst sein, die Reaktionen des Patienten auf seine Selbst-Offenbarung zu bearbeiten.“ (Tiedemann, 2010, S. 200)

Tiedemann weist hier auf die bewussten und unbewussten Intentionen zur Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen hin. Und er gibt zu bedenken, dass die Antworten auf die persönlichen Fragen wiederum Reaktionen bei den KlientInnen auslösen. TherapeutInnen sind daher aufgefordert, sich für die Antworten Zeit zu nehmen und nicht vorschnell, zwischen Tür und Angel, los zu plaudern.

Auf einen weiteren Punkt machen Henretty et al. aufmerksam, wenn sie meinen, dass der Bereich der Werthaltungen, vor allem dann besonders zu beachten sei, wenn sich die Haltungen zwischen TherapeutIn und KlientIn unterscheiden (Henretty & Levitt, 2010, S. 72). Sehr schnell kann hier ein/e TherapeutIn Gefahr laufen, zur moralisierenden Instanz zu werden. Aufkeimende Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortlichkeit der KlientInnen kann damit kurzerhand wieder verschüttet werden. Zusätzlich wird in den meisten Publikationen auch ausdrücklich davor gewarnt, intime Themen zu offenbaren oder auch Trauminhalte zu erzählen. Außerdem wird empfohlen, den Inhalt von Selbstoffenbarungen bezüglich ethnischer Gruppen oder spezieller Interessen und beruflicher Hintergründe abzustimmen (Knox & Hill, 2003, S. 535).

Auf spezielle Umstände, wie zum Beispiel Schwangerschaft, sexuelle Orientierung oder auch Krankheit des/r PsychotherapeutIn kann hier nicht eingegangen werden, wenngleich es beachtenswerte Aspekte der Selbstoffenbarung sind.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zu den häufigen Inhalten von Selbstoffenbarungen fachliche Informationen über den Therapieprozess und zur Behandlungseffektivität zählen. Außerdem werden Selbstoffenbarungen dazu genutzt, KlientInnen gegenüber Respekt auszudrücken und persönliche Ratschläge zu geben. Selten offenbaren TherapeutInnen persönliche Inhalte wie zum Beispiel religiöse oder sexuelle Themen. Keinesfalls sollten sich TherapeutInnen zu Inhalten äußern, die sie selber innerpsychisch noch nicht gelöst haben.

Zu bedenken sind vor einer Selbstoffenbarung auch die möglichen Reaktionen der KlientInnen v.a. auch unter dem Aspekt der momentanen Verfassung des/r KlientIn

und möglicher Einschränkungen der Wahrnehmungsfähigkeit (Knox & Hill, 2003; Hartmann-Kottek, 2012; Ziv-Beiman, 2013).

2.2.6 Zeitpunkt und Ort einer Selbstoffenbarung

Der Zeitpunkt und der Ort einer persönlichen Frage seitens des/r KlientIn und die darauf möglicherweise folgende Selbstoffenbarung seitens des/r TherapeutIn sind bemerkenswerte Parameter zur Charakterisierung der Intention, weshalb der/die KlientIn eine persönliche Frage stellt.

In der Literatur bezieht sich der Begriff *Zeitpunkt* einer Selbstoffenbarung hauptsächlich auf den zeitlichen Abschnitt des therapeutischen Prozesses.

Der Begriff *Ort* meint den Bereich des Therapiezimmers oder den außerhalb des Therapiezimmers. Zeitpunkt und Ort sind somit besondere Lokalisationen für Selbstoffenbarungen, da sie die therapeutische Arbeitsbeziehung in einer besonderen Art beanspruchen.

2.2.6.1 Zeitpunkt einer Selbstoffenbarung

Der Zeitpunkt einer Selbstoffenbarung kann vom Abschnitt, also der Phase des psychotherapeutischen Prozesses abhängig sein. In der Literatur wird dieser Aspekt sehr unterschiedlich diskutiert. Zum einen wird von der Intervention der Selbstoffenbarung in der frühen Phase der Psychotherapie abgeraten, weil der Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung damit behindert werden kann. Während der Anfangsphase zeigen sich viele Menschen irritiert, wenn TherapeutInnen etwas von sich preisgeben. Ebenso wird in der Literatur beschrieben, dass gerade in dieser Anfangsphase Selbstoffenbarungen hilfreich im Sinne des Stützens sind. Henretty et al. schreiben, dass das Erstgespräch besonders dafür geeignet sei, weil den KlientInnen Sicherheit durch Selbstoffenbarungen vermittelbar wäre. In dieser Situation sollten sich TherapeutInnen dazu bereit erklären, über ihre Orientierungen und Werte Auskunft zu geben, um dem/r KlientIn zu ermöglichen, ein ‚informed consumer‘ zu sein (Henretty & Levitt, 2010, S. 72). Wem diese Art zu progressiv erscheint, kann alternativ dazu speziell die Anfangsphase nützen, KlientInnen aktiv zu fragen, ob sie etwas wissen möchten oder sie eine persönliche Frage an den/die TherapeutIn haben.

Besondere Aufmerksamkeit empfiehlt sich dabei Menschen gegenüber, die irgendeiner Art von Minderheit angehören. Henretty et al. meinen dazu, es würden vor allem Menschen, die einer Minderheit angehören, TherapeutInnen suchen, die auch einer Minderheit angehören. So wäre es für TherapeutInnen überlegenswert sich zu offenbaren, wenn TherapeutIn und KlientIn ein und derselben Minorität angehörten (Henretty & Levitt, 2010, S. 71-72).

Die Entscheidung zu einer Selbstoffenbarung sollte von TherapeutInnen bereits im Vorfeld zu einer Therapiesitzung getroffen sein. Der Zeitpunkt der Selbstoffenbarung wird zwar häufig im Moment der sich ergebenden Situation genützt, ob diese Intervention in genau die Therapie dieses/r KlientIn passt, sollte jedoch zuvor seitens des/r TherapeutIn überlegt und durchdacht sein.

Der Begriff des Zeitpunktes bezieht sich auch auf das *vor*, *während* und/ oder *nach* der Therapiestunde. Ähnlich dem Leitsatz aus der Gruppentherapie: „Gruppe passiert, bevor Gruppe stattfindet“, könnte man in der Einzeltherapie sagen: „Die Therapiestunde beginnt für KlientInnen und PsychotherapeutInnen, bevor die Stunde tatsächlich begonnen hat.“. Das heißt auch, dass zum Beispiel eine Selbstoffenbarung seitens des/r PsychotherapeutIn zwar geplant und überlegt sein mag, indem sich der/die TherapeutIn vorstellt, wie es wäre zu offenbaren und worin der Nutzen bestünde. Auch ob ein Selbstzweck verfolgt wird, sollte seitens des/r TherapeutIn in radikaler Offenheit zu sich selbst überlegt und beantwortet sein. Ob eine Selbstoffenbarung dann in einer Therapiesitzung tatsächlich stattfindet, hängt aber auch noch von der momentanen Verfassung des/r KlientIn ab und dem therapeutischen Geschehen in genau dieser Sitzung und jenem Augenblick.

Eine Voraussetzung, den *richtigen* Moment und den *richtigen* Inhalt einer Selbstoffenbarung zu erkennen, ist ein hoher Grad an Bewusstheit und Gewahrsein seitens des/r TherapeutIn. Schigutt schreibt dazu: „Der Therapeut muss sich bei jeder spontanen Reaktion seiner eigenen inneren Aktivität bewusst sein, die Verantwortung dafür übernehmen und die Reaktion gleichsam in Schweben halten können – nur dann wird er in der Lage sein, Entscheidungsmöglichkeiten wahrzunehmen und eine Auswahl zu treffen.“ (Schigutt, 2004, S. 206).

TherapeutInnen sind somit aufgefordert, auch in der therapeutischen Situation in eine Art BeobachterInnen-Position zu wechseln. Eine Triade, in der TherapeutIn und KlientIn als solche anwesend sind und der/die TherapeutIn zusätzlich mit der Aufmerksamkeit in die Beobachtung der KlientIn-TherapeutIn-Dyade wechselt, um sich der Abläufe und Rollen im Augenblick gewahr zu sein. Die Gestalttherapeutin Hartmann-Kottek weist auf diesen Aspekt des Augenblicks hin, wenn sie schreibt:

„In diesem Sinne ist jeder Mensch mit seiner unverwechselbaren genetischen Ausstattung, verzahnt mit seiner einmaligen Erfahrungsgeschichte eine ganz spezielle Gestalt inmitten seiner einzigartigen, subjektiven Welt, die sich dieser Mensch aufgebaut hat. Und er ist genau genommen diese Gestalt nur im jeweiligen Moment, weil er sich im nächsten Moment schon wieder subtil verändert.“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 20)

Dem Momentgeschehen gilt es hier seitens der TherapeutInnen besonderes Augenmerk zu geben, denn im einzelnen Moment liegt gleichzeitig die Chance auf Veränderung. Die Möglichkeit neue, andere und weitere Erfahrungen zu machen, bedeutet Erweiterung und Wachstum für die KlientInnen. Senf & Broda schreiben dazu: „Stern et al. (1998) haben herausgearbeitet, dass diese Momente der Begegnung von entscheidender Wichtigkeit für den Therapieerfolg sind. Sie liegen im Bereich des impliziten Beziehungswissens und erinnern an die präverbale Beziehung von Säuglingen und Kleinkindern zu vertrauensvollen Betreuungspersonen.“ (Senf & Broda, 2007, S. 100).

Selbstoffenbarungen in der frühen Phase der Psychotherapie erscheinen auch hilfreich zur Minderung von Ängsten seitens der KlientInnen, zum Aufbau von Allianz und Rapport und um taktvolle Begegnungen mit den KlientInnen zu etablieren (Henretty & Levitt, 2010, S. 72). Das heißt in der Anfangsphase wird TherapeutInnen empfohlen, den KlientInnen persönliche Fragen zu beantworten oder auch aktiv zu fragen, ob es Fragen an den/die TherapeutIn gibt.

In der Endphase einer Psychotherapie setzen viele TherapeutInnen die Selbstoffenbarung häufiger ein, um Nähe und Distanz zu regulieren und dieses Regulieren auch zu trainieren. Henretty & Levitt meinen dazu, indem TherapeutInnen

über sich etwas zeigten, den zurückliegenden Prozess diskutierten, würden sie den therapeutischen Prozess auch demystifizieren und könnten die erreichten Ziele gemeinsam reflektieren (Henretty & Levitt, 2010, S. 72).

Diese Sichtweise unterstützen auch Knox & Hill, wenn sie über den *richtigen* Zeitraum für Selbstoffenbarungen die Endphase nennen, denn zu diesem Zeitpunkt der Therapie biete es sich an, einen Überblick und eine Zusammenfassung des Therapieprozesses zu geben und das Leben nach bzw. ohne Psychotherapie vorzubereiten (Knox & Hill, 2003, S. 537).

Sinnvoll erscheint die Intervention der Selbstoffenbarung auch dazu, das Bild über den/die PsychotherapeutIn als einen realen, natürlichen, authentischen Menschen zu schärfen. KlientInnen, die ein solches Bewusstsein über ihre TherapeutInnen entwickeln können, erleben damit eine Aufklärung und Erklärung über den therapeutischen Prozess. Ziv-Beiman & Shahar schreiben dazu, es brauche ausreichend Vertrauen in die therapeutische Beziehung und ausreichend Zeit, in der die PatientInnen sich selbst bereits verändert erfahren, dass Selbstoffenbarungen der PsychotherapeutInnen den therapeutischen Prozess stützten (Ziv-Beiman & Shahar, 2016, S. 276).

2.2.6.2 Ort einer Selbstoffenbarung

Bezüglich des Ortes von Selbstoffenbarungen sind vor allem auch mögliche Begegnungen außerhalb des therapeutischen Settings gemeint. Empfohlen wird dazu mit den KlientInnen eine Vereinbarung zu treffen, wie zum Beispiel einander im öffentlichen Raum begegnet werden kann. Die Anonymität einer Großstadt bietet andere Gelegenheiten zur Begegnung, als eine Kleinstadt oder eine ländliche Region. Nachdem Psychotherapie in Österreich noch immer keine Selbstverständlichkeit ist, erwarten viele KlientInnen Diskretion. Oft genug wird von KlientInnen berichtet, dass niemand wisse, dass sie sich in Therapie befinden.

TherapeutInnen beobachten auch, dass bereits die Begegnungen außerhalb des Therapiezimmers sensible Orte sein können. So verleitet das *Außerhalb des Therapiezimmers* zum small talk. Situationen wie das Begrüßen, das Zahlen und

Verabschieden laden sowohl KlientInnen als auch TherapeutInnen dazu ein, etwas von sich zu offenbaren oder auch *beiläufige* Fragen zu stellen. Der Anschein des Beiläufigen verhilft vielen KlientInnen dazu, eine Hemmschwelle zu überschreiten und dem/der TherapeutIn doch etwas Persönliches zu entlocken. Farber (2006) bezeichnet diese Situationen als ein Dilemma für die TherapeutInnen. Zum einen seien PsychotherapeutInnen in der Verantwortung, direkte Fragen seitens der KlientInnen zu beantworten und andererseits seien sie angehalten, die KlientInnen fokussiert bei deren Themen zu halten „...exclusively and intently on their own issues and that their interest in their therapists' thoughts or private lives was essentially a form of resistance to exploring their own experiences and fantasies...” (Farber, 2006, S. 154). Fragen an den/die PsychotherapeutIn können also eine Form des Widerstands oder eine Vermeidungsstrategie sein. GestalttherapeutInnen können darin auch einen Kontakt-Stil sehen oder eine Art der Kontaktunterbrechung. Vielleicht ist es, wenn die Fragen nach der Therapiestunde beim Gehen auftauchen auch eine Übergangshandlung. Eine Möglichkeit für den/die KlientIn im persönlichen Stil die Therapiestunde abzuschließen und mit der Welt da draußen wieder in Kontakt zu treten.

Zeitpunkt und Ort einer persönlichen Frage seitens der KlientInnen können also Hinweise auf die Intention zur Frage geben. Interessant erscheint auch, dass persönliche Fragen im Laufe der Therapiestunde einer Form von Widerstand zuzuordnen sind. Fragen beim Eintreten oder Gehen können Überleitungscharakter haben oder sind Zeichen von Verlegenheit und Unsicherheit.

Empfohlen wird in jedem Fall, diese Sequenzen wahrzunehmen, als Phänomene eines Versuchs, Kontakt herzustellen oder Kontakt zu unterbrechen und auch diese Sequenzen nach zu besprechen. Farber schreibt dazu:

„...disclosing in direct response to patients' questions offers a propitious opportunity for furthering patients' awareness of their role in relationships and the way they are perceived by important others. Even answering relatively mundane questions may be a means by which therapists allow patients to know that they are important and that their needs will be taken seriously.” (Farber, 2006, S. 155)

Die Antwort auf eine KlientInnen-Frage mag dem/r TherapeutIn alltäglich vorkommen, für die KlientInnen kann es eine wichtige Erfahrung im Sinne der Anerkennung und Würdigung seiner/ihrer Person sein.

2.3 Wirkungen und Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen

Wirkungsforschung in den Psychotherapie-Wissenschaften beschäftigt sich vor allem mit Wirk- und Prozessprinzipien von Psychotherapien (Strauß & Wittmann, 2007). Knox et al. berichten, dass sie besonders an drei Wirkweisen der Selbstoffenbarungen von TherapeutInnen bei Langzeit-Klienten interessiert waren: 1) dem Effekt auf die Beziehung zum/r TherapeutIn, 2) der Erfahrung von Allgemeingültigkeit des Erlebens und 3) dem Prinzip der Modellbildung (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 275).

Mit dem *Effekt auf die Beziehung zum/r TherapeutIn* ist vor allem die Herstellung einer realen, tragfähigen und stabilen Beziehung gemeint. Ziel ist es dabei, dass der/die TherapeutIn ein Beziehungsangebot zur Verfügung stellt, als der Mensch, der er/sie ist. Damit kann die Begegnung in Augenhöhe stattfinden, die Beziehung ist weniger durch ein hierarchisches Gefälle gekennzeichnet.

