

Die therapeutische Beziehung diesseits und jenseits des Gewahrseins¹

Jobst Finke
Essen, Deutschland

Aus der in verschiedenen Schaffensphasen von Rogers entworfenen Therapietheorie lassen sich unterschiedliche Beziehungskonzepte ableiten. Deren therapiepraktische Implikationen werden untersucht. Die sich hier ergebenden Widersprüche und die Konsequenzen für die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung werden erörtert. Der expliziten therapeutischen Beziehung wird ein implizites Beziehungsgeschehen mit seinen nichtbewussten Austauschprozessen zwischen Therapeut und Klient gegenübergestellt. Die hier möglichen Beziehungsphänomene, auch die unerwünschten, sowie die Funktion der therapeutischen Resonanz werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Beziehungskonzepte, implizites Beziehungsgeschehen, therapeutische Resonanz

The therapeutic relationship on both sides of awareness. Different relationship concepts can be derived from the therapy theory developed by Rogers in different creative phases. These concept-led forms of relationship are taken under consideration with regard to their practical consequences for therapy. The contradictions and the consequences for the formation of concepts are discussed. The explicit therapeutic relationship is juxtaposed with an implicit relationship with his unconscious exchange processes between therapist and client. The possible relationship phenomena here, even those that are undesirable, are debated. In the context of the therapeutic relationship the function of the therapist's resonance is demonstrated.

Keywords: relationship concepts, implicit relationship, therapeutic resonance

*„Die Fähigkeit zum Gewahrsein [...] kann man sich als die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz vorstellen.“
(Rogers, 1980/1981, S. 78)*

Das Bild von der Klientin und die Vielschichtigkeit der therapeutischen Beziehung

Die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) versteht sich bekanntlich als „Beziehungstherapie“. Im Sinne eines solchen Verständnisses heißt es oft, sie wirke einzig durch die Beziehung, was häufig zu der Redewendung führt, die therapeutische Beziehung sei die Therapie (Auckenthaler, 2008). Eine solche Position könnte allerdings im Extremfall auch dazu führen, die therapeutische Beziehung zu einem Numinosum, zu etwas Geheimnisvollem zu stilisieren, zu etwas, was in seiner Konfiguration eigentlich unsagbar ist, etwas, was nicht trivialisiert werden

sollte dadurch, dass man es hinsichtlich seiner verschiedenen Erscheinungsformen und Wirkweisen untersucht. Dem wäre entgegenzuhalten, dass die therapeutische Beziehung ja z. B. nicht nur durch eine sich vorsprachlich einstellende warmherzige Atmosphäre wirkt, sondern auch durch bestimmte Handlungsweisen bzw. „Sprechakte“ der Therapeutin. Das Tun der Therapeutin, d. h. neben ihrem präverbalen Ausdrucksverhalten die Muster ihres Sprechhandelns, mit denen sie die personzentrierten Grundhaltungen, konstituiert erst eine bestimmte Beziehung. Die drei therapeutischen Kernmerkmale auf der einen Seite und die verbalen und nonverbalen Reaktionen der Klientin auf der anderen sind ein die Beziehung konstituierendes Moment.

Das schließt eben auch den impliziten, d. h. nonverbalen und zum Teil nichtbewussten Dialog zwischen Therapeutin

Jobst Finke, Dr. med., Facharzt für Neurologie-Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin. Ausbilder in GwG und ÄGG. Freie Praxis, Supervision und Selbsterfahrung. Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

¹ Ich danke Heinke Deloch und Silke Birgitta Gahleitner für Anregungen und Korrekturhinweise. Da eine gendergerechte Schreibweise in diesem Text zu erheblichen Leseschwierigkeiten geführt hätte, wird auf das konsequente Gendern verzichtet. Stattdessen wurde für Klient*innen wie auch Therapeut*innen jeweils die weibliche Form gewählt, weil in der Praxis ein deutlich höherer Frauenanteil in beiden Gruppen zu verzeichnen ist.

und Klientin ein. Das Wirken der im Eingangszitat von Rogers (1980/1981) genannten „nichtbewussten organismischen Existenz“ (S. 78) führt zu Phänomenen, die in der PZT kaum thematisiert werden. Gemeint sind Phänomene, die sich erstens nur indirekt bzw. verschlüsselt zeigen und zwar auch in der therapeutischen Beziehung, und die zweitens nicht eindeutig, vielmehr mehrdeutig und manchmal in ihrer Bedeutung auch widersprüchlich sind. Davon soll nachfolgend mehrfach die Rede sein.

Eine therapeutische bzw. eine Beraterbeziehung wird natürlich, wie schon angedeutet, mitbestimmt durch die für eine psychosoziale Beziehungsgestaltung charakteristische Rollenverteilung zwischen HelferIn und Hilfesuchender (Gahleitner, 2020). Der Rolle der HelferIn hat Rogers im Laufe seines Schaffens zwei unterschiedliche und jeweils charakteristische Ausformungen gegeben. In seiner frühen Schaffensperiode war es die Rolle eines Alter Ego der Klientin, in seiner späteren die einer Dialogpartnerin. Diese unterschiedlichen Rollen bedingen auch unterschiedliche Beziehungskonzepte. Es sollen hier drei unterschiedliche, durch die jeweilige TherapeutInnenrolle bestimmte Beziehungskonzepte dargestellt werden: zwei, die von Rogers in ihrer Unterschiedlichkeit ausdrücklich beschrieben wurden, nämlich die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung, sowie zudem die „Beobachterbeziehung“ (s. u.), die zwar von Rogers skeptisch gesehen wurde, die aber nicht ausgeschlossen werden kann, wenn eine Reflexion der Therapeutin auf ihr Tun nicht völlig unterbleiben soll.

In der Literatur der PZT wird das Therapeutin-Klientin-Verhältnis vorwiegend mit dem Blick auf die Therapeutin beschrieben, sie erscheint oft (im Vollzug der drei Kernmerkmale) ganz als Gestalter der therapeutischen Beziehung. Fast von ihr allein scheint es demnach abzuhängen, ob ein optimales Beziehungsklima entsteht. Zwar hat Rogers (1957a/1991, S. 168) in den sechs ausformulierten Therapiebedingungen in Punkt 1, 2 und 6 auch die Klientin thematisiert, indem er die notwendigen Therapiekriterien aufseiten der Klientin beschrieb: Diese sei inkongruent und verletzlich, müsse aber in angemessener Weise kontaktfähig sein, Letzteres auch im Sinne eines angemessenen Wahrnehmens therapeutischer Angebote. Rogers (1977) stellt bezüglich dieses letztgenannten Punktes die entsprechende Einschränkung am Beispiel schizophrener Klientinnen dar, indem er u. a. sagt, dass diese Klientinnen nicht selten eine warmherzige Empathie als bedrohliche Nähe erleben, sodass sie von der Therapie kaum profitierten (ebd., S. 221). Über diese nicht weiter erörterten Hinweise hinaus jedoch ist bei ihm und auch im übrigen personzentrierten Schrifttum im Zusammenhang mit „der Beziehung“ meist nur das konzeptkonforme Beziehungsangebot der Therapeutin gemeint (Höger, 2012). Dieser Feststellung stehen zwar manche Ansätze der empirischen Forschung entgegen, etwa das Bemühen von Eckert, Schwartz und Tausch

(1977) sowie Höger und Eckert (1997), mittels Fragebogen das Erleben der Therapiesitzungen seitens der Therapeutin wie der Klientin zu erfassen, sowie neuere Unternehmungen von personzentrierter Seite (Cornelius-White, Kanamori, Murphy & Tickle, 2018), in einer Metastudie das Ausmaß von realisierter Gegenseitigkeit in der therapeutischen Beziehung zu beurteilen und mit anderen Größen wie dem Therapieergebnis oder der Realisierung der drei therapeutischen Kernmerkmale in Beziehung zu setzen. Aber in therapietheoretischen wie therapiepraktischen Ausführungen wird das Verhalten der Klientin selten differenzierend erörtert und in seinem Zusammenhang mit dem der Therapeutin so zu verstehen gesucht, dass eine lebendige Vorstellung von der Persönlichkeit der Klientin und ihrem Erleben entsteht. Auch wurde die therapeutische Beziehung in ihrer faktischen Vielschichtigkeit und ggf. auch Widersprüchlichkeit nicht eben häufig thematisiert.