Erfahrung von Allgemeingültigkeit meint, dass das Erleben von Leid, Schmerz und belastenden Gefühlen auch Erfahrungen im Leben des/r TherapeutIn sein können. Diese Allgemeingültigkeit lindert oftmals qualvolle Gefühle, wie Scham oder Schuld, im Sinne eines Normalisierens, womit nicht ein Banalisieren gemeint ist.

Das *Prinzip der Modellbildung* meint schließlich, dass ein offenbartes Verhalten des/r PsychotherapeutIn dem/r KlientIn die Möglichkeit zur Imitation anbietet. Andere Lösungswege zu entwickeln oder zu imitieren und im geschützten Raum der Therapie zu erproben, erleichtert die Integration dieser neu erworbenen Fähigkeiten.

Eine entscheidende Voraussetzung für diese drei Wirkweisen ist die Mentalisierungsfähigkeit eines Menschen. Unter *Mentalisierung* beschreibt Oberlerchner die Fähigkeit eines Menschen, Motive und Intentionen des eigenen Handelns sowie die des Anderen zu erkennen (Oberlerchner, 2017, S. 129-130). So entstehen durch Mentalisierungsprozesse neue Handlungsräume und frühere Erfahrungen und Handlungsmuster können reorganisiert werden. Genau genommen geht es um die Änderung oder Anpassung von implizitem Beziehungswissen. Das Bindungsangebot des/r TherapeutIn gibt dem/r KlientIn die Chance, neue Erfahrungen zu machen und alte Handlungsmuster zu verlassen. Veränderung findet statt – im

besten Fall führt diese Veränderung zur Heilung. Heilung bedeutet in diesem Zusammenhang häufig die kreative Entwicklung eines Raums für Begegnungen mit dem/r Anderen bzw. mit der Welt. In der therapeutischen Beziehung entsteht ein Spiel-Raum, der Experimente mit der Wahrnehmung von Gefühlen, dem Ausdruck dieser und den sich daraus ergebenden Handlungen erlaubt. Schrittweise können somit alte Muster zur Konfliktlösung durch neu zur Verfügung gestellte Möglichkeiten ersetzt werden. In der Begegnung mit dem/r TherapeutIn wird intra- und interpersonelle Veränderung im Sinne von Wachstum, Entfaltung und Entwicklung neuer Fähigkeiten ermöglicht. Die therapeutische Beziehung bietet einen Raum zur Erschaffung von neuem, anderem Erleben der Innen- und der Umwelt. Die Wirkung der Psychotherapie besteht unter anderem darin, neue Erfahrungen in der Begegnung mit dem Anderen und die sich daraus ergebenden neuen Erfahrungen mit sich selbst zu machen. Senf & Broda schreiben dazu:

„Idealerweise können Patienten in der psychotherapeutischen Beziehung einen Spiel- und Resonanzraum finden ... In dieser kreativen Begegnung spielt die innere Lebendigkeit des Therapeuten und seine Fähigkeit, das von Patienten Anvertraute in sich aufzunehmen und spielerisch durcharbeiten, eine hervorragende Rolle. Man könnte in dieser Hinsicht von einer kreativen Haltung der Therapeuten sprechen, die für die Entwicklung der Patienten von großer Bedeutung ist. Wenn Therapeuten sich einer phantasievollen Gelassenheit anvertrauen können und ihre Kreativität zur Gestaltung des von Patienten unstrukturiert überlassenen Materials verwenden, dann ähnelt die Therapie in den Momenten der Begegnung eher einer künstlerischen Gestaltung als einer wissenschaftlichen Analyse.“ (Senf & Broda, 2007, S. 100)

Eine tragfähige, emotionale Bindung zum/r PsychotherapeutIn bleibt Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit jeder Psychotherapie. Die Wirkung einer einzelnen psychotherapeutischen Intervention ist zweifelsohne schwer nachweisbar und kann nur klientenorientiert erfolgen. Knox et al. schreiben zur Wirkweise der Intervention der Selbstoffenbarung, dass eine effektive Selbstoffenbarung den KlientInnen und der Therapie dienen sollte und dass unpassende Selbstoffenbarungen das Ziel effektiv und hilfreich zu sein verfehlen würden (Knox & Hill, 2003, S. 535). Hier wird ein weiteres Mal darauf hingewiesen, dass die Effektivität der Intervention auch

Kompetenzen seitens der TherapeutInnen voraussetzt. Henretty et al. beschreiben die notwendigen Kompetenzen des/r TherapeutIn insofern, als sie meinen: "...effective therapist self-disclosure requires 'interpersonal skills' such as tact, timing, patience, humility, perseverance and sensitivity. These soft skills cannot be learned from a manual..." (Henretty & Levitt, 2010, S. 70).

Neben den Kompetenzen der TherapeutInnen und den typischen Wirkweisen der Intervention der Selbstoffenbarung, betrachtet die Psychotherapieforschung die Wirkung einer Intervention auch aus einem zeitlichen Blickwinkel. Man spricht dann von einer momentanen Wirkung und einer Wirkung, die auftritt, wenn die Intervention zeitlich weiter zurück liegt (immediate and distal outcome). Die Erhebung der Daten über die Wirkung einer Selbstoffenbarung erfolgt in Studien meist durch Fragen seitens der PsychotherapeutInnen. So wird zum Beispiel die Frage gestellt: „Wie wirkt sich diese Information auf Sie aus?“. Oder, wenn die Intervention weiter zurückliegt: „Wie wirkte sich meine Selbstoffenbarung aus?“ bzw. „Wie wirkte sie sich auf den therapeutischen Prozess aus?“. In den rezenten Publikationen werden Selbstoffenbarungen zumeist positiv bewertet sowohl in der momentanen Wirkung, als auch wenn diese Intervention zeitlich weiter zurück liegt. Die Wirkung einer zeitlich weiter zurückliegenden Selbstoffenbarung ist meist schwieriger zu erheben. Es fällt den KlientInnen und TherapeutInnen meistens schwer, eine einzelne Aussage, die möglicherweise Wochen zurück liegt, in ihrer Wirkung zu beurteilen. So werden in den wissenschaftlichen Publikationen hauptsächlich Einzelfälle beschrieben. Standardisierte Fragenkataloge, Manuale oder psychologische Tests fehlen.

Bei psychoanalytisch und tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten PsychotherapeutInnen werden Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen als eine Gegenübertragung betrachtet. Tiedemann beschreibt die Wirkung einer Selbstoffenbarung folgendermaßen:

„Die subjektive und neurotische Gegenübertragung des Analytikers ist deshalb ein so wertvolles therapeutisches Werkzeug, weil sie den Therapeuten in seiner Menschlichkeit und Fehlbarkeit zeigt, die ihm den Patienten näher bringt und eine entlastende Wirkung auf ihn hat. Diese analytische Haltung ließe sich so interpretieren, dass die Schamgefühle des Patienten gemindert werden, indem

die Subjektivität der Therapeuten-Gefühle thematisiert wird. Der menschliche und fehlbare Analytiker, der sich mit seiner Konflikthaftigkeit und Unvollkommenheit zeigt, ermöglicht es dem Patienten es ihm gleich zu tun.“ (Tiedemann, 2010, S. 197)

Tiedemann beschreibt hier aus tiefenpsychologisch-psychodynamischer Sicht die Wirkweise von Selbstoffenbarungen, was von humanistisch-existenziell orientierten TherapeutInnen, wie Knox et al. (1997, 2003, 2010, 2017) als *Prinzip der Modellbildung und Erfahrung von Allgemeingültigkeit* beschrieben wird. Der Paradigmenwechsel der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch-psychodynamischen Schulen zeigt sich markant, wenn Tiedemann vom *positiven Nebeneffekt der kontrollierten Subjektivität* schreibt:

„Wenn der Therapeut manchmal etwas von sich selbst und seinen Gefühlen spüren lässt, kann dies auch den positiven Nebeneffekt haben, dass dies vom Patienten als eine indirekte Erlaubnis interpretiert wird, auch bei sich selbst bestimmte Gefühle und Phantasien zuzulassen und zu zeigen. Ein wirklich authentisches analytisches oder psychodynamisches Arbeiten wird dann möglich, wenn der Therapeut den Mut zu einer ‚kontrollierten Subjektivität‘ hat.“ (Tiedemann, 2010, S. 197)

Wenn es in der Psychotherapie darum geht, einen Spielraum (Senf & Broda, 2007, S. 100) für die KlientInnen zu öffnen, dann könnte man, analytisch betrachtet, eine Selbstoffenbarung des/r TherapeutIn als Objekt sehen, das TherapeutInnen den KlientInnen als *Spielzeug* zur Verfügung stellen. Neue Erfahrungen mit dem Spielzeug ermöglichen somit Entwicklung neuer Strategien. Ein Raum des gemeinsamen Erlebens wird eröffnet, was zusätzlich die therapeutische Arbeitsbeziehung stärkt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Wirkung einer Selbstoffenbarung von mehreren Faktoren abhängt. Es braucht zum einen bestimmte Kompetenzen der TherapeutInnen, wie Taktgefühl und Geduld. Zum anderen muss der/die KlientIn zur Mentalisierung fähig sein, das heißt er/sie braucht die Fähigkeit, Motive und Intentionen des eigenen Handelns sowie die des/r TherapeutIn zu erkennen. Der tatsächliche Wirknachweis ist schwierig, Farber betont allerdings, dass

die derzeitigen Studienergebnisse auf einen Zusammenhang von Selbstoffenbarung der TherapeutInnen und positivem outcome hindeuteten (Farber, 2006, S. 147).

Schulenübergreifend kann festgestellt werden, dass Selbstoffenbarungen zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung führen.

2.3.1 Wirkungen aus der Sicht der PsychotherapeutInnen

Die Erforschung der Wirkung einer Intervention wird in der Psychotherapieforschung häufig von zwei Seiten betrachtet: die TherapeutInnen-Sicht und die KlientInnen-Sicht. Dazu wird auf beiden Seiten mittels Fragebögen die Anwendung und Wirkung einer spezifischen Intervention erhoben.

In diesem Kapitel soll nun die Wirkung von Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen aus der Sicht der TherapeutInnen erörtert werden.

Der prinzipielle Zweck oder Sinn einer Selbstoffenbarung im Alltag wird darin gesehen, dass sich ein Mensch einem anderen Menschen zeigt, um erkannt werden zu können oder weil er gesehen werden will. Diesen Sinn haben auch Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen und die TherapeutInnen sind daher aufgefordert, diese Intentionen als Hintergrund in ihrer Aufmerksamkeit zu halten. Zusätzlich wird empfohlen sich auch zu überlegen, was von dem/r KlientIn gesehen und erkannt werden könnte und wie die Selbstoffenbarung sich auswirken könnte. Die vorrangige Intention zu dieser Intervention sollte der Wunsch hilfreich sein zu wollen und Wachstum und Entfaltung der KlientInnen fördern zu wollen. Henretty et al. beschreiben, dass TherapeutInnen über folgende Wirkungen ihrer Selbstoffenbarungen berichten: Förderung der Selbstoffenbarung des/r KlientIn; Stärkung der therapeutischen Beziehung; Förderung der Autonomie; Ermöglichung der Selbsterfahrung und Selbstentdeckung; Validierung der Realität, um einen festgefahrenen Prozess oder eine Verletzung der therapeutischen Beziehung zu reparieren; Korrektur falscher Vorstellungen; Unterstützung beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen; Demystifizierung der Psychotherapie; Angebot von Alternativen im Denken und Handeln; Hilfestellung bei der Wahrnehmung der Grenzen von anderen (Henretty & Levitt, 2010, S. 73). Die Intention mit dieser Intervention hilfreich und stützend sein zu wollen, ist also eine Voraussetzung, eine andere Prämisse ist, Selbstoffenbarungen nur über gelöste und aufgearbeitete Inhalte zu machen. Dadurch bleibe es einerseits möglich den Fokus bei den KlientInnen zu halten und zusätzlich sei genug Distanz und Auflösung zum Thema selbst gegeben (Knox & Hill, 2003, S. 537-538).

Hilfreich, im Sinne von effektiver Wirkung, kann eine Selbstoffenbarung also erst sein, wenn der/die PsychotherapeutIn das offenbarte Thema in der Eigetherapie aufgearbeitet hat. Knox et al. warnen ausdrücklich davor, Selbstoffenbarungen über aktuelle Themen zu machen, denn es entstehe dadurch die Gefahr, dass TherapeutInnen die Therapien der KlientInnen für eigene Bedürfnisse benützten (Knox & Hill, 2003, S. 537-538). In der Gestalttherapie besteht der Sinn jeder Intervention darin „.... immer wieder die ‚Begegnung‘ zu fördern....“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 118) und zu erkunden „.... was an der Kontaktgrenze anwesend ist....“ (Vidakovic, Zeleskov, Roubal, van Baalen, Francesetti, & Wimmer, 2014, S. 20). Selbstoffenbarungen wirken förderlich auf die Dyade KlientIn-TherapeutIn und sie erlauben auch Einblick auf den Kontaktstil der KlientInnen.

PsychotherapeutInnen berichten über Selbstoffenbarungen, die sie selber während ihrer Lehrtherapien und Lehranalysen erlebten, dass diese hilfreich und auch schmerzvoll gewesen seien. Farber schreibt dazu: „.... disclosure of specific aspects of analysts life (factual self-disclosure) was not significantly correlated with self-perceived change but ... disclosure of feelings was positively correlated with change.“ (Farber, 2006, S. 142). Wie in Kapitel 2.2.2 bereits beschrieben, erleben TherapeutInnen ihre eigenen Selbstoffenbarungen häufig als Anteil nehmend, in emotionale Berührung mit den Erfahrungen der KlientInnen oder auch mit eigenen verletzten Anteilen kommend. Die Wirkung wird von TherapeutInnen hauptsächlich darin gesehen, dass die therapeutische Beziehung gestärkt wird. Überraschend erscheint, dass TherapeutInnen der Intervention der Selbstoffenbarung die niedrigsten Bewertungen bezüglich des Merkmals *hilfreich* geben (Farber, 2006, S. 142). Farber erklärt diese Bewertung damit, dass Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen bei den TherapeutInnen selbst ein Gefühl der Vulnerabilität auslösten.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass TherapeutInnen die Wirkungen von Selbstoffenbarungen als sie selbst schwächend und sie verletzbar machend empfinden. Sie bewerten ihre eigenen Selbstoffenbarungen als weniger hilfreich für KlientInnen, als die KlientInnen selbst. Hilfreich für KlientInnen ist an einer Selbstoffenbarung aus der Sicht der TherapeutInnen die Förderung der

Selbstoffenbarung der KlientInnen selber, die Stärkung der therapeutischen Beziehung, die Förderung der Autonomie und die Validierung der Realität. Außerdem lassen sich festgefahrene Therapieprozesse oder Verletzungen in der therapeutischen Beziehung mithilfe von Selbstoffenbarungen reparieren. Selbstoffenbarungen dienen auch der Modellbildung und sind ein Angebot für Alternativen im Denken und Handeln (Henretty & Levitt, 2010; Knox & Hill, 2003; Ziv-Beiman, 2013).

2.3.2 Wirkungen aus der Sicht der KlientInnen

Während eines psychotherapeutischen Prozesses stehen immer wieder Erwartungen seitens der PsychotherapeutInnen als auch seitens der KlientInnen im Vordergrund. So erwarten zum Beispiel beide Seiten, dass Geheimnisse anvertraut werden, schmerzhaftes Erinnerungen erzählt werden oder auch verdrängte Gefühle ins Bewusstsein kommen. In der Psychotherapie entsteht dabei ein Gefälle zu Gunsten der KlientInnen. Die KlientInnen sind die Mitteilenden, Offenbarenden. Sie gestatten sich einen (Zeit)Raum, um von sich zu erzählen. Sie wünschen sich dabei etwas über sich zu erfahren, leidvolles Verhalten zu ändern und Entlastung zu finden.