Von vielen personzentrierten Therapeutinnen wird das Prinzip der Nichtdirektivität hochgehalten, was konsequenterweise bedeuten müsste, dass der Klientin die alleinige Lenkung des Gesprächs überlassen wird. Jedoch werden eine von der Klientin bewirkte Lenkung und deren mögliche Erscheinungsformen nicht zu einem zentralen Thema in der PZT. Der vielfältige Einfluss der Klientin auf das Beziehungsgeschehen und die möglichen Muster solcher Einflussnahme werden tatsächlich höchstens in Falldarstellungen ansatzweise dargestellt, in theoretisch-konzeptionellen Darstellungen der PZT wird auf die verschiedenen Muster und Formen klientenbedingter Einflussnahmen kaum eingegangen. Die *Klienten-zentrierte Psychotherapie* beschäftigt sich so theoretisch generell eher wenig mit der Klientin als lebendig interagierender, die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess aktiv mitgestaltender Person. Diese Leerstelle in der personzentrierten Theorie hat natürlich nichts mit einer expliziten, z. B. normativen Marginalisierung der Klientinnenrolle zu tun, vielmehr scheint hier so etwas wie das „Bilderverbot“ in der PZT gegenüber der Klientin wirksam zu sein, um eine starke Metapher zu gebrauchen. Gemeint ist damit die Scheu, von der jeweiligen Klientin mit ihren Idealen, Interessen und Neigungen, Idiosynkrasien, Selbstzuschreibungen, Beziehungserwartungen und Widersprüchen (und dies eventuell auch in Verbindung mit ihrer Lebensgeschichte) ein detailliertes Bild zu zeichnen und damit ein Bild eben auch von der „innere[n] Welt des Klienten“, obwohl nach Rogers (1977b, S. 20, 184) die Therapeutin in dieser Welt „wie in seiner eigenen zu Hause sein sollte“, was ja ein entsprechende(s) Bild bzw. Vorstellung von dieser Welt voraussetzt. Die Ausarbeitung eines solchen Bildes jedoch wäre natürlich mit „Wertungen“ verbunden, worunter Rogers nicht nur normative Urteile, sondern Urteilsbildungen jeder Art verstand, eben auch eigentlich wertneutrale (vgl. Rogers, 1951a/1973a, S. 201f.). Denn auch diese Letzteren würden die

Klientin z. B. auf bestimmte Eigenschaften, Persönlichkeitszüge festlegen und ihr so, zumindest virtuell, die Freiheit rauben, eventuell auch ganz anders zu sein. Dies bezieht Rogers zwar explizit nur auf die therapeutische Situation, es scheint aber sein Denken so geprägt zu haben, dass er z. B. zur Einführung seiner Therapiesprache (Transkripte) die Klientinnen nur mit äußerst sparsamen Worten vorstellt.

Natürlich sind Persönlichkeitsporträts immer auch von der subjektiven Resonanz der Therapeutin gezeichnet. So könnte ein weiterer Grund für das genannte „Bilderverbot“ in einem empirisch-positivistischen Wissenschaftsideal zu vermuten sein, das jedes phänomenologisch-hermeneutische Erschließen von Sinnzusammenhängen als „spekulativ“ diskreditiert. Deshalb sollte das personenzentrierte Zeichnen eines solchen Bildes die ständige Bereitschaft zu seiner Korrektur voraussetzen, es sollte also nur unter der Bedingung seiner grundsätzlichen Änderungsbedürftigkeit konzipiert werden. Unter dieser Bedingung aber kann ein solches Bild eine wichtige Hilfe für ein differenziertes personenzentriertes Verstehen der Person aus der Ganzheit ihres Lebenszusammenhangs sein. Es fehlen in der PZT jedoch beispielgebende Vor-Bilder und Beschreibungskriterien für die Darstellung einer Klientin-Person und ihrer inneren Welt. Zwar hat Rogers in seiner Störungstheorie mit dem Inkongruenzmodell ein allgemeines Störungsmuster skizziert, er hat aber davon abgesehen darzustellen, wie sich solche Muster in der inneren Welt einer Klientin oder in ihrem Erleben und Verhalten in zwischenmenschlichen und so auch therapeutischen Beziehungen zeigen könnten. Und so muss schließlich in Achtung des o. g. Vorbehaltes die Klientin in weiten Teilen ein weißer Fleck auf der Landkarte der personenzentrierten Therapientheorie bleiben (und dies gilt auch in Bezug auf eine ausdifferenzierte Störungstheorie). Die nachfolgenden Andeutungen sollen anregen, diesen Fleck vielleicht ein wenig zu verkleinern. Vorarbeiten dazu wurden etwa schon von W. Keil (2018) und S. Keil (2014) geleistet. Entlang des Leitbegriffs einer „hermeneutischen Empathie“ und orientiert am Inkongruenzmodell haben sie methodisch einen Weg zur „inneren Welt“ der Klientin skizziert. Der Autor der vorliegenden Arbeit hat die Inkongruenzdynamik bei den häufigsten Störungen auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte konkreter Klientinnen so beschrieben, dass Entstehung und Wirken der Inkongruenz sowie die sich daraus herleitende Symptomatik der jeweiligen Störung biografisch verständlich werden (Finke, 2019).

Es ist hier auch zu besprechen, dass in der Theorie der PZT zwar die Ebene des Nichtbewussten generell vorgesehen ist, wie bereits das Inkongruenzmodell mit seinem Konzept des nicht oder verzerrt Symbolisierten zeigt. Jedoch kommt diese Ebene in therapie- und beziehungstheoretischer Hinsicht sowohl bei Rogers als auch in den personenzentrierten Diskursen nur selten zu Wort. Wenn wir aber die eingangs zitierte Überzeugung von

Rogers (1980/1981) hinsichtlich der „riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz“ (S. 78) auch für das Beziehungsgeschehen in der Therapie übernehmen, müssen wir davon ausgehen, dass ein großer Teil der interaktionellen Austauschprozesse zwischen Therapeutin und Klientin sich außerhalb oder nur „am Rande des Gewahrseins“ der Akteurinnen vollziehen. Das können Vorgänge sein, die im engeren Sinne „nichtbewusst“ sind oder die wegen der Vielgestaltigkeit der interaktionellen Signale sich der ausdrücklichen Kenntnisaufnahme der Beziehungspartnerinnen entziehen. Das bedeutet auch, dass wir von den therapietheoretisch konzipierten therapeutischen Haltungen, in denen man auch Rollenzuschreibungen sehen kann, die spontanen, oft auch nichtbewussten, d. h. impliziten Zuschreibungen bestimmter Rollenmuster unterscheiden müssen. Die therapiepraktischen Konsequenzen dieser nichtbewussten Ebene der personenzentrierten Beziehung sind also zu erörtern.