Der Fokus auf die KlientInnen macht die psychotherapeutische Begegnung zu einer asymmetrischen Begegnung zwischen zwei Menschen. Im Alltag kann Nähe und Vertrauen zum Anderen dann entstehen, wenn der jeweils Andere etwas von sich zeigt und anvertraut. Eine Ausgewogenheit, eine Symmetrie entsteht auf der Beziehungsebene. Psychotherapie ist nun genau so angelegt, dass nur die KlientInnen etwas von ihren Erinnerungen und Gefühlen und Verletzungen preisgeben. Somit entsteht ein Gefälle, eine Asymmetrie.

Der Entschluss, in Therapie zu gehen, ist eine Leistung des expliziten Gedächtnisses und schließt mit ein, sich dem/r PsychotherapeutIn anzuvertrauen. Und obwohl der/die TherapeutIn fremd ist und in den Begegnungen nichts von sich erzählt, reicht vorerst das Faktenwissen über den/die TherapeutIn aus, um Vertrauen zu fassen. Das implizite Gedächtnis der KlientInnen mit seinem Basiswissen über Beziehungen mahnt allerdings zur Vorsicht. Ein/e Andere/r, der/die nichts von sich zeigt, bleibt ein/e Fremde/r und könnte eine Bedrohung sein. In Studien konnte erhoben werden, dass KlientInnen diese Spannung zwischen Vertrauen und Misstrauen immer wieder erleben. Knox et al. schreiben dazu, dass TherapeutInnen, die nie etwas von sich offenbaren, von KlientInnen distanziert, zurückhaltend und undurchdringlich erlebt werden – die therapeutische Beziehung werde kompromittierend empfunden (Knox & Hill, 2003, S. 533).

Eine 22-jährige Klientin beschreibt genau diese Asymmetrie in der Begegnung mit ihrer Therapeutin beispielsweise in einer Messenger-Nachricht folgendermaßen:

„.... ich fühle mich manchmal wirklich ein bisschen komisch, weil ich nie weiß, wie es ihnen geht und was sie für Sorgen haben... ich habe oft das Bedürfnis zu fragen, tu es aber nicht, weil ich ja weiß dass das none of my business ist. trotzdem ist es etwas ungewöhnlich für mich jemandem so viel über mich zu erzählen, aber eigentlich nichts über die Person zu wissen,“

Diese junge Frau beschreibt sehr klar, was sie, neben all ihren eigenen Themen, die sie in die Therapie einbringt, noch beschäftigt und sie gestattet sich, in der vertrauensvollen Beziehung zur Therapeutin, die Gedanken mitzuteilen. Tiedemann, als ein Vertreter der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Schulen, schreibt dazu: „Wichtiger, als die Frustration oder Befriedigung der Bedürfnisse, ist vielleicht eher die ‚Bedürfniserkennung‘, d.h., dass der Therapeut in erster Linie die Funktion eines ‚bedürfnisverstehenden Objektes‘ erfüllt.“ (Tiedemann, 2010, S. 193).

KlientInnen äußern also immer wieder den Wunsch oder das Bedürfnis, etwas über ihre TherapeutInnen erfahren zu wollen und drücken damit ihr Bedürfnis nach authentischer Beziehung aus. Ziv-Beiman et al. beschreiben, dass selbstoffenbarende TherapeutInnen „.... warmer and more personable“ von KlientInnen wahrgenommen werden, vor allem, wenn die Inhalte ähnlich seien zu jenen der Erfahrungen der KlientInnen. Gleichzeitig würden selbstoffenbarende TherapeutInnen auch weniger professionell erscheinen (Ziv-Beiman, 2013, S. 64). Hier zeigt sich auf welchem schmalen Grat PsychotherapeutInnen wandern, wenn sie von sich offenbaren. Achtsamkeit, sorgfältige Betrachtung der Gegenübertragung und eine hochselektive Auswahl des offenbarten Materials ist ratsam. Henretty et al. meinen dazu, negative Reaktionen auf TherapeutInnen-Selbstoffenbarungen seien das Resultat verfehlter KlientInnen-Erwartungen auf ein angemessenes Verhalten seitens der TherapeutInnen (Henretty & Levitt, 2010, S. 72).

Die Intervention der Selbstoffenbarung mag hilfreich sein, stets sollte allerdings auch ein möglicher negativer Effekt bedacht werden. Somit ist es wichtig, diese Intervention mit den KlientInnen nach zu besprechen. Die einfache Frage „Wie wirkt sich meine persönliche Meinung/ Erzählung/ Antwort auf sie aus?“ Oder: „Wie kommt das bei ihnen an?“ Oder „Welche Auswirkung hat meine persönliche Geschichte/ Aussage/ Rückmeldung auf sie?“ verhilft dem/r TherapeutIn dazu, eine zukünftige Selbstoffenbarung planen oder auch unterlassen zu können. Die Reaktionen und

Antworten auf diese Fragen können interessantes und neues Material für den therapeutischen Prozess liefern.

KlientInnen fühlen sich durch Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen zumeist in ihrem Vertrauen gestärkt. PsychotherapeutInnen erscheinen den KlientInnen realer und auf selber Augenhöhe. Werden Ähnlichkeiten offenbart, so bewirkt dies ein verstärktes Interesse, die Selbsterkundungen zu vertiefen. Der Blick auf und in sich selbst wird erleichtert.

KlientInnen beschreiben auch, die Selbstoffenbarungen bewirkten Gefühle wie Hoffnung und Zuversicht. So wird in einem Interview mit der Psychotherapeutin Marsha Linehan eine ihrer Klientinnen mit den Worten „...it would give all of us so much hope.“ zitiert (Carey, 2011). Linehan, Begründerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie, hatte zuvor ihre eigene Borderline-Störung offenbart.

Ausschlaggebend für eine positive Wirkung aus der Sicht der KlientInnen ist auch die Häufigkeit und Dauer der Selbstoffenbarungen. Genauer werden diese Aspekte im Kapitel 2.3 betrachtet. Knox & Hill schreiben dazu, dass TherapeutInnen, die sich zu oft selbstoffenbarten, als sich schlecht abgrenzend erlebt würden, wodurch sich der Fokus von den KlientInnen abwende hin zu den PsychotherapeutInnen (Knox & Hill, 2003, S. 533). Zu beachten ist abschließend noch, dass prinzipiell jede Selbstoffenbarung die Grenzen der KlientInnen berührt und somit immer die Gefahr einer Grenzverletzung besteht.

Die Wirkung der Selbstoffenbarung aus der Sicht der KlientInnen besteht also hauptsächlich darin, Vertrauen in den/die TherapeutIn zu fassen und die Hoffnung auf Verbesserung des eigenen Leidenszustandes zu bekommen. Die TherapeutInnen werden realer im Sinne der Universalität von menschlichem Erleben wahrgenommen. Erfahrungen von Erfolg und Misserfolg, Freude und Leid machen TherapeutInnen zu Mit-Menschen. Wichtig dabei ist, dass Häufigkeit und Dauer der Selbstoffenbarungen gering gehalten werden.

2.3.3 Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen

Das Wissen und Bewusstsein über mögliche unerwünschte Wirkungen oder Nebenwirkungen bei Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen war wohl schon am Beginn der Psychotherapie, also zu Beginn der Psychoanalyse, groß. Die Abstinenz, wie sie Freud einforderte, diente somit nicht nur der psychoanalytischen Technik, KlientInnen in eine Übertragungsreaktion zu führen, sondern war auch Arbeitshaltung des/r AnalytikerIn. Diese Haltung bot, und sie tut das noch immer, Schutz den AnalytikerInnen und gleichzeitig den KlientInnen. So sollen und können mithilfe der Abstinenz die psychotherapeutische Arbeitsbeziehung, KlientInnen und auch die PsychotherapeutInnen vor unterschiedlichen Grenzüberschreitungen geschützt werden. Ein Grundprinzip aller Psychotherapieschulen ist es, dem/r KlientIn einen sicheren Raum zur Entfaltung und Entwicklung zur Verfügung zu stellen. *Sicher* heißt in diesem Zusammenhang auch, dass KlientInnen in der therapeutischen Situation beispielsweise davor geschützt sind, von TherapeutInnen in ihrer Entwicklung gestört zu werden. Schwierigkeiten können somit dann entstehen, wenn eine Selbstoffenbarung dem/r TherapeutIn zum Beispiel zur Selbstdarstellung oder der Abwehr dient. Tiedemann stellt dazu folgende Überlegung an:

„Welche Art von Informationen kann der Therapeut dem Patienten von sich vermitteln, ohne allzu stark in den Therapieverlauf einzugreifen und diesen in eine Richtung zu drängen, in der der Therapeut seine eigene narzisstische Befriedigung erhält? Wie können Mitteilungen aus der Gegenübertragung gemacht werden, ohne den Patienten damit grundlegend in seiner Autonomie einzuengen?“ (Tiedemann, 2010, S. 193)

Hier wird aufgezeigt, dass eine Selbstoffenbarung des/r TherapeutIn auf die Entwicklung von Autonomie auch hemmend wirken kann. Dies geschieht zum Beispiel, wenn eine Selbstoffenbarung bei KlientInnen zu einer Rollenumkehr führt. KlientInnen versuchen dabei Fürsorge dem/r PsychotherapeutIn gegenüber zu übernehmen. Sie meinen dann, den/die TherapeutIn mit eigenen Gefühlen oder Erfahrungen verschonen zu müssen. Die KlientInnen schlüpfen in die Rolle von versorgenden, behütenden Eltern, älteren Geschwistern oder eben der/s TherapeutIn. Eine solche

Einschränkung der Autonomie bedeutet für viele KlientInnen in alte Muster zurück zu fallen wodurch alte Verhaltens- und Bindungsmuster reinszeniert werden. Tiedemann schreibt dazu weiter:

„In moderner Auffassung ist das Abstinenzprinzip dann auch eher als Schutz des Patienten vor missbräuchlicher Bedürfnisbefriedigung durch den Therapeuten zu verstehen. Eine therapeutische Grundhaltung, die den Faktor ‚Intersubjektivität‘ mitberücksichtigt, ermöglicht es dem Therapeuten im positiven Sinne, sich mit seinen eigenen Gefühlen in bestimmtem Maße auf den therapeutischen Prozess einzulassen und u.U. dem Patienten auch Gefühle von Betroffenheit offen zu zeigen.“ (Tiedemann, 2010, S. 193-194)

Eine phänomenologische Perspektive zur Erklärung dieser Schwierigkeiten bietet Hartmann-Kottek an, wenn sie schreibt:

„Kippfiguren sind ein Beispiel dafür, dass der Wahrnehmende vorübergehend (motivationsabhängig) mit passenden Aspekten seines Umfelds – über seine körperliche Innen-Außen-Grenze hinweg – ein gemeinsames System bildet. Das ist das Prinzip des schöpferischen Aktes, mit dem wir unsere subjektive Welt erschaffen. Wir sehen bei den Kippfiguren immer nur eine Variante, nie beide.“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 16)

Bezogen auf eine Selbstoffenbarung seitens des/r PsychotherapeutIn bedeutet das, dass der/die TherapeutIn, bevor er/sie sich offenbart, mitbedenken muss, dass es mehrere Varianten der Bedeutung dieser Selbstoffenbarung für den/die KlientIn geben kann. So kann das Sehen nur einer Variante dann mit der momentanen Verfassung des/r KlientIn zu tun haben. Ein seelischer Ausnahmezustand, chronische Schmerzen oder andere Überlastungszustände engen die Wahrnehmung ein. PsychotherapeutInnen sind daher aufgefordert, differenziert sowohl ihren eigenen als auch den Hintergrund der KlientInnen wahrzunehmen. Hartmann-Kottek schreibt dazu:

„Allgemein vertraut ist die Kenntnis darüber, wie stark Emotionen, spezielle Antriebslagen sowie deprivationsbedingte Defizitzustände zu einer selektiven Wahrnehmung und zu einer spezifischen Reaktions- und Resonanzbereitschaft führen können. Umgekehrt: Je ausgewogener ein individuelles System in sich ist, umso differenzierter gelingt die Wahrnehmung der Außenwelt in annähernd

subjektunabhängigeren Aspekten. Und dennoch: meine ‚Außenwelt‘ bleibt stets (auch) meine Schöpfung.“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 16)

Ein Reiz, wie zum Beispiel eine Offenbarung, wirkt auf uns ein und unser Organismus macht daraus ein Erleben. Indem er frühere Erfahrungen und früheres Erleben aus unserem Körper-Geist-Seele-Gedächtnis miteinbezieht, entsteht ein Moment-Erleben. Eine Wahrnehmung im Augenblick, ein Erleben entsteht, das als eine weitere Erfahrung im Körper-Geist-Seele-Gedächtnis abgespeichert wird. Hartmann-Kottek vergleicht diesen Prozess wiederum mit den unterschiedlichen Wahrnehmungsmöglichkeiten von Kippfiguren. Sie schreibt dazu: „Die Kippfiguren sind ein krasses, augenfälliges Beispiel dafür, dass wir aus dem ‚Reizgesamt‘ Teilaspekte hervorholen und im Kontakt mit ihnen das Evidenzerleben der einzig möglichen Wirklichkeitserfassung haben, obwohl sie nur eine der möglichen Erscheinungsweisen des gesamten darstellen.“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 16). Es ist zu beachten, dass sich die Selbstoffenbarung des/r PsychotherapeutIn, vor einem anderen Hintergrund abhebt, als sie das bei dem/r KlientIn tut. Nebenwirkungen einer Selbstoffenbarung lassen sich mit einer solchen Bewusstheit und mit entsprechender Achtsamkeit auf den Moment eher vermeiden. Achtsamkeit im Vormoment und Moment auf die Gesamtheit der Hintergründe und der sich daraus abhebenden Gestalten. Letztlich gilt es auch auf die Einschränkungen Bedacht zu nehmen. Hartmann-Kottek schreibt dazu:

„So lebt jeder in dem Fluss seiner teilwahren Erscheinungen. Den Normalfall übersehen wir oft aufgrund mitgebrachter Festlegungen: unsere Denkschablonen, die Struktur unserer Sprache, die Werthaltungen unseres Umfelds, unserer Bezugsgruppen, unseres Zeitgeistes, aber auch die Struktur unserer Sinnesorgane und die Möglichkeiten und Begrenzungen unseres Zentralnervensystems sind filternde Festlegungen für die Wirklichkeitserfassung, die dadurch zu einem dualisierenden Prozess wird.“ (Hartmann-Kottek, 2012, S. 16)

Eine Nebenwirkung einer Selbstoffenbarung kann, aus gestalttherapeutischer Sicht, die Unterbrechung des Kontaktes sein. Dazu ist im *Lexikon der Gestalttherapie* zu lesen: „Viel zu oft wollen wir mit einer Technik losstürmen, die in Wirklichkeit vorzeitig ein zartes Öffnen für einen echten Dialog unterbricht.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005,

S. 118). So kann beispielsweise das Zeigen von Scham unterbrochen werden, wenn der Psychotherapeut voreilig interveniert, weil er dem Klienten das Erleben dieses unangenehmen Gefühls ersparen will. Blankertz et al. führen dazu aus:

„Solche Technik hält uns im Bereich des Monologischen gefangen. Viel zu oft wird eine Technik eingesetzt aufgrund einer Zielorientierung und der Egoedürfnisse des Therapeuten. Viel zu oft bezieht sie sich nicht wirklich auf das, was ist (Yontef 1989) noch auf das, wonach die tiefsten Anteile des Seins dieser Person verlangen.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 118)

„.... die tiefsten Anteile des Seins ...“, wie es hier von Blankertz & Doubrawa beschrieben wird, betreffen auch psychopathologische Verfassungen der KlientInnen. Einige AutorInnen warnen ausdrücklich davor, die Intervention der Selbstoffenbarung jedem/r KlientIn anzubieten, da das Ziel *hilfreich und stützend sein* zu wollen damit auch klar verfehlt werden kann. Auf diesen Aspekt wird im Kapitel 2.4 *Grenzen und Kontraindikationen* genauer eingegangen.