Die Asymmetrie der personenzentrierten Beziehung entlang des Alter-Ego-Konzepts

Das Beziehungskonzept des „frühen“ Rogers schloss eine Gleichsetzung der personenzentrierten Gesprächsführung mit einer Alltagskommunikation zumindest de facto konsequent aus. Denn ein wesentlicher Unterschied zur Alltagskommunikation besteht darin, dass die dort übliche spontane Wechselseitigkeit und Gegenseitigkeit der kommunikativen Austauschprozesse ausdrücklich nicht vorgesehen sind. Die hiermit verbundene strikte Vermeidung unbekümmerter Widerrede und unmittelbaren Fragens ist ein Aspekt der Grundmaxime in Rogers' Konzept der Alter-Ego-Beziehung. In „Die klientbezogene Gesprächstherapie“ (Rogers, 1951a/1973a), dem klassischen Gründungswerk der Personenzentrierten Psychotherapie (PZT), soll bekanntlich die Therapeutin bzw. Beraterin das eigene Selbst, „*das Selbst der gewöhnlichen Interaktion*“ (S. 47), „*beiseite stell[en]*“ (ebd.), und „*auf seine Eigenständigkeit verzichten*“ (ebd., S. 52), um sich in der Rolle eines Alter Ego der Klientin ganz einer einzigen Aufgabe zu widmen: die Klientin in ihren „*Einstellungen, Verwirrungen, Ambivalenzen und Wahrnehmungen*“ (ebd., S. 50) verstehend zu begleiten. Die „*mit Interesse gepaarte Unpersönlichkeit des Beraters*“ bzw. der Beraterin, d. h. sein/ihr Bemühen, „*sich als separate [und Stellung nehmende] Person herauszuhalten*“ (ebd., S. 53) soll es der Klientin ermöglichen, angstfrei und ungestört über ihre Gefühle zu sprechen. Hier wird also sehr nachdrücklich der Verzicht ausgesprochen, im Sinne der „*gewöhnlichen Interaktion*“ (ebd., S. 47; alle Hervorh. u. Erg. v. Verf.) mit ihrer beiderseitigen Wechselseitigkeit zu interagieren. Die Therapeutin muss dabei jede unmittelbare Antwortbereitschaft und ihr spontanes

Fragen ganz zurückstellen. Die mit der Alter-Ego-Rolle gegebene Form therapeutischer Interaktion sieht vonseiten der Therapeutin u. a. vor, keine Ratschläge, Ausdeutungen und Beurteilungen abzugeben und mit direkten Antworten auf Fragen nach ihrer Person und ihren Einstellungen zurückhaltend umzugehen, um vielmehr bemüht zu sein, jeweils den Sinn solcher Fragen zu verstehen, anstatt sie direkt zu beantworten. Der Fokus der therapeutischen Intention ist also einzig darauf gerichtet, sich einzufühlen und zu verstehen und das so Verstandene der Klientin angemessen mitzuteilen. Die Therapeutin soll als das „*andere Selbst des Klienten*“ (ebd., S. 196) die Perspektive mal von diesem, mal von jenem Selbstanteil der Klientin übernehmen und so ein inneres Zwiegespräch, das die Klientin ganz mit sich selber hält, initiieren. Durch dieses Vorgehen soll die Klientin befähigt werden, die Abwehr des organismischen Erlebens zunehmend zu lockern, um sich diesem Erleben unbefangener und furchtloser nähern und, indem sie dieses als „das Ihre“ akzeptieren kann, um sich selbst schließlich immer umfassender verstehen zu können.

Die personenzentrierte Beziehung ist hier im Hinblick auf eine „gewöhnliche Interaktion“ durch eine gewisse interaktionelle Einseitigkeit gekennzeichnet, und gerade in dieser konsequenten Einseitigkeit liegt der therapeutische Wert dieser Beziehung. „*Die ganze Beziehung besteht aus dem Selbst des Klienten, der Berater wird zum Zweck der Therapie entpersonalisiert und zum anderen Selbst des Klienten. Diese Bereitschaft auf Seiten des Beraters, sein eigenes Selbst vorübergehend beiseite zu lassen, macht die Beziehung zu etwas absolut Einmaligem*“ (ebd., S. 196; Hervorh. v. Verf.). Diese besondere Einseitigkeit der Interaktion bewahrt auch die Therapeutin eher davor, sich in den Fallstricken einer Rollenkonfusion, wie sie leicht mit einer Alltagskommunikation verbunden sein kann, zu verlieren, und hilft so, die verwirrenden Mehrdeutigkeiten durch das Wirken der „nichtbewussten organismischen Existenz“ etwas zu begrenzen. In der Konsequenz einer solchen Einseitigkeit liegt auch eine ausgeprägte Asymmetrie der therapeutischen Beziehung im Sinne einer klaren Rollendifferenz, insofern es die Aufgabe der einen Person ist, sich einzufühlen und zu verstehen, die der anderen, sich der Selbstexploration hinzugeben. Gerade in dieser eindeutigen Aufgabenverteilung liegt die Professionalität dieser Beziehungsform.

Aber diese Ausführungen zeichnen vielleicht ein zu schematisches Bild, das zu sehr die monadischen Aspekte im Sinne einer „Ein-Personen-Psychologie“ betont und die dyadischen Aspekte dieser Beziehung ausblendet. Ein solches Missverständnis könnte auch mit manchen Darstellungen von Rogers zu tun haben, wenn er etwa betont, dass die Klientin ganz und gar aus ihrem inneren Bezugssystem verstanden werden sollte. Solche Aussagen scheint Rogers aber nicht dogmatisch, sondern eher didaktisch gemeint zu haben, nämlich in dem Sinne,

dass die Therapeutin darauf achten sollte, *zunächst* immer aus dem Bezugssystem der Klientin zu verstehen und auch bei dessen Überschreiten nie die Bezugnahme auf dieses System zu verlieren. Denn tatsächlich führt die Alter-Ego-Beziehung auch bei Rogers in therapiepraktischer Hinsicht nicht nur zu einem vom therapeutischen „Facilitator“ lediglich angeregten Selbstgespräch, das die Klientin in monologischer Abgeschlossenheit mit den verschiedenen Anteilen seines eigenen Selbst halten soll. Zudem legt Rogers (1951a/1973a, S. 114; 1986h/1991, S. 254) zugleich dar, dass die Therapeutin mit ihren Verstehensangeboten der Klientin zeitweise auch voraus ist und so das Selbstverstehen der Klientin um bestimmte Bedeutungsinhalte ergänzt. Auf diese Weise bringt er, eben in Erweiterung eines rein reproduktiven Verstehens, sein eigenes (produktives) Verstehen und damit sein eigenes Bezugssystem ein (Finke, 2019). Und selbst durch ein noch so lediglich subtil Akzente modulierendes „Spiegeln“ der Klientinnenäußerung kommt natürlich auch das Bezugssystem der Therapeutin ins Spiel. Besonders aber, wenn die Therapeutin etwa durch Fragen sein Noch-Nicht-Verstehen bekundet oder sein Interesse und seine Anteilnahme am Erleben der Klientin zum Ausdruck bringt, zeigen sich dialogische Momente auch in der Alter-Ego-Beziehung. Darüber hinaus sind solche Momente durch die bewusste und vor allem die unwillkürliche, nonverbale Kommunikation zwischen Therapeutin und Klientin ohnehin gegeben. Die genannte Asymmetrie der Alter-Ego-Beziehung ist also nicht total und absolut, sondern relativ, d. h., in ihrer Relation zu einer dialogischen Wechselhaftigkeit von Rede und Gegenrede nämlich – kennzeichnend etwa für eine Alltagsbeziehung – ist sie eben asymmetrisch.

Inwieweit ist eine dialogische Psychotherapie möglich?

Die Konzeptualisierung der oben dargestellten Alter-Ego-Beziehung ist kennzeichnend für den eher frühen Rogers bis etwa zum Ende der 1950er-Jahre. Danach begann er, sich detaillierter für die anderen beiden Kernmerkmale zu interessieren: die bedingungsfreie positive Beachtung und die therapeutische Kongruenz. Das erstgenannte Merkmal differenzierte er nun stärker aus, indem er nachdrücklich das warmherzige Engagement, die wertschätzende Zuwendung, das lebendige Interesse und natürlich die anerkennende, bejahende Grundhaltung der Therapeutin betonte. Vor allem aber wurden nun die Echtheit, die Kongruenz, die Selbstübereinstimmung und das reale Zugewandensein der Therapeutin sowie ihr potenzielles Sich-Transparent-Machen hervorgehoben (Lietaer, 2001). Sollte in der Alter-Ego-Rolle die Therapeutin ihr eigenes Selbst „beiseite stellen“, so soll sie es nun einbringen: Wenn es angemessen sei,

sollte die Therapeutin sich selbst öffnen und die eigenen Gefühle und Einstellungen der Klientin mitteilen (Rogers, 1977b, S. 26). Die therapeutische Beziehung soll den Charakter einer „*existentielle[n] Begegnung*“ (ebd., S. 171) „*von Person zu Person*“ (S. 26) haben, bei der es auf das „*reale[] Zugegensein*“ (S. 183) der Therapeutin ankomme und bei dem „*er gänzlich er selbst*“ bzw. sie gänzlich sie selbst ist und „*offen Gefühle und Einstellungen lebt*“ (Rogers, 1977b, S. 182; alle Hervorh. u. Erg. v. Verf.). Die hier zu vollziehende „*Selbstöffnung*“ („*self-disclosure*“) der Therapeutin, wie Carkhuff (1969, z. B. S. 208f.; Hervorh. v. Verf.) dies nannte, soll sich überwiegend auf das Erleben der therapeutischen Situation, weniger auf biografisches Material beziehen.