Vertrauensverlust, Rückzug bis hin zum plötzlichen Therapieabbruch seitens der KlientInnen können als unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen einer Selbstoffenbarung die Konsequenz sein. Weitere Aspekte, die zu Nebenwirkungen bei den KlientInnen führen, sind die Unerfahrenheit des/r PsychotherapeutIn in der Anwendung dieser Intervention, die Geschlechter-Konstellation in der therapeutischen Dyade, die verbleibende oder nicht mehr ausreichende Zeit, um die Wirkung der Selbstoffenbarung zu eruieren oder eben auch die momentane psychische und physische Verfassung der KlientInnen. Außerdem gelte es narzisstischen Versuchungen, wie Selbst-Erhöhung und Eigengratifikation zu widerstehen (Farber, 2006, S. 149-153).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen von den TherapeutInnen selbst zu bedenken sind inklusive der Annahme, dass es auch noch ein Erleben und eine Sichtweise und eine Nebenwirkung gibt, die nicht in Betracht gezogen worden ist oder werden kann.

2.4 Grenzen und Kontraindikationen der Selbstoffenbarung

In diesem Kapitel soll zuerst auf die *Grenzen* der Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen eingegangen werden. Grenzen in der Anwendung dieser Intervention beziehen sich meist auf eine mögliche Grenzüberschreitung dem/r KlientIn gegenüber. Eberwein, ein Vertreter der humanistischen Psychotherapieschulen Deutschlands, hebt dazu hervor:

„Bei Klienten mit Grenzüberschreitungsproblematik durch Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung oder Abgrenzungsmangel in der Kindheit kann die Auseinandersetzung mit den emotionalen und körperlichen Grenzen der therapeutischen Beziehung und mit den Bemühungen des Therapeuten um förderlichen persönlichen Kontakt bei klarer Abgegrenztheit zeitweise zu einem zentralen Thema des therapeutischen Prozesses werden.“ (Eberwein, 2009, S. 52-53)

Der „.... förderliche persönliche Kontakt“ beschreibt hier eine Qualität des Kontaktes. Wobei das Wort *förderlich* sich auf den/die KlientIn bezieht, förderlich soll die Intervention für den/die KlientIn sein – nicht für den/die TherapeutIn!

Henretty et al. betonen dazu, dass es besonders wichtig sei für PsychotherapeutInnen, keinesfalls zu offenbaren, wenn es darum gehe, den/die KlientIn zu kontrollieren, zu manipulieren oder zu attackieren, Unterschiede zwischen TherapeutIn und KlientIn zu betonen oder andere Bedürfnisse des/r TherapeutIn zu befriedigen (Henretty & Levitt, 2010, S. 73).

Wir alle kennen Selbstoffenbarungen dieser Art in alltäglichen zwischenmenschlichen Begegnungen. Dabei werden Selbstoffenbarungen beispielsweise dazu benützt, sich vom anderen zu distanzieren. Farber beschreibt dazu Selbstoffenbarungen im Alltag, die nicht zur Förderung von Wachstum, Nähe oder Heilung angeboten werden, sondern der Distanzierung, Kontrolle oder Verletzung anderer dienen (Farber, 2006, S. 15). So offenbaren wir beispielsweise, wir wären müde, um ein langweilig empfundenes Beisammensein aufzulösen. Mit der Selbstoffenbarung *müde zu sein* gelingt es uns, den Anderen in Distanz zu bringen und etwas Unangenehmes abzuwenden. In einem gesunden Umfeld, werden solche Abgrenzungen auch

anerkannt und respektiert. Wenn allerdings solche Abgrenzungsversuche scheitern und damit die Grenzen eines Menschen missachtet werden, so entwickelt der andere Strategien bzw. Handlungsmuster, um sich zu retten, zu regulieren und zu stabilisieren. Möglich sind Anpassungsmodi, die zur Auflösung der eigenen Grenzen führen bis hin zu Unterbrechungsversuchen durch selbstverletzende Handlungen, Dissoziation oder Zwangshandlungen.

Selbstoffenbarungen werden im Alltag auch dazu benützt, ein Gespräch zu dominieren. So werden mit endlosen Selbstdarstellungen die Anderen zum Zuhören gezwungen. Taktgefühl, Moral und gesellschaftliche Normen halten viele Menschen davon ab, in solchen Situationen ihre Grenzen aufzuzeigen und der überbordenden Selbstdarstellung des/r Anderen ein Stopp-Signal zu setzen.

Im psychotherapeutischen Setting gilt es zum einen für TherapeutInnen darauf zu achten, nicht ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Damit wären die Grenzen der KlientInnen allemal überschritten (nähere Ausführungen dazu werden in Kapitel 2.1.6 beschrieben). Auf der anderen Seite stehen die Selbstoffenbarungen der KlientInnen. Sie dienen beispielsweise bei KlientInnen mit narzisstischen, Borderline oder anderen Persönlichkeitsstörungen meistens nicht dem sich Öffnen, sondern einem Missbrauch anderer, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen (Farber, 2006, S. 16). Mangelndes Taktgefühl oder Störungen in der Mentalisierungsfähigkeit verunmöglichen diesen KlientInnen zu erspüren, wenn sie andere langweilen oder auch überfordern. Sie nehmen ihre eigenen Grenzen schlecht bis gar nicht wahr und die Grenzen ihrer Mitmenschen genauso mangelhaft.

In der Fachliteratur finden sich daher klare Angaben darüber, wann eine Selbstoffenbarung indiziert bzw. kontraindiziert ist. So empfiehlt Ziv-Beiman in einer Publikation mit dem Titel „Self-Disclosure and Patient Psychopathology“ bei folgenden psychopathologischen Störungsbildern die Intervention der Selbstoffenbarung: Anpassungsstörungen, Angststörungen, Stimmungsstörungen [affektive Störungen; Anm. d. Verf.] und posttraumatische Belastungsstörungen. Weniger empfehlenswert sei die Intervention bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen, Impuls-Kontroll-Störungen und psychotischen Störungen (Ziv-Beiman, 2013, S. 64).

Schulenübergreifend werden heute die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung und der Neurobiologie zur Erklärung psychopathologischer Prozesse anerkannt. Menschen

vom unsicheren oder desorganisierten Bindungstyp, bei denen es zu einer Störung der Mentalisierung gekommen ist, können eine Selbstoffenbarung seitens des/r TherapeutIn daher auch bedrohlich empfinden. KlientInnen berichten dann möglicherweise von einem Gefühl des Nebels, einer Taubheit oder wirken in der momentanen Situation abwesend. Bei Menschen mit *schweren* Störungen der Mentalisierung „.... kann es auch zu affektiver Überflutung, Impulsdurchbrüchen, Kontrollverlusten, Intrusionen, dissoziativen Phänomenen oder gar Psychosen usw. kommen mit permanenter Bedrohung des Kohärenzgefühls.“ (Oberlerchner, 2017, S. 131). Das heißt Menschen mit schweren Bindungsstörungen können in den sogenannten Äquivalenz-Modus schlittern – sie erleben die psychotherapeutische Intervention einer Selbstoffenbarung dann konkretistisch. Die Selbstoffenbarung der/s TherapeutIn wird nicht mehr im Als-ob-Modus (Oberlerchner, 2017, S. 131) wahrgenommen - so, als ob die gefürchtete Mutter spräche - , sondern als etwas, von der gefürchteten Mutter, Ausgesprochenes. Der/die KlientIn erlebt die Situation so bedrohlich, dass er/sie sich schützen muss. Er/sie verstummt, bricht die Therapie ab oder kippt in die Rolle des/r Versorgenden. Henretty et al. schreiben dazu, es sei Vorsicht geboten bei KlientInnen mit schwacher Abgrenzung, bei KlientInnen, die dazu tendieren eher die Bedürfnisse des/r Anderen zu beachten, KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und KlientInnen mit schwacher Ich-Stärke oder schwacher Selbst-Identität (Henretty & Levitt, 2010, S. 71). Störungen der Mentalisierungsfähigkeit führen also einerseits dazu, dass KlientInnen die Grenzen anderer überschreiten bzw. nicht wahrnehmen können. Sie überfluten dann ihr gegenüber und können nicht erspüren, dass sie die Grenzen des/r Anderen überschreiten. Andererseits nehmen diese KlientInnen ihre eigenen Grenzen schlecht wahr und kippen bei Überschreitung ihrer Grenzen augenblicklich in ein Gefühl des bedroht seins.

Ungeachtet einer Psychopathologie stellen KlientInnen ihren PsychotherapeutInnen dennoch persönliche Fragen. So wird die Handhabung von Fragen seitens der KlientInnen vor allem für BerufsanfängerInnen eine Herausforderung. All zu leicht kann eine Antwort oder auch eine Gegenfrage als Provokation aufgefasst werden. Abzuraten ist dabei, Fragen in der Situation des Gehens und Verabschiedens zu beantworten. Beiläufig können diese Fragen auftauchen, so als wären sie small talk.

Ratsam ist es hier, die Antwort zu Beginn der nächsten Therapiesitzung zu geben. Die *Beiläufigkeit* gilt es ernst zu nehmen und dem Interesse, das durch eine Frage gezeigt wird, gebührt Raum und Zeit zur Entfaltung. Ziv-Beiman et al. schreiben dazu, es sei extrem wichtig, dass der/die TherapeutIn aufmerksam auf die Objekt-Beziehungsmuster der KlientInnen sei, die eine Kontraindikation für den Einsatz der Selbstoffenbarung sein können (Ziv-Beiman & Shahar, 2016, S. 276).

Objekt-Beziehungsmuster beginnen sich bereits in den ersten Lebenswochen der Säuglinge zu entwickeln. Die Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung erklären, wie basale Interaktionsprozesse innerhalb des Individuums, also intrasubjektiv, und zwischen Individuum und Umwelt, intersubjektiv, ablaufen.

Die basalen, nonverbalen Interaktionsprozesse bleiben lebenslang ähnlich. So ist jede Dyade eine einzigartige Ko-Konstruktion interaktiver und selbstregulierender Muster zweier Individuen. Auch das psychotherapeutische Setting ist eine Dyade und kann unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden. TherapeutInnen erkunden ihre Interaktionsmuster und Regulierungsprozesse in ihren Lehrtherapien und Supervisionen. Das ermöglicht ihnen die differenzierte Betrachtung der Regulationsmechanismen der KlientInnen. Deren psychopathologische Regulationsmechanismen sind häufig das Ergebnis von Informationsüberfluss oder auch Informationsmangel in der Kindheit. Die Selbstoffenbarung eines/r TherapeutIn kann somit für KlientInnen *Informationsüberfluss* bedeuten und somit grenzüberschreitend sein. Eine abstinente Haltung des/r TherapeutIn kann hingegen *Informationsmangel* bedeuten und genauso herausfordernd für KlientInnen sein, indem die Abstinenz als Ablehnung, Abwertung oder Verunsicherung aufgefasst wird. Beide Reizzustände bedürfen einer innerpsychischen Regulation und werden mit den bisweilen bewährten, selbstregulierenden Mustern beantwortet.

Grenzen und Kontraindikationen für Selbstoffenbarungen können auch aus besonderen Umständen heraus entstehen. Achtung und Aufmerksamkeit gilt es dabei zum Beispiel ethnischen Gruppen gegenüber zu haben oder auch in Themenbereichen der sexuellen oder religiösen Orientierung sowie Erkrankungen und belastenden Lebensumständen der PsychotherapeutInnen.

Angehörigen einer anderen Ethnie gegenüber kann es notwendig sein, von Selbstoffenbarungen abzuweichen. Selbstoffenbarungen seitens des/r PsychotherapeutIn werden in verschiedenen Kulturkreisen sehr unterschiedlich aufgefasst. Sollte ein/e PsychotherapeutIn diesbezüglich Bedenken haben, so ist es ratsam, von dieser Intervention abzuweichen bzw. erst zu einem späteren Zeitpunkt des therapeutischen Prozesses eine Selbstoffenbarung anzubieten. Jede/r KlientIn reagiert auf Selbstoffenbarungen anders. So bleibt die Erwartungshaltung des/r KlientIn an den/die PsychotherapeutIn ein schwer messbarer oder vorhersehbarer Parameter. Hilfreich kann es daher sein, KlientInnen vor einer Selbstoffenbarung zu fragen, ob eine persönliche Meinung erwünscht oder gestattet ist. Auch nach der Selbstoffenbarung kann die Frage an den/die KlientIn gestellt werden, wie diese persönliche Aussage nun angekommen sei.

Schließlich, so Henretty et al., seien KlientInnen zu respektieren, die sich mit Selbstoffenbarungen seitens des/r TherapeutIn einfach unwohl fühlten (Henretty & Levitt, 2010, S. 71).

2.5 Gestalttherapie und die Interventionsform der Selbstoffenbarung

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, welche Bedeutungen die Intervention der Selbstoffenbarung des/r PsychotherapeutIn in der Gestalttherapie haben kann und ob sie als gestalttherapeutisches Arbeiten betrachtet werden kann. Dazu wird in 2.5.1 erörtert, wie in der Gestalttherapie prinzipiell die Intervention definiert wird. 2.5.2 beschäftigt sich mit den professionellen Kompetenzen der GestalttherapeutInnen und qualitativen Standards in der Gestalttherapie. Schließlich wird in 2.5.3 versucht, die Selbstoffenbarung des/r PsychotherapeutIn als typische Intervention der Gestalttherapie zu charakterisieren.

In der Tradition der Gestalttherapie zeigt sich eine große Bandbreite von Interventionen. Sie werden häufig als Experimente angeboten, wie zum Beispiel Rollenspiele oder auch in Form von kreativen Medien, wie schreiben, zeichnen oder symbolisieren mit Gegenständen. Ein *Gestalttherapie-Manual* gibt es nicht, der/die GestalttherapeutIn bietet im Augenblick der therapeutischen Situation ein Experiment an und der/die KlientIn stimmt zu oder lehnt ab. Diese Art des Arbeitens setzt spezifische Kompetenzen der GestalttherapeutInnen voraus. Die EAGT (European Association for Gestalt Therapy) startete 2010 ein Projekt, das die spezifischen Kompetenzen, später auch als Kernkompetenzen bezeichnet, von GestalttherapeutInnen charakterisieren sollte. Das Dokument *Professionelle Kompetenzen und Qualitative Standards: Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen* steht mittlerweile zum Download zur Verfügung und fasst grundlegende Überlegungen zusammen. Dabei betonen die AutorInnen bereits in der Einleitung, dass dieser Text „... nicht als Richtlinie zu sehen [ist; Anm.d.Verf.], als etwas, was man tun muss, sondern als Beschreibung von Fähigkeiten, die eine professionelle Gestalttherapeutin haben und derer sie sich bewusst sein sollte, und die sie daher umsetzen kann, wenn es erforderlich ist.“ (Vidakovic, et al., 2014).

Wenn Staemmler schreibt: „Alle Techniken... dienen der Förderung der Bewusstheit der Klientin.“ (Staemmler, 2015, S. 279), so könnte man Selbstoffenbarungen seitens des/r GestalttherapeutIn über eigene Gefühle, Fantasien oder Assoziationen als eine solche Technik bezeichnen. Staemmler stellt hier eine sehr großzügige Definition für

therapeutische Techniken, also Interventionen, zur Verfügung. Interessant erscheint daher, ob dem Begriff der Intervention aus der Sicht der Gestalttherapie genauer nachgegangen werden kann.

2.5.1 Interventionen in der Gestalttherapie

Im Kapitel 2.1.1 wurde der Begriff *psychotherapeutische Intervention* definiert. Nun soll es darum gehen, die *gestalttherapeutische* Intervention näher zu betrachten.