Aber bedeutet eine von solch dialogischer Wechselseitigkeit getragene Begegnung von Person zu Person – wenn man hier vom üblichen Wortsinn ausgeht – nicht auch, dass die Therapeutin ebenfalls aus ihrem eigenen Bezugssystem die therapeutische Situation versteht und ihre darauf gründenden Einstellungen, Bewertungen und Beurteilungen der Klientin mitteilt? Sollte in der Alter-Ego-Beziehung die Therapeutin „den Klienten [...] sehen, wie er sich selbst sieht“ (Rogers, 1951a/1973a, S. 42), so scheint es doch in der Logik einer Dialogbeziehung, also eines unmittelbaren „*person to person*“, zu liegen, dass die Klientin mit den Augen eines anderen, hier der Therapeutin, gesehen und diese Sichtweise auch kommuniziert wird. Würde so in letzter Konsequenz ein Therapiegespräch resultieren, in dem es zu einem unmittelbaren Austausch und wechselseitigen Abwägen von Meinungen, Urteilen und Wertungen über den jeweils anderen kommt? Wäre dann das Ziel ein Prozess gegenseitiger Verständigung über Verhalten und Charakter der Klientin wie auch, bei voller Gegenseitigkeit, der Therapeutin? Aber ergäbe sich so nicht die Gefahr, dass das therapeutische Unternehmen in einem intellektualisierenden Streitgespräch versanden würde, insofern für eine vertiefte Selbstexploration der Klientin kaum genügend Raum wäre? Hatte in dem berühmten Streitgespräch mit Rogers (Rogers & Buber, 1957/1992) vielleicht doch Martin Buber Recht, wenn er darlegte, dass in einem psychotherapeutischen Gespräch eine dialogische Wechsel- und Gegenseitigkeit gar nicht möglich sei, sofern es noch Therapie bleiben sollte? Wie also hat Rogers die proklamierte „*existenzielle Begegnung von Person zu Person*“ verstanden wissen wollen, und wie hat er selbst sie therapiepraktisch umgesetzt? Hat Rogers die Forderung, dass die Therapeutin in der therapeutischen Situation „*gänzlich sie selbst ist*“, nicht wirklich im Sinne eines vorbehaltlosen Sich-Entäußerns, sondern nur im Sinne einer absolut kongruenten Haltung gemeint? Und sollte diese dialogische Beziehung eines „*person to person*“ nun ganz die Alter-Ego-Beziehung ablösen, oder sollte sie sie nur ergänzen, indem sie als Teilaspekt der personenzentrierten Beziehung zu sehen ist? Zu diesen Fragen hat uns Rogers m.W. keine expliziten Hinweise hinterlassen.

Wir können aber vielleicht eine entsprechende Antwort finden, indem wir uns der Therapiepraxis von Rogers zuwenden. Hier ist auf die beachtenswerten, umfangreichen Studien von Lietaer und Gundrum (2018) zu verweisen, die alle verfügbaren Ton- und Videoaufnahmen sowie Gesprächstranskripte aus den verschiedenen Schaffensperioden von Rogers systematisch analysiert und ausgewertet haben. Danach zeigt sich, dass Rogers in seinem therapeutischen Vorgehen, was Art und Häufigkeit seiner Interventionen angeht, zeitlebens an der Grundausrichtung der Alter-Ego-Beziehung festgehalten hat. Allerdings hat er dabei in seiner „*person to person*“-Periode auch Aspekte einer Dialogbeziehung hinzugefügt. Dies vollzog er therapiepraktisch, indem er Fragen an die Klientin, Fragen zur Verständlichkeit ihrer Äußerung oder zur Bedeutung des von der Klientin Gesagten in die Form von „*Ich-Botschaften*“ (Gordon, 1970/1972) kleidete. Typische Äußerungen sind hier (teilweise verkürzte Wiedergabe):

T: Ich bin nicht sicher, ob ich jetzt die richtigen Worte gefunden habe.