Wie bereits in 2.5 ausgeführt, werden in der Gestalttherapie Interventionen auch als Techniken oder Experimente bezeichnet. So findet sich im *Lexikon der Gestalttherapie* unter dem Begriff *Gestalttechniken* eine umfassende Auseinandersetzung zum Thema Interventionen. Dabei teilen die Autoren die Gestalttechniken in drei Gruppen ein: 1) Techniken, die den Klienten in seinem Gewahrsein stärken, 2) Techniken, die den Klienten bei der Reintegration abgespaltener Anteile seiner Persönlichkeit unterstützen und 3) Techniken, die dazu beitragen, dass der Klient seine Handlungsmöglichkeiten vergrößern und erweitern kann (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 116). Demnach könnte eine Selbstoffenbarung von einem/er GestalttherapeutIn dazu eingesetzt werden, das Repertoire der Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Das Prinzip der Modellbildung, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, wird dabei genutzt. Gleichzeitig ist der Einsatz einer Intervention oder eines Experiments von mehreren Faktoren abhängig. Amendt-Lyon et al. schreiben dazu: „Es gibt nicht eine einzig richtige Intervention in einer gegebenen therapeutischen Situation. Der Interventionsstil variiert mit der Therapeutenpersönlichkeit und dem Erfahrungsschatz des Therapeuten, den Anforderungen der prozessualen Diagnostik und der Ausstattung des Praxisraums.“ (Amendt-Lyon, Bolen, & Höll, 2004, S. 124). Hier werden vier zusätzliche Aspekte aufgezeigt, die seitens des/r GestalttherapeutIn im Augenblick der Überlegung, ob eine bestimmte Intervention Sinn macht, miteinbezogen werden. Für Selbstoffenbarungen als Intervention heißt das, dass spezifische Kompetenzen der GestalttherapeutInnen wie Achtsamkeit, Unterstützung der Kontaktfunktionen, Wahrnehmung der Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung und auch diagnostisches Wissen Voraussetzungen sind.

Hartmann-Kottek empfiehlt als eine gestalttherapeutische Technik „...Phänomenologische Wie- statt kausale Warum- Fragen...“ zu stellen (Hartmann-Kottek, 2012, S. 121). Dem *Wie* nachzuspüren und einem unterdrückten Gefühl auf die Spur zu kommen, kann einem/r KlientIn leichter gelingen, wenn er/sie zum Beispiel

eine Erfahrung aus einem anderen Leben, nämlich dem des/r PsychotherapeutIn, berichtet bekommt. Vor allem bei negativ besetzten Gefühlen wie Scham, Neid, Eifersucht oder auch Trauer erlaubt eine Selbstoffenbarung die Begegnung auf Augenhöhe. Das Signal seitens des/r PsychotherapeutIn *gleich zu sein*, und nicht erhaben oder gar allwissend, kann normalisierend, entmystifizierend, erleichternd und entlastend wirken. Auch das Gefühl erappt zu sein oder durchschaut, so als hätte der/die TherapeutIn den Röntgenblick, kann durch eine Selbstoffenbarung aufgehoben werden. Die humanistische Haltung, einander als Menschen zu begegnen, wird durch Selbstoffenbarungen gestützt. Im *Lexikon für Gestalttherapie* heißt es dazu: „Da die Gestalttherapie nicht durch eine ‚Methode‘ oder ‚Technik‘, sondern durch eine besondere Haltung gekennzeichnet ist, kann es keine starren Anleitungen für therapeutische Interventionen geben, die von den Personen (Klient und Therapeut) absehen.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 159).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Interventionen in der Gestalttherapie nicht einem Manual folgen. Interventionen und Experimente sind Angebote des/r GestalttherapeutIn, die den KlientInnen helfen, Gefühle in Ausdruck zu bringen und KlientInnen darin stärken, abgespaltene Anteile zu reintegrieren und das Repertoire an Handlungsmustern zu erweitern. Interventionen sind von der Kompetenz und Kreativität der GestalttherapeutIn, der Verfassung des/r KlientIn und der Ausstattung der Praxisräumlichkeiten abhängig. Wenn TherapeutInnen einen wirklich guten Kontakt mit ihren KlientInnen haben, *ergeben* sich die Interventionen aus der gemeinsamen Situation im Sinne der intersubjektiven Begegnung (siehe dazu Kapitel 2.1.4 *Intersubjektivität*). Die Intervention ist gestalttherapeutisch betrachtet somit ein Produkt des intersubjektiven Feldes.

Im folgenden Kapitel sollen nun die Kompetenzen von GestalttherapeutInnen betrachtet werden. Außerdem soll eruiert werden, welche dieser Kompetenzen speziell bei der Intervention der Selbstoffenbarung zu tragen kommen.

2.5.2 Acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens

In diesem Kapitel werden die *acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens* aus der Publikation von Fogarty et al. (2016) dazu heran gezogen, die Intervention der Selbstoffenbarung in die Gestalttherapie einzubetten.

Um Wirksamkeitsdaten im psychotherapeutischen Bereich erheben zu können, braucht es definierte Standards (evidence-based practice, EBP). Das heißt, das, was in den Therapien zur Anwendung kommt, soll auch tatsächlich das sein, was wirkt. Nachdem in der Gestalttherapie ein *Manual* fehlt und somit die Anwendung des gestalttherapeutischen Vorgehens nicht einer Vorgabe folgt, hat sich eine wissenschaftliche Gruppe rund um Madeleine Fogarty um ein Konsensuspapier bemüht, das Standards für gestalttherapeutisches Arbeiten definiert. In der Publikation: „What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus“ (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016) beschreiben die WissenschaftlerInnen die prekäre Ausgangssituation für die Gestalttherapie. Es brauche, so die WissenschaftlerInnen, für einen Effektivitätsnachweis der Gestalttherapie, ein Messwerkzeug, das zu erkennen gibt, dass die Psychotherapie, die ein/e GestalttherapeutIn macht, wirklich Gestalttherapie ist. So wurde eine *Gestalt Therapy Fidelity Scale* erarbeitet. Mit dieser *Gestalttherapie-Genauigkeitsbemessungsskala* soll es möglich sein, eine Psychotherapie, die durchgeführt werde, tatsächlich als Gestalttherapie zu identifizieren.

Acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens wurden in einem Konsensfindungsprozess von 60 Gestalttherapie-Experten aus der ganzen Welt für die *Gestalt Therapy Fidelity Scale* definiert. Mit Hilfe dieser acht Merkmale, später auch als Kernkompetenzen bezeichnet, sollte die Frage, wann eine Psychotherapie Gestalttherapie ist, beantwortbar werden.

Nachdem die Gestalttherapie eine holistische, also ganzheitliche Herangehensweise hat, kann sie nur schwer in einer Art *Liste von Techniken oder Skills* beschrieben werden (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016, S. 35-40). Im Folgenden werden die acht Merkmale gestalttherapeutischen Arbeitens nach Fogarty in zusammengefasster Form dennoch *aufgelistet*, um einen inhaltlichen Überblick zu ermöglichen:

1. **Developing Awareness:** Achtsamkeit entwickeln und Achtsamkeit über Achtsamkeit; Ziel sei es die Selbstregulation zu verbessern. Drei Zonen der Achtsamkeit seien zu unterscheiden: a) innere Achtsamkeit (Gefühlszustände), b) äußere Achtsamkeit (Kontakt-Funktionen: Verhalten, Sprache, Handlung) und c) mittlere Achtsamkeit (Gedanken, Meinungen/Beurteilungen, Ideen); jede dieser Zonen stehe in Beziehung (Feld) zur jeweils anderen und bilde ein Bezugsfeld zu den anderen sieben Konzepten.
2. **Working relationally:** die therapeutische Allianz beziehe sich auf die Konzepte von *inclusion, confirmation and presence*; *inclusion* meine, dass sich GestalttherapeutInnen in die Erfahrung der KlientInnen hinein lehnen, so als wäre es ein Ereignis ihrer selbst; das bedeute nicht mit dem/der KlientIn zu verschmelzen, sondern käme einer emotionalen Begegnung gleich; *inclusion* meine die Beachtung der emotionalen Reaktion des/der TherapeutIn auf den/die KlientIn in Anerkennung der Andersheit der Erfahrung des/der KlientIn. *confirmation* meine eine tiefreichende Akzeptanz der momentanen Existenz und des Potentials des/r KlientIn; der/die TherapeutIn kontrolliere nicht die Begegnung, sondern sei Teil des relationalen Feldes; dieser co-kreierte Raum der therapeutischen Sitzung brauche schließlich *presence*; *presence* bringe die Bereitschaft des Arbeitens in schöpferischer Indifferenz mit sich; es komme zu einem offenen Austausch indem der/die TherapeutIn und der/die KlientIn gegenseitig aufeinander wirken;
3. **Working in the here and now:** *immediate experience* sei das essentielle Material für Heilung und Wachstum; die aktuelle Erfahrung jeglicher Situation solle geklärt werden; ein Erkunden von Moment-zu-Moment finde statt; Achtsamkeit auf die momentane Situation könne zu einem Verständnis für getroffene Entscheidungen im Leben des/r KlientIn führen; die Betonung liege immer auf der unmittelbaren Begegnung; es gehe darum, den/die KlientIn darin zu

unterstützen in der Situation zu bleiben, nicht zu wechseln oder zu verändern; dieses Konzept werde in der *Paradoxen Theorie der Veränderung* zum Ausdruck gebracht, die betont, dass der Fokus der Therapie nicht auf der Veränderung läge, sondern im Annehmen aller Aspekte der momentanen Erfahrung; die Veränderung folge nachdem volle Akzeptanz erreicht sei; der/die TherapeutIn unterstütze den/die KlientIn im Sein, das gerade ist und versucht die Aufmerksamkeit auf das unmittelbare Empfinden, Affekte, Erkenntnisse und körperlichen Ausdruck zu lenken; es gehe um das Akzeptieren und Vertiefen der Aufmerksamkeit;

4. Phenomenological practice: dieses Konzept inkludiere Situationen des Lebensumfeldes des/r KlientIn; es gehe darum, zu beobachten, welche Elemente momentan im Vordergrund stünden; die Hauptaufgabe bestehe darin, so nahe, wie möglich am Erleben des/r KlientIn zu sein und dort mit einem vertiefenden: „Was ist nun?“ mit dem/der KlientIn zu bleiben;
5. Working with embodiment: Aufmerksamkeit dem Körper gegenüber sei eines der Hauptinteressen in der Gestalttherapie; der/die TherapeutIn entwickle Achtsamkeit gegenüber eigenen Körperprozessen und ko-kreiere damit ein *embodied field*; Scham könne häufig den Körper desensibilisieren; TherapeutInnen sollen die Achtsamkeit auf bestimmte Bewegungen oder Gestiken der KlientInnen verfeinern;
6. Field sensitive practice: die Feld-Theorie werde als wissenschaftliche Basis der Gestalttherapie betrachtet; sie ermögliche die Analyse von ursächlichen Beziehungen; Figur und Hintergrund würden nicht als separate Entitäten gesehen, sondern als eingebettete Elemente des *Organismus-Umgebungs-Felds*; das Feld habe in der Gestalttherapie drei Aspekte: das experientielle Feld (Wahrnehmung und unmittelbare subjektive Erfahrung des/r KlientIn), das relationale Feld (die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn) und das erweiterte Feld (sozialer, historischer, kultureller Kontext, in dem der/die KlientIn situiert ist);
7. Working with contacting processes: in der Gestalttherapie könne die Achtsamkeit verstärkt werden durch Fokussierung auf die Kontakt-Stile; der Kontakt-Zyklus sei eines der Kernkonzepte der Gestalttherapie; das Konzept

diene dem Verständnis, wie Befriedigung oder Frustration von Bedürfnissen seitens der KlientInnen erreicht werde;

8. Experimental attitude: Experimente seien Ko-Kreationen von KlientIn und TherapeutIn; sie dienen der Entwicklung und Tiefung der Achtsamkeit der KlientInnen;

Kommt nun eine Selbstoffenbarung seitens des/r GestalttherapeutIn als Intervention zur Anwendung, so entspricht diese Intervention folgenden Merkmalen gestalttherapeutischen Arbeitens:

1. Entwicklung von Achtsamkeit: Selbstoffenbarungen werden seitens der GestalttherapeutInnen nicht in jenem Moment gemacht, wo der Gedanke dazu auftaucht, sondern das Phänomen, dass der Gedanke zu einer Selbstoffenbarung auftaucht, wird registriert, in Schwebelage gehalten, hinterfragt und beleuchtet; es braucht dazu Geduld und Achtsamkeit seitens des/r TherapeutIn darauf, ob der Gedanke weitere Male auftaucht und eine Auseinandersetzung darüber, worin der Zweck zur Selbstoffenbarung besteht;
2. Relationales Arbeiten: die therapeutische Allianz wird gestärkt; GestalttherapeutInnen sind Teil des relationalen Feldes und können mit einer Selbstoffenbarung die therapeutische Beziehung stärken;
3. Arbeiten im Hier-und-Jetzt: Selbstoffenbarungen vom Typ der *Disclosures of Immediacy* nach Knox und Hill (s.Tab.1, Kapitel 2.2.1) ist ein Beispiel für gestalttherapeutisches Arbeiten im Hier-und-Jetzt; der/die GestalttherapeutIn teilt dem/r KlientIn mit, was er/sie selbst jetzt gerade empfindet und fragt, ob das auch das Erleben des/r KlientIn ist.
4. Phänomenologisch Arbeiten: heißt bezüglich der Intervention der Selbstoffenbarung, dass GestalttherapeutInnen beispielsweise ihre eigenen Wahrnehmungen in einer ähnlichen Lebenssituation den KlientInnen zur Verfügung stellen; Knox und Hill kategorisieren dies als *Disclosure of Feelings* (s.Tab.1, Kapitel 2.2.1);
5. Körperarbeit: sind Selbstoffenbarungen der GestalttherapeutInnen darüber, was und wie sie gerade körperlich fühlen oder Rückmeldungen seitens des/r

TherapeutIn über ein körperliches Phänomen, das er/sie bei dem/r KlientIn soeben beobachtet; *Disclosures of Immediacy* (s.Tab.1, Kapitel 2.2.1)

6. Arbeiten mit der Feld-Theorie: eine Selbstoffenbarung über eigene Erfahrungen in einer ähnlichen Situation kann beispielsweise dem/r KlientIn zur Verfügung gestellt werden mit dem Hinweis, dass Erfahrungen immer einzigartige Wahrnehmungen jedes einzelnen Menschen sind (experientiellles Feld: *Disclosure of Feelings*; relationales Feld: *Disclosure of Immediacy* (beide s.Tab.1, Kapitel 2.2.1);
7. Arbeiten mit dem Kontakt-Prozess: der/die GestalttherapeutIn erkennt anhand der persönlichen Fragen, die KlientInnen stellen, welche Kontakt-Muster und Kontakt-Unterbrechungsmuster KlientInnen haben; wie TherapeutIn und KlientIn einander begegnen, (an)erkennen und wie die Antworten auf die KlientInnen wirken, wird somit Teil der therapeutischen Arbeitsbeziehung;
8. Experimentelle Arbeitshaltung: zur Entwicklung der Wahrnehmung eigener Gefühle, kann beispielsweise eine Selbstoffenbarung vom Typ der *Disclosures of Immediacy* (s.Tab.1, Kapitel 2.2.1) beitragen; dabei teilen GestalttherapeutInnen den KlientInnen mit, welche Gefühle sie in diesem Moment gerade bei sich selber wahrnehmen; den KlientInnen werden diese Wahrnehmungen zur Erkundung der eigenen Gefühlswelt zur Verfügung gestellt;

Damit zeigt sich, dass Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen als psychotherapeutische Intervention, den Merkmalen gestalttherapeutischen Arbeitens entsprechen. Kernkompetenzen der GestalttherapeutInnen, wie sie von der European Association for Gestalt Therapy (Vidakovic, et al., 2014) definiert werden, bieten zusätzlich eine Möglichkeit, diese Intervention im Sinne des gestalttherapeutischen Arbeitens zu implementieren. Eine angemessene und effektive Selbstoffenbarung setzt laut Henretty und Levitt, „.... interpersonal skills....“ seitens der TherapeutInnen voraus. Zu diesen interpersonalen Eigenschaften oder Kernkompetenzen zählen Taktgefühl, richtiges Timing, Geduld, Bescheidenheit, Beharrlichkeit und Einfühlungsvermögen (Henretty & Levitt, 2010; Vidakovic et al., 2014). Diese Skills oder Kernkompetenzen können nicht erworben werden, sondern sind Voraussetzungen in der psychotherapeutischen Arbeit. Diese Kompetenzen werden

verfeinert und gestärkt im Rahmen der Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn und fördern die Entwicklung der TherapeutInnenpersönlichkeit.

2.5.3 Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen sind gestalttherapeutisches Arbeiten

Wie im vorhergehenden Kapitel gezeigt werden konnte, entspricht die Intervention der Selbstoffenbarung den Merkmalen gestalttherapeutischen Arbeitens nach Fogarty (2016) und sie ist „... gut im theoretischen Hintergrund der gestalttherapeutischen Theorie und dem Kontaktprozess ... verankert...“ (Vidakovic, Zeleskov, Roubal, van Baalen, Francesetti, & Wimmer, 2014, S. 17).

Eine Selbstoffenbarung bietet ein/e GestalttherapeutIn also während einer Sitzung im Hier-und-Jetzt an. Das Angebot zu dieser Intervention setzt sich aus der Komposition der inneren Wahrnehmung des/r TherapeutIn, einer möglichst phänomenologischen Wahrnehmung des/r KlientIn und der Überlegung zusammen, was nun für den/die KlientIn hilfreich oder heilsam sein könnte. *Heilsam und hilfreich* kann es zum Beispiel sein, weitere Lösungen zu entwickeln oder wahrzunehmen, welche Gefühle sich noch im Inneren des/r KlientIn verbergen. Dabei ist zu betonen, dass *Gefühle entwickeln* nicht meint, diese zu erfinden oder zu konstruieren, sondern heraus zu wickeln aus dem eigenen, inneren Selbst des/r KlientIn. Im *Lexikon für Gestalttherapie* wird dazu beschrieben: „Die Intervention wird geschöpft aus der Wahrnehmung bzw. dem Gewahrsein des Therapeuten und unterstützt den Klienten in der Entwicklung bzw. Entfaltung seiner Wahrnehmungsfähigkeit und seines Gewahrseins.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 159). Durch die Mitteilung der eigenen Wahrnehmungen seitens des/r GestalttherapeutIn, kann der/die KlientIn seine/ihre eigenen Gefühle erkunden und entwickeln. Die Selbstoffenbarung eines/r TherapeutIn unterscheidet sich dann insofern vom Gespräch mit einem/r FreundIn, als der Hilfe suchende Mensch einem Hilfe anbietenden Menschen begegnet. GestalttherapeutInnen nehmen dabei typischerweise eine *dialogische Haltung* ein „...“, die sich etwa von der durch die (klassische) Psychoanalyse geprägten Abstinenz-Haltung unterscheiden lässt.“ (Schmidt-Lellek, 2004, S. 53). Die Kompetenzen, die dabei von den GestalttherapeutInnen erwartet werden, beschreibt Schigutt folgendermaßen: „Die Forderung, er [der Therapeut; Anm.d.Verf.] soll ‚frei von Neurose‘ sein, kann nur als ein Ideal hingestellt werden. Die Anforderung, die Perls ausspricht, nämlich dass er

einen ‚breiteren Bereich von Bewusstheit‘ (broader awareness) haben soll, ist realistischer.“ (Schigutt, 2004, S. 206).

In humanistischen Psychotherapie-Richtungen, wie der integrativen Gestalttherapie, werden TherapeutInnen nicht als die wissenden Fachleute betrachtet, sondern als eine Ergänzung und Gegenstück zum Anderen. Schmidt-Lellek beschreibt es folgendermaßen: „.... der/die TherapeutIn [ist; Anm.d.Verf.] Teil eines Zwei-Personen-Feldes, in dem beide Personen den sich zeigenden Phänomenen eine Bedeutung geben. Diese beiden Menschen treten in einen Dialog, wobei mit ‚Dialog‘ bzw. ‚dialogisch‘ eine bestimmte Form und eine bestimmte Qualität des Redens gemeint ist....“ (Schmidt-Lellek, 2004, S. 53).

Abschließend kann bemerkt werden, dass zum Dialog auch Offenbarungen der TherapeutInnen gehören, wenngleich in Dosiertheit, Bedachtsamkeit und unter Wahrung der Grenzen der KlientInnen. Die gestalttherapeutische, dialogische Haltung gestattet es den GestalttherapeutInnen gleichwertig dem/r KlientIn zu begegnen. Das heißt vor allem auch, dass ein hierarchisches Gefälle zu vermeiden ist (Schigutt, 2004, S. 205).

2.6 Zusammenfassung des Theorie-Teils

Im Kapitel 2.1 wurden die Grundlagen und Definitionen der vorliegenden Master Thesis zum Thema der Selbstoffenbarungen aus aktuellen Publikationen sowie Fachliteratur zusammengestellt.

Zuerst wird dem Begriff der psychotherapeutischen Intervention nachgegangen. Sie lässt sich als ein absichtsvolles und therapeutisch relevantes Handeln seitens der PsychotherapeutInnen definieren (Stumm & Pritz, 2009; Blankertz & Doubrawa, 2005). Bei der Definition des Begriffs der Selbstoffenbarung im psychotherapeutischen Kontext stellt sich heraus, dass diese auch als gewollte Handlung und beabsichtigte verbale Äußerung der PsychotherapeutInnen über etwas Persönliches definiert wird (Knox & Hill, 2003). Davon sind Selbstenthüllungen dahingehend zu unterscheiden, als diese ungewollt stattfinden. Beide Begriffe werden dem Oberbegriff der Selbstdarstellungen zugeordnet. Diese Differenzierung erscheint im Zusammenhang mit dieser Master Thesis wichtig, da für das englische Wort *self-disclosure* in der Übersetzung ausschließlich das Wort Selbstoffenbarung verwendet wurde. Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen können somit als eine psychotherapeutische Intervention betrachtet werden.

Dem Begriff der Abstinenz, als Bezeichnung für eine nicht offenbarende Haltung eines/r PsychotherapeutIn, wird in dieser Master Thesis nachgegangen, weil diese Arbeitshaltung auch als Technik, im Sinne einer Interventionsform, in der Psychoanalyse angewendet wird. Bemerkenswert ist dabei, dass es innerhalb der Psychoanalyse zu einer Wende kommt (Ermann, 2011). Die mitmenschliche Bezogenheit im Sinne der Intersubjektivität führt innerhalb der Psychoanalyse zu Richtungen wie der relationalen und intersubjektiven Psychoanalyse (Atwood & Stolorow, 1984; Orange, Atwood, & Stolorow, 2001). Hervorzuheben ist dabei, dass Abstinenz im moderaten Ausmaß auch eine Schutzfunktion für KlientInnen und TherapeutInnen haben kann. So fordern zum Beispiel umgekehrt Vertreter der humanistischen Psychotherapieschulen professionelle Distanz in Anerkennung der Grenzen von KlientInnen (Eberwein, 2009).

In Anerkennung der Relationalität und des intersubjektiven Feldes zwischen TherapeutInnen und KlientInnen meint der Begriff der Subjektivität in der modernen Psychoanalyse mittlerweile „.... das Interagieren zweier Personen, die sich beide in ihrer Subjektivität verstehen müssen.“ (Mertens, 2007, S. 218).

Als letzter Begriff wird in 2.1.6 auf die missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung durch PsychotherapeutInnen eingegangen. Die Selbstoffenbarung als Interventionsform birgt die Gefahr in sich, dass Grenzen überschritten werden. Dabei geht es nicht um ein normatives Verhalten nach dem Motto *ein/e TherapeutIn offenbart nichts von sich*, sondern darum, dass TherapeutInnen durch Selbstoffenbarungen möglicherweise ihre narzisstischen Bedürfnisse nach Anerkennung, nach Gesehen-werden-wollen und Gehört-werden-wollen, stillen. So warnen die meisten AutorInnen ausdrücklich davor *frei-drauf-los* zu offenbaren und empfehlen den PsychotherapeutInnen einer Intention zur Selbstoffenbarung mit Geduld und Achtsamkeit zu begegnen (Farber, 2006; Knapp, VandeCreek, Handelsman, & Gottlieb, 2013; Schmidt-Lellek, 2012; Tiedemann, 2010).

In Kapitel 2.2 wird die Selbstoffenbarung des/r TherapeutIn charakterisiert. Ziel ist dabei, präzise zu beschreiben, wie eine hilfreiche Selbstoffenbarung aussieht und angewendet wird. Die Anwendungsrichtlinien nach Henretty (2010) und die Kategorien nach Knox (2003) grenzen die Intervention der Selbstoffenbarung von der Plauderei zwischen Tür und Angel klar ab. Außerdem machen diese Publikationen darauf aufmerksam, ab wann eine Selbstoffenbarung grenzüberschreitend und missbräuchlich wird. Es liegen auch Daten vor, die definieren, wie häufig, wo und wann Selbstoffenbarungen als Intervention hilfreich platziert werden können (Knox & Hill, 2003; Ziv-Beiman, 2013). 2.2.2 behandelt eine besondere Form der Selbstoffenbarung, nämlich das Weinen des/r PsychotherapeutIn in der Therapiestunde (Knox, Knowlton, Pruitt, Hill, Chui, & Tate, 2017). Diese menschliche Regung nimmt eine Sonderstellung unter den Selbstoffenbarungen ein, da es nicht eine absichtsvolle, therapeutische Handlung, sondern die Offenbarung tiefer Emotionen und Anteilnahme ist.

Kapitel 2.3 beschäftigt sich mit Wirkungen und Nebenwirkungen von Selbstoffenbarungen. Als Wirkungen nennen Knox et al. 1) den Effekt auf die Beziehung zum/r TherapeutIn, 2) die Erfahrung von Allgemeingültigkeit und damit

verbunden das Normalisieren eines Erlebens und 3) das Prinzip der Modellbildung (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997, S. 275). Nebenwirkungen durch Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen sind von den TherapeutInnen selbst zu bedenken (Tiedemann, 2010; Hartmann-Kottek, 2012). Betont wird dabei, dass es immer auch noch ein Erleben, eine Sichtweise und eine Nebenwirkung gibt, die vom/n der TherapeutIn nicht in Betracht gezogen worden ist oder werden kann, aber als große Unbekannte einzukalkulieren ist.

In 2.4 wird auf die Grenzen und Kontraindikationen von Selbstoffenbarungen hingewiesen. Die meisten FachautorInnen sehen Selbstoffenbarungen bei Menschen mit Grenzüberschreitungsproblematik, mangelnder Mentalisierungsfähigkeit, mit narzisstischen, Borderline oder anderen Persönlichkeitsstörungen, mit Verhaltensstörungen, Impuls-Kontroll-Störungen und psychotischen Störungen kontraindiziert (Eberwein, 2009; Farber, 2006; Oberlerchner, 2017; Ziv-Beiman, 2013).

Schließlich werden in 2.5 Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen aus dem Blickwinkel der Gestalttherapie betrachtet und es zeigt sich, dass diese Interventionsform auch dem *gestalttherapeutischen Arbeiten* (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016) zugeordnet werden kann.

Im nun folgenden Kapitel 3) *Diskussion* werden die Ergebnisse reflektiert und es soll auf die unvorhergesehenen Schwierigkeiten eingegangen werden, die sich bei der Aufarbeitung des Themas ergeben haben. Im Laufe der Erstellung dieser Master Thesis tauchten auch weitere Fragen auf, sodass im Kapitel 3.3 offene Fragen und Limitationen dieser Arbeit benannt werden sollen.

3 DISKUSSION

Ziel dieser Master Thesis war es, die Bedeutungen von Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen in der Einzeltherapie mit Erwachsenen zu erheben, zu definieren und zu diskutieren. Mithilfe einer ausführlichen Literaturrecherche konnten in Fachjournalen der Psychotherapieforschung und Psychologie Publikationen gefunden werden, die die Forschungsfragen größtenteils beantworteten. Sehr bald fand sich die Hypothese bestätigt, dass eine Selbstoffenbarung im psychotherapeutischen Setting die Bedeutung einer Intervention haben kann. Es zeigte sich auch, dass die Bedeutung einer Intervention gegeben ist, wenn bestimmte Kriterien und Anwendungsrichtlinien (Henretty & Levitt, 2010) eingehalten werden.

Wirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen von Selbstoffenbarungen erklären sich hauptsächlich aus den Erkenntnissen der Säuglings- und Bindungsforschung. Auffällig ist dabei, dass diese Erkenntnisse schulenübergreifend, zur Erklärung der Sinnhaftigkeit und Bedeutung von Selbstoffenbarungen herangezogen werden können.

Die Frage, ob Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen auch einem gestalttherapeutischen Arbeiten entsprechen, konnte unter anderem mithilfe einer aktuellen Publikation im British Gestalt Journal (Fogarty, Bhar, Theiler, & O'Shea, 2016) positiv beantwortet werden.

Obwohl den Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung die Bedeutung einer Intervention gegeben wird, gehen die einzelnen Psychotherapie-Schulen selbst darauf kaum ein. So war es weder möglich fachspezifische Publikationen zu finden und mögliche Unterschiede in den Therapieschulen heraus zu arbeiten, noch fanden sich Hinweise darauf, dass in den Ausbildungscurricula auf diese Interventionsform eingegangen wird. Diese Erkenntnis deckt sich mit einer Aussage von Ziv-Beiman, die bei humanistischen TherapeutInnen am häufigsten Selbstoffenbarungen als Intervention erhoben hat und am seltensten bei tiefenpsychologisch-psychodynamischen TherapeutInnen (Ziv-Beiman, 2013, S. 64).

In den folgenden Kapiteln 3.1-3.3 werden die Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Master Thesis reflektiert, unvorhergesehene Schwierigkeiten zum Thema benannt und schließlich ein Überblick zu offenen Fragen und Limitationen gegeben.

3.1 Reflexion der Ergebnisse und Erkenntnisse

Um die möglichen Bedeutungen von Selbstoffenbarungen erforschen zu können, war es anfangs notwendig Grundbegriffe aus dem Themenfeld zu definieren.

Von der Annahme ausgehend, dass Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen als Intervention eingesetzt werden, erfolgt daher vorerst eine Definition der *psychotherapeutischen Intervention*.

Als nächstes wurde in der Fachliteratur nach Definitionen zur *Selbstoffenbarung* recherchiert. Dabei zeigten sich erste Schwierigkeiten, denn es fehlt in der Fachliteratur eine allgemein gültige, evidenzbasierte Definition. So finden sich ab den frühen 1990er Jahren Definitionen, doch bis zum Oktober 2017 war keine international standardisierte oder evidenzbasierte Definition aufzufinden. Dieser fehlende Konsens trägt unter anderem dazu bei, dass die Forschungsergebnisse der vergangenen Jahrzehnte, beispielsweise betreff der Wirkung dieser Intervention, schwer vergleichbar sind.

Bei der Frage, welche Bedeutung die *Abstinenz* als Haltung und Methode hat, zeigte sich, dass es auch in den psychoanalytischen und psychodynamischen Richtungen zu einer Wende gekommen ist. Die relationalen und intersubjektiven Richtungen (Atwood & Stolorow, 1984; Orange, Atwood, & Stolorow, 2001) innerhalb der Psychoanalyse weichen in der strengen Einhaltung der Abstinenz ab und erklären die Sinnhaftigkeit dieser Abkehr mit den Erkenntnissen aus der Säuglings- und Bindungsforschung. Tiedemann erklärt dazu, dass das Material der Übertragung „.... die Suche nach Sicherheit [seitens der KlientInnen; Anm.d.Verf.] mittels entsprechender interaktiver Strategien“ sei und zieht den Schluss „.... Die Verwendung der Gegenübertragung müsste sich aus dieser bindungstheoretischen Sicht demgemäß in der Hinsicht verändern, dass die Bindungswünsche des Patienten angemessen beantwortet werden müssen ...“ (Tiedemann, 2010, S. 194). In jenem Moment, wo es darum geht *Bindungswünsche zu beantworten*, kann zum Beispiel eine Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen eine hilfreiche und passende Intervention sein.

Damit eine Selbstoffenbarung seitens des/r TherapeutIn als Intervention hilfreich eingesetzt werden kann, ist es notwendig, sehr kritisch und reflektiert mit ihr zu arbeiten. Eine *missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung* seitens der TherapeutInnen liegt sehr nahe und es bedarf daher einer besonderen Achtsamkeit seitens der TherapeutInnen. So ergibt sich aus der Darstellung am Ende von Kapitel 2.1 die Erkenntnis, dass Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen einer psychotherapeutischen Intervention entsprechen. Empfohlen wird dabei allerdings, bestimmte Anwendungsrichtlinien einzuhalten und Charakteristika dieser Interventionsform zu beachten (Henretty & Levitt, 2010).

Auf die Frage, wie Selbstoffenbarungen als Intervention angewendet und wie diese charakterisiert werden können, wird im Kapitel 2.2 genau eingegangen. Dazu wurden vor allem Publikationen der jüngeren Vergangenheit heran gezogen. Als schwierig stellte sich dabei heraus, dass es mehrere Definitionen zu Selbstoffenbarungen gibt. Typisierungen und Kategorien der Selbstoffenbarungen unterscheiden sich vor allem dann, wenn die WissenschaftlerInnen verschiedenen Therapieschulen angehören. Es werden auch unterschiedliche Kriterien zur Kategorisierung herangezogen, wie zum Beispiel der Zeitpunkt der Selbstoffenbarung bezogen auf den Therapieprozess oder ob private oder fachliche Inhalte offenbart werden. Obwohl allgemein unter Selbstoffenbarungen verbale Äußerungen seitens der TherapeutInnen verstanden werden, sind auch Gestik, Mimik und Körpersprache Teile der menschlichen Kommunikation und offenbaren etwas über die Person des/r TherapeutIn. Die nonverbalen Botschaften in einer Begegnung mit dem Anderen beeinflussen die Reaktionsmuster des jeweils Anderen. Hier gilt es seitens der TherapeutInnen immer wieder Achtsamkeit den eigenen Regungen gegenüber zu haben. Anhand einer Publikation von Knox et al. (2017) über das Weinen seitens der TherapeutInnen während therapeutischer Sitzungen wird beispielhaft zusammengefasst, welche Auswirkungen die gestische Offenbarung eines Gefühls haben kann.

Wirkungen und Nebenwirkungen werden im Kapitel 2.3 betrachtet. Dabei zeigt sich, dass in den rezenten Studien zwei unterschiedliche Betrachtungspunkte ausgewertet werden, nämlich die Sicht des/r TherapeutIn und die des/r KlientIn. Bemerkenswert erscheint dabei, dass TherapeutInnen ihre Selbstoffenbarungen als weniger effektiv einstufen, als KlientInnen. Eine Erklärung dafür könnte das Gefühl von Verletzbarkeit

der TherapeutInnen durch die Selbstoffenbarung sein. Prinzipiell wird von verschiedenen AutorInnen darauf hingewiesen, dass die Verantwortung und die Einstufung, welche Konsequenzen eine Selbstoffenbarung haben könnte, immer und zur Gänze bei den TherapeutInnen liegt (Knox & Hill, 2003; Henretty & Levitt, 2010; Farber, 2006).

Der Frage, ob es für Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen auch Grenzen und Kontraindikationen gibt, wird in 2.4 nachgegangen. Diesbezüglich kann weitestgehend Konsens in der Fachliteratur gefunden werden. Schulenübergreifend kommen die WissenschaftlerInnen zum Schluss, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder psychotischen Störungen Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen schlecht verarbeiten können (Farber, 2006; Ziv-Beimann, 2013). Das schließt nicht aus, dass Menschen mit solchen psychopathologischen Störungsbildern persönliche Fragen stellen, es gilt hier jedoch seitens der TherapeutInnen mehr die Intention zur Frage zu beachten, als eine Antwort zu geben. Indem das Hintergrundgeschehen zur gestellten Frage herausgearbeitet wird und somit in den Vordergrund geholt wird, ist den KlientInnen mehr geholfen. Die Wahrnehmung und Erarbeitung von Vordergrund und Hintergrund, ähnlich der Betrachtung eines Kippbildes (Hartmann-Kottek, 2012), stellt das So-Sein und das Da-Sein dar. Es gibt Therapieprozesse oder Abschnitte in Therapien, in denen eine moderate Abstinenz seitens der TherapeutInnen heilsamer und hilfreicher für die KlientInnen erscheint. Letztlich liegt ein großer Teil der Verantwortung zur Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung bei den TherapeutInnen.

Schließlich werden in Kapitel 2.5 drei Fragestellungen beantwortet, nämlich wie Interventionen in der Gestalttherapie definiert sind, worin sich gestalttherapeutisches Arbeiten zeigt und wie die Intervention der Selbstoffenbarung in gestalttherapeutisches Arbeiten eingebettet werden kann. Bei der Beantwortung der Frage, wie die Gestalttherapie Interventionen definiert, zeigen sich insofern Einschränkungen, als es zur gestalttherapeutischen Haltung gehört, dass Interventionen als Experimente des momentanen Geschehens betrachtet werden. So lassen sich zwar in Lehrbüchern und Lexika der Gestalttherapie Definitionen für die *Intervention* finden, doch gibt es keine Anwendungsrichtlinien oder ein Manual. Als hilfreich zur Beantwortung der Fragen

stellte sich die Publikation von Fogarty et al. aus dem Jahr 2016 heraus. Darin werden acht Merkmale des gestalttherapeutischen Arbeitens definiert und so ergibt sich die Möglichkeit, Selbstoffenbarungen auch dem gestalttherapeutischen Arbeiten zuzuordnen zu können.

Als wichtigste Ergebnisse dieser Master Thesis lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen:

1. Selbstoffenbarungen stehen als Haltung und Methode, so, wie die Abstinenz, den PsychotherapeutInnen zu Verfügung. Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung unterstützen sowohl die Sinnhaftigkeit von Selbstoffenbarungen als auch die der moderaten Abstinenz. Missbräuchliche Bedürfnisbefriedigung seitens der TherapeutInnen durch Selbstoffenbarungen liegt einzig in der Verantwortung der TherapeutInnen. Die Intervention der Selbstoffenbarung ist daher im Vorfeld von den TherapeutInnen nur in Gewahrsein zu halten ist. Erst wenn der/die TherapeutIn in radikaler Ehrlichkeit zu sich selbst geklärt hat, worin die Intention zur Selbstoffenbarung besteht, wird diese Intervention empfohlen.
2. Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen sind unter Einhaltung definierter Anwendungsrichtlinien (Henretty & Levitt, 2010) tatsächlich eine psychotherapeutische Interventionen. Als Grundprinzip gilt: so selten und so kurz, wie möglich (Henretty & Levitt, 2010; Knox & Hill, 2003).
3. Selbstoffenbarungen werden, mit leichten Unterschieden, in der psychotherapeutischen Fachliteratur als Interventionsform beschrieben und charakterisiert, erscheinen aber in den Ausbildungscurricula nicht als Thema und irritieren daher vor allem BerufsanfängerInnen.
4. Als Wirkungen von Selbstoffenbarungen publizieren verschiedene AutorInnen folgende Punkte (Henretty & Levitt, 2010; Knox & Hill, 2003; Ziv-Beiman, 2013):
 - Förderung der Selbstoffenbarung des/r KlientIn
 - Stärkung der therapeutischen Beziehung
 - Förderung der Autonomie
 - Ermöglichung der Selbsterfahrung und Selbstentdeckung
 - Validierung der Realität, um einen festgefahrenen Prozess oder eine Verletzung der therapeutischen Beziehung zu reparieren

- Korrektur falscher Vorstellungen
 - Unterstützung beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen
 - Demystifizierung des psychotherapeutischen Prozesses
 - Angebot von Alternativen im Denken und Handeln
 - Hilfestellung bei der Wahrnehmung der Grenzen von anderen
5. Die Intervention der Selbstoffenbarung entspricht in mehreren Merkmalen dem gestalttherapeutischen Arbeiten, wie es in einer Publikation von Fogarty et al. (2016) beschrieben wird.

3.2 Unvorhergesehene Schwierigkeiten mit dem Thema

Am Beginn der Literaturrecherche zu dieser Master Thesis gab es die Hypothese, dass mit den Schlüsselwörtern *Selbstoffenbarung* bzw. *self-disclosure* in den vier großen Psychotherapie-Richtungen Literatur zu finden wäre. Es stellte sich sehr bald heraus, dass in psychotherapeutischen Fachjournalen zwar Ergebnisse zur Beforschung der Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen publiziert sind, die WissenschaftlerInnen und die beforschten PsychotherapeutInnen allerdings unterschiedlichen Psychotherapie-Schulen angehören. Somit konnte keine Differenzierung der Forschungsergebnisse nach dem Kriterium der Psychotherapie-Richtung herausgearbeitet werden. Auffällig ist, dass die humanistisch-existenziell orientierten Schulen und die psychoanalytisch/ tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Schulen tendenziell mehr zum Thema der Selbstoffenbarungen publizieren. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in den kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Schulen klar definierte Manuale zur psychotherapeutischen Behandlung vorliegen. Beachtenswert und berührend erscheint, dass Marsha Linehan, eine der bekanntesten Verhaltenstherapeutinnen und Entwicklerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie, 2011 in einem Interview in den New York Times ihre eigene Geschichte als Betroffene einer Borderline-Störung offenbarte (Carey, 2011). Linehan stellte mit dieser Selbstoffenbarung Menschen mit einer psychischen Störung eine *Disclosure of support* (Knox & Hill, 2003) zur Verfügung und bestätigt damit Normalität und Universalität menschlicher Erfahrungen und menschlichen Erlebens.

Schwierig gestaltete sich auch die Recherche gestalttherapeutischer Literatur zum Thema der Selbstoffenbarungen. Phasenweise entstand der Eindruck, dass es sich um eine selbstverständliche Intervention handle, wobei aber keine gestalttherapeutische Publikation auffindbar war, in der Selbstoffenbarungen seitens der GestalttherapeutInnen charakterisiert oder definiert sind. Einzig in gestalttherapeutischen Fallbeschreibungen sind Selbstoffenbarungen als Intervention herauslesbar. Als Anhaltspunkt konnte der Begriff der *selektiven Authentizität* von Ruth Cohn gefunden werden. Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon beschreiben, dass nach dem

Prinzip der selektiven Authentizität der Psychotherapeut dem Patient zum Beispiel mitteile, wie er ihn im aktuellen Geschehen erlebe (Hutterer-Krisch & Amendt-Lyon, 2004, S. 154). Eine solche Selbstoffenbarung entspricht der Kategorie einer Disclosure of immediacy nach Knox & Hill (2003). GestalttherapeutInnen offenbaren demnach über sich, sie tun es gezielt, überlegt und gewollt und es entspricht den Merkmalen gestalttherapeutischen Arbeitens, wie in Kapitel 2.5 dargestellt.

Schwierigkeiten in der Beforschung der Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen ergeben sich auch aus den uneinheitlichen Definitionen heraus. Solange es keine über die Psychotherapie-Schulen hinaus konsensuale Definition dieser Intervention gibt, wird es schwierig sein, Wirksamkeitsdaten zu erheben, zu vergleichen oder in Meta-Analysen zusammen zu fassen.

3.3 Offene Fragen und Limitationen

Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen können sich auch auf deren körperliche Verfassungen, gesellschaftspolitische Haltungen oder andere Aspekte der Individualität beziehen. In dieser Master Thesis konnte auf diese speziellen Bereiche und Umstände, wie zum Beispiel Schwangerschaft der Therapeutin, sexuelle Orientierung oder auch Krankheit des/r PsychotherapeutIn nicht eingegangen werden, wenngleich Publikationen zu den genannten Aspekten vorliegen (Farber, 2006). Auch die Zugehörigkeit zu ethnischen Minoritäten oder kulturbedingte Auffassungen seitens der KlientInnen über Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen wurden nicht beleuchtet.

Interessant erscheint das Thema der Selbstoffenbarungen auch im Setting von Gruppentherapien, sowie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Ein weiterer Aspekt ist das Siezen und Duzen. Eine Thematik, die im englischen Sprachraum etwas verschwommener erscheint, nachdem es nur das *you* gibt. Auch auf diesen Aspekt konnte hier nicht Bezug genommen werden.

Außer Betracht in dieser Master Thesis ist zudem der Aspekt von schriftlichen und bildlichen Selbstoffenbarungen seitens der PsychotherapeutInnen auf Websites und in sozialen Netzwerken sowie Selbstdarstellungen seitens der TherapeutInnen in der Gestaltung der Praxis oder durch deren Kleidung.

Schließlich ist ein großer Teil der Recherchen aus dem Themenbereich der Säuglingsforschung und Bindungstheorien nicht eingearbeitet worden. Es hätte den Umfang dieser Master Thesis überschritten.

4 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND PERSPEKTIVEN

4.1 Schlussfolgerungen und Fazit

Nach der Auswertung der Literatur stellen sich mir Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen als eine psychotherapeutische Intervention dar. Auch für die Fragen, wie diese Intervention angewendet wird und worauf dabei zu achten ist, konnte ich Antworten finden. Selbstoffenbarungen können allerdings auch die Bedeutung einer missbräuchlichen Bedürfnisbefriedigung seitens des/r TherapeutIn haben, weshalb bei der Anwendung dieser Interventionsform große Aufmerksamkeit und Achtsamkeit seitens der TherapeutInnen gefordert ist.

Nach der Auseinandersetzung mit der Haltung und Methode der Abstinenz stellt sich für mich die Abstinenz nicht mehr als eine der Selbstoffenbarung widersprechende Haltungen dar, sondern als weitere Möglichkeit, den KlientInnen und ihren Bedürfnissen nach Bindung zu begegnen. Beide Haltungen ergänzen einander. Von Sitzung zu Sitzung, von Klientin zu Klient, von Moment zu Moment, von Therapeutin zu Therapeut gilt es immer wieder zu entscheiden, ob eine Selbstoffenbarung angebracht ist. Manchmal erscheint es mir klüger, in abstinenter Haltung zu arbeiten, als sich zur Intervention einer Selbstoffenbarung zu entscheiden. Die Selbstoffenbarung als Intervention setzt für mich voraus, dass sich TherapeutInnen reflektiert und kritisch mit sich selbst in Eigentherapie und Supervision auseinandersetzen. Diese Interventionsform braucht seitens der TherapeutInnen Erfahrung, Übung und eine hohe Bereitschaft, sich selbst den SupervisorInnen und LehrtherapeutInnen zu offenbaren.

Bemerkenswert erscheint mir, dass mehrere WissenschaftlerInnen ihre Studienergebnisse zum Einsatz von Selbstoffenbarungen mit ähnlichen Statements zusammenfassen. So schreiben Henretty et al. beispielsweise, es sei nicht nur Aufgabe der TherapeutInnen, sich für oder gegen Selbstoffenbarung zu entscheiden, sondern vor allem sich zu überlegen wem gegenüber sie offenbaren, was sie offenbaren, wann, warum und wie (Henretty & Levitt, 2010, S. 71).

Das Fazit lautet daher für mich: Selbstoffenbarungen können hilfreich sein – risikofrei sind sie nie.

4.2 Perspektiven

Das Kapitel *Perspektiven* bezieht sich auf zwei Aspekte. Zum einen möchte ich die Anwendungsrichtlinien für die Intervention der Selbstoffenbarung nach Henretty et al. (2010) aus Kapitel 2.2.1 in einem Überblick zusammenfassen, zum anderen taucht bei mir, nach der Auseinandersetzung mit dem Thema der Selbstoffenbarungen, der Wunsch an Ausbildungsinstitutionen auf, in den Curricula das Thema der Selbstoffenbarungen als Interventionsmethode aufzunehmen.

Ein abschließender Gedankenanstoß:

Wenn die abstinente Haltung der TherapeutInnen manchmal bedeutet zu schweigen, dann kann die selbstoffenbarende Haltung genauso hilfreich sein. Beide Haltungen sind ein *Sein im Moment* und Antwort auf das Sein eines Anderen.

Farber fasst zusammen: "Nonetheless, silence, like disclosure, has its dangers and may be easily misinterpreted; Gifted therapists from very different traditions have always been aware of the need of flexibility in the face of the particular needs of a particular patient at a particular time." (Farber, 2006, S. 159).

4.2.1 Anwendungsrichtlinien nach Henretty & Levitt, 2010

Die Selbstoffenbarung seitens des/r PsychotherapeutIn ist eine hilfreiche Intervention, solange bestimmte Prinzipien und Anwendungsrichtlinien dieser Intervention eingehalten werden. Zum schnelleren Überblick werden die Anwendungsrichtlinien nach Henretty & Levitt (2010) aus Kapitel 2.2.1 hier nochmals zusammengefasst:

1. Selbstoffenbarungen selten und mit Bedachtsamkeit machen; *bedacht* soll die Bedeutung der Frage seitens der KlientInnen und die Intention zur Selbstoffenbarung seitens der TherapeutInnen werden; drei mögliche Bedeutungen einer persönlichen Frage an TherapeutInnen werden

- charakterisiert: echtes Interesse, Prüfung des/r TherapeutIn und Fragen mit der Zielsetzung Anerkennung, Würdigung oder Sicherheit zu bekommen;
2. mögliche Reaktion der KlientInnen bedenken; KlientInnen, die Distanz oder traditionelle Rollenbilder in der Psychotherapie schätzen, empfinden eine Selbstoffenbarung eher aufdringlich oder belastend;
 3. auf die Wortwahl achten; wie empathisch und emotional geladen die Offenbarung formuliert wird, ist an die Bedürfnisse der KlientInnen anzupassen; überlegen, ob es um Information geht oder um Verbundenheit (Grad von Intimität und Verbundenheit beachten); nur so viel Information geben, wie für den therapeutischen Prozess wichtig ist; keine Details;
 4. vor, während und nach der Selbstoffenbarung reaktiv auf KlientInnen sein; fragen, ob eine persönliche Bemerkung gestattet ist; bedenken, ob es notwendig ist, zu erklären, weshalb etwas Persönliches geäußert wird; genau beobachten und nachfragen, wie es den KlientInnen nach einer Selbstoffenbarung geht; Auswirkungen der Selbstoffenbarung hinterfragen; negative Effekte offen besprechen, um aufzuklären, wie der/die KlientIn Erfahrungen, Gedanken und Gefühle erlebt; Cave: Auswirkung/en einer Selbstoffenbarung sind nicht immer sofort erkennbar; Empfehlung daher: zu einem späteren Zeitpunkt nochmals nachfragen; erfolglose Selbstoffenbarungen sind oft Ergebnis mangelnder Möglichkeiten für die KlientInnen, Rückmeldung geben zu können;
 5. unmittelbar nach einer Selbstoffenbarung Fokus wieder auf die KlientInnen richten; z.B. mit der Frage, wie diese Äußerung auf den/die KlientIn nun gerade wirke; manche KlientInnen probieren, noch mehr vom/n der TherapeutIn zu erfahren, dennoch ist der Fokus zurück auf die KlientInnen zu führen;

Letztlich ist es notwendig, dass jede/r PsychotherapeutIn seinen/ihren Weg findet und auch mit dieser Intervention angemessen experimentiert. *Angemessenheit* bedeutet beispielsweise, jene Momente, die eine Selbstoffenbarung ermöglichen würden, vorerst nur wahrzunehmen und pro jeweilige/m KlientIn zu sammeln. In der Nachbearbeitung einer Therapiestunde ist es empfehlenswert, die möglichen Momente einer Selbstoffenbarung zu notieren, also sich bewusst zu machen, und die Umstände und Bedingungen des Moments genau zu betrachten. Hilfreich kann es auch sein, sich

zu fragen: „Woran habe ich bemerkt, dass eine Selbstoffenbarung möglich gewesen wäre? Welchen Zweck hätte sie erfüllen können?“. Und es gilt, diese Fragen in einer radikalen Ehrlichkeit zu sich selbst zu beantworten, möglicherweise auch in der Supervision oder Lehrtherapie zu bearbeiten. Nur so können eigene Interessen und die Befriedigung eigener Bedürfnisse wahrgenommen, definiert und zu einer Gesamtbetrachtung der Situation im therapeutischen Prozess des/r Anderen führen. Daraus kann dann auch eine mögliche, in der Zukunft liegende, Intervention einer Selbstoffenbarung vorbereitet werden und die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention dann tatsächlich hilfreich für den/die KlientIn ist, wird erhöht.

Abschließend möchte ich noch pro & contra zu Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen zusammenfassen:

Für die Intervention einer Selbstoffenbarung sprechen Intentionen wie:

Förderung der Mutualität, Förderung der Modell-Bildung und Entwicklung alternativer Lösungswege, Förderung der Selbstoffenbarung seitens der KlientInnen, Bestätigung von Normalität und Universalität menschlicher Erfahrungen und des menschlichen Erlebens, Stärkung der therapeutischen Beziehung (Farber, 2006; Knox & Hill, 2003; Ziv-Beiman, 2013);

Gegen die Intervention einer Selbstoffenbarung sprechen:

jegliche Bedürfnisbefriedigungen seitens der TherapeutInnen, sowie bestimmte psychopathologische Störungsbilder, bei denen die Grenzen der KlientInnen überschritten wären oder die KlientInnen wegen mangelnder Mentalisierungsfähigkeit in eine Überforderung schlittern würden (Eberwein, 2009; Oberlerchner, 2017; Tiedemann, 2010; Ziv-Beiman & Shahar, 2016);

PsychotherapeutInnen, so stellt es sich mir dar, waren immer gefordert und werden gefordert bleiben, sich mit dem Thema der Selbstoffenbarungen auseinanderzusetzen. Mehr denn je stellen heutzutage KlientInnen Fragen und sie dürfen Antworten erwarten. Letztlich leben wir alle im sogenannten Informationszeitalter. Es geht weniger darum die KlientInnen zu kategorisieren oder zu interpretieren, wenn sie

Fragen stellen. Vielmehr geht es darum, darauf vorbereitet und darin geübt zu sein als TherapeutIn gefragt zu werden oder von sich aus etwas zu offenbaren. Es handelt sich in diesen Situationen um spezielle Sequenzen einer Psychotherapie und sie sind daher als Teil des psychotherapeutischen Prozesses anzusehen.

Gestalttherapeutisch betrachtet kann ergänzt werden: „.... Wachstum geschieht, wenn sich ein des Wachstums fähiger Körper oder Organismus Substanzen aus der Umwelt einverleibt, also ernährt. Das geistige Wachstum geschieht durch die Einverleibung, die Verdauung, die Integration oder die Assimilation von Erfahrungen.“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 319). Und zum geistigen und seelischen Wachstum ist ein des Wachstums fähiger Geist und eine des Wachstums fähige Seele Voraussetzung sowie die entsprechend ausreichend gute Nahrung.

4.2.2 Ein Wunsch an Ausbildungsinstitutionen

Nachdem Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen von verschiedenen Psychotherapie-Schulen skeptisch bis regelwidrig betrachtet werden, begegnen die meisten BerufsanfängerInnen dieser Intervention zögerlich. Häufig wird die Bedeutung vermittelt, Selbstoffenbarungen seien einem Versagen in der Professionalität der TherapeutInnen gleichzusetzen. Selbst die Reflexion und kritische Auseinandersetzung in den Supervisionen erfolgt zögerlich, wodurch die Meinung genährt wird, dass Selbstoffenbarungen einen *Regelbruch* bedeuten, ein typischer AnfängerInnen-Fehler, unangemessen und tabu sind.

Der Umfang an Publikationen zeigte mir jedoch etwas Anderes. Selbstoffenbarungen seitens der TherapeutInnen können hilfreiche und effektive Interventionen sein, wenn Richtlinien eingehalten werden und ein Grundwissen zu dieser Interventionsform vorhanden ist. So stellt sich mir die Frage, weshalb diese Interventionsform in den Curricula der Ausbildungsinstitutionen nicht berücksichtigt wird? Sollen TherapeutInnen weiterhin *heimlich* damit experimentieren, bis sie dann im späteren Berufsalltag ausreichend Erfahrung sammeln konnten und für sich eine eigene Anwendungsrichtlinie erarbeitet haben?

In diversen Publikationen werden immer wieder Empfehlungen ausgesprochen, Selbstoffenbarungen zum Beispiel in Rollenspielen während der Ausbildung zu trainieren. Ich habe in meiner eigenen Ausbildung in einem Seminar zum Thema *Übertragung und Gegenübertragung* üben dürfen, wie es sich anfühlt, persönliche Fragen gestellt zu bekommen. Und ich hatte die Möglichkeit, mit zu persönlichen Fragen in einem Rollenspiel zu experimentieren. Es war eine sehr lehrreiche Sequenz und meine Betroffenheit und Befangenheit hat mich einige Zeit in der Lehrtherapie beschäftigt. Damals kam der Wunsch auf, mehr zum Thema der Selbstoffenbarungen zu erfahren. Ich kann daher den Apell von Henretty et al. (2010) nachvollziehen, wenn sie schreiben, Ausbildungsprogramme, die das Thema der Selbstoffenbarung ignorierten, würden möglicherweise ungewollt den KlientInnen schaden. So, wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema notwendig ist, bedarf es auch der Übermittlung der Erkenntnisse aus der Forschung in die Lehre. Dies hätte zur Folge, dass PsychotherapeutInnen, und hier denke ich vor allem an BerufsanfängerInnen, im Berufsalltag gestärkt und KlientInnen vor Übergriffigkeit eher geschützt wären. Wissen, Training in Rollenspielen, freie Auseinandersetzung in Supervision, Intervision und in den Lehrtherapien tragen zur Qualitätssicherung von Psychotherapien bei. Selbstoffenbarungen seitens TherapeutInnen werden im Tabubereich gehalten und als Regelverstoß empfunden, solange sie nicht durch Wissen über ihre Bedeutungen und einer kritischen Auseinandersetzung enttabuisiert sind. So entsteht der Wunsch nach Thematisierung dieser Interventionsform in der Ausbildung zum/r TherapeutIn.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amendt-Lyon, N., Bolen, I., & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 101-124). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Pr.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bender, S. (2014). <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>. Abgerufen am 3. November 2017 von <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>
- Berg, H., Antonsen, P., & Binder, P.-E. (Sep 2016). Sediments and Vistas in the Relational Matrix of the Unfolding "I": A Qualitative Study of Therapists' Experiences With Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 26(3)*, S. 248-258.
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Köln: Peter Hammer Verlag.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bundesministerium für Gesundheit. (15. Juni 2004). https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/diagnostik-leitlinie_fuer_psychotherapeutinnen_und_psychotherapeuten_formatiert_fuer_homepage.pdf. Abgerufen am 27.. Oktober 2017 von <https://www.bmgf.gv.at>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (14. Dezember 2010). <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/werberichtlinie.pdf>. Abgerufen am 17. Februar 2018 von <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/werberichtlinie.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (Juli 2017). <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133>

783/berufskodex_psychotherapie.pdf. Abgerufen am 17. Februar 2018 von https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/berufskodex_psychotherapie.pdf

Carey, B. (23. 06 2011). Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight. (<http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>, Hrsg.) *New York Times*.

Duden. (16. Februar 2018). *Enthüllung: www.duden.de*. (B. I. GmbH, Produzent, & Dudenverlag, Berlin) Abgerufen am 16. Februar 2018 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Enthuellung>:
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Enthuellung>

Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Ermann, M. (17. Sep 2011). Die Intersubjektive Wende - Aktuelle Entwicklungen in der Psychoanalyse. 1-22. Bensberg.

Farber, B. A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016). What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal, Vol. 25(1)*, S. 32-41.

Hartmann-Kottek, L. (2012). *Gestalttherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The Role of Therapist Self-Disclosure in Psychotherapy: A Qualitative Review. *Clinical Psychology Review, 30*, S. 63-77.

Hill, C., Helms, J., Tichenor, V., Spiegel, S., O'Grady, K., & Perry, E. (1988). Effects of Therapist Respond Modes in Brief Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 35*, S. 222-233.

Hutterer-Krisch, R., & Amendt-Lyon, N. (2004). Gestaltdiagnostik - Gestalttradition und grundlegende diagnostische Modelle und Konzepte. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 153-175). Wien: Facultas.

- Knapp, S., VandeCreek, L., Handelsman, M. M., & Gottlieb, M. (2013). Professional Decisions and Behaviors on the Ethical Rim. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 44(6), S. 378-383.
- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist Self-Disclosure: Research-Based Suggestions for Practitioners. *J Clin Psychol/In Session*, Vol. 59(5), S. 529-539.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A Qualitative Analysis of Client Perceptions of the Effects of Helpful Therapist Self-Disclosure in Long-Term Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 44(3), S. 274-283.
- Knox, S., Knowlton, G., Pruitt, N., Hill, C. E., Chui, H., & Tate, K. (2017). Crying in Psychotherapy: The Perspective of Therapists and Clients. *Psychotherapy*, Vol. 54(3), S. 292-306.
- Mertens, W. (2007). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In W. Senf, & M. Broda, *Praxis der Psychotherapie* (S. 196-237). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Oberlerchner, H. (13. Okt 2017). Bindung, Mentalisierung, Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, S. 128-133.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Polster, E., & Polster, M. (2009). *Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Schigutt, R. (2004). Grundsätzliche Überlegungen zu gestalttherapeutischer Praxis. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 197-207). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Schmidt-Lellek, C. J. (2004). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner, & E. Wildberger, *Gestalttherapie* (S. 53-76). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Schmidt-Lellek, C. J. (Heft 4 2012). Therapeutenmacht und Patientenautonomie. *Familiendynamik*(37. Jahrgang), S. 258-266.

- Senf, W., & Broda, M. (2007). *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Staemmler, F.-M. (2015). *Das dialogische Selbst*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Strauß, B., & Wittmann, W. W. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf, & M. Broda, *Praxis der Psychotherapie* (S. 772-786). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Streek, U. (2007). Psychodynamische Therapieverfahren. In W. Senf, & M. Broda, *Praxis der Psychotherapie* (S. 238-259). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Stumm, G., & Pritz, A. (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer-Verlag.
- Tiedemann, J. L. (2010). Selbst-Enthüllungen, Enactments und Now-Moments. In J. L. Tiedemann, *Die Scham, das Selbst und der Andere* (S. 188-234). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Vidakovic, I., Zeleskov, J., Roubal, J., van Baalen, D., Francesetti, G., & Wimmer, B. (2014). *Professionelle Kompetenzen und qualitative Standards: Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen*. (EAGT, Hrsg.) Abgerufen am 05. Feb 2018 von www.gestalttherapie.at/downloads/PCQS%20German%2023062014final.pdf
- Wirtz, M. A. (2017). *intersubjektiv-Intersubjektivitaet: Dorsch - Lexikon der Psychologie*. (M. A. Wirtz, Herausgeber) Abgerufen am 03. November 2017 von [Dorsch - Lexikon der Psychologie: https://portal.hogrefe.com/dorsch/intersubjektiv-intersubjektivitaet/](https://portal.hogrefe.com/dorsch/intersubjektiv-intersubjektivitaet/)
- Wirtz, M. A. (2018). *Selbstoffenbarung: Dorsch - Lexikon der Psychologie*. (M. Wirtz, Herausgeber) Abgerufen am 16. Februar 2018 von [Dorsch - Lexikon der Psychologie: https://portal.hogrefe.com/dorsch/selbstoffenbarung/](https://portal.hogrefe.com/dorsch/selbstoffenbarung/)
- Ziv-Beiman, S. (March 2013). Therapist Self-Disclosure As an Integrative Intervention. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 23(1)*, S. 59-74.

Ziv-Beiman, S., & Shahar, G. (2016). Therapeutic Self-Disclosure in Integrative Psychotherapy: When Is This a Clinical Error? *Psychotherapy, Vol. 53(3)*, S. 273-277.