T: Ich weiß noch nicht, was Ihre eigentliche Frage ist.

T: Ich frage mich, ob Sie die Antwort nicht schon kennen.

Zum anderen hat er meist nur von einer Dimension des *Selbstöffnens* Gebrauch gemacht, bei der es um eine Förderung des positiven Selbstwerterlebens geht durch Bekunden von Anerkennung und Wertschätzung, Ermutigung und Zuwendung sowie Interesse und Sorge (Finke, 2008, 2019). Typische Äußerungen von Rogers dafür sind:

T: Meine ganze Aufmerksamkeit gilt jetzt Ihnen und Ihrem Interesse weiterzumachen.

T: Ich freue mich, dass Sie trotz allem gekommen sind.

T: Ich bin an allem interessiert, was Sie angeht.

Dagegen finden sich kaum hinterfragende (z. B. „*Ich an Ihrer Stelle hätte aber ...*“), Verwundern, Enttäuschung, Kränkung, aber auch Bedauern und Selbstkritik der Therapeutin ansprechende, ebenso dessen situationsbedingte Zwiespältigkeit und Irritation thematisierende Äußerungen, die damit auch eine gewisse Intimität der Beziehung anzeigen würden. Inhaltlich ist also das *Selbstöffnen* bei Rogers auf den eher unproblematischen, d. h. weniger konfliktträchtigen Bereich dieses Merkmals begrenzt. Das ist zumindest insofern nicht zu kritisieren, als jene „*konfliktträchtige*“ Art des *Selbstöffnens* grundsätzlich sehr zurückhaltend zu handhaben ist und viel an Behutsamkeit und Umsicht bezüglich des Zeitpunktes und der Belastbarkeit der Beziehung voraussetzt, worauf auch Lietaer (2001) mit Nachdruck hinweist. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang jedoch auch zu sagen, dass in dem genannten Material von Lietaer und Gundrum (2018) unter der Rubrik „*confrontation*“ auch Äußerungen aufgeführt werden, in denen Rogers die Klientin mit Widersprüchen bzw. Diskrepanzen im Erleben konfrontiert:

T: Nun tun Sie wieder, was Sie vermeiden wollten.

T: Sie möchten eine gute Mutter sein, aber Ihr aktuelles Gefühl ist anders.

Ein solches *Konfrontieren* ist zwar prinzipiell dialogisch angelegt, insofern es auf dem Hintergrund des Bezugssystems der Therapeutin erfolgt, d. h., die Therapeutin „diagnostiziert“ hier aus ihrer eigenen Perspektive den Widerspruch von Aussage und Handeln oder von verbalen und nonverbalen Signalen (Carkhuff, 1969). Dem *Selbstöffnen* formal zuordnen könnte man es aber dann, wenn die Therapeutin auch ihre eigene damit eventuell verbundene emotionale Betroffenheit zum Ausdruck bringen würde, z. B.:

T: Es macht mich ziemlich traurig, dass Sie nun wieder das tun, was Sie vermeiden wollten.

Ein *Selbstöffnen* im oben angedeuteten „schwierigen“ Sinne, bei dem die Therapeutin in ernsthafter Absicht, Beziehungskonflikte zu klären, ihr eigenes, sehr persönlichkeitsnahes Erleben anspricht, setzt meist ein tieferes, beiderseitiges Vertrauen und Wissen umeinander voraus. Eine solche Voraussetzung dürfte in der Regel eher in einer längeren Therapie gegeben sein, in der sich deshalb auch zunehmend stärker emotionsbestimmte, von rationaler Kontrolle eher entbundene „irrationale“ Beziehungsphänomene zeigen. Da diese gerade deswegen aber auch mehrdeutig sein können, ist mehr Zeit erforderlich, sie gemeinsam mit der Klientin zu klären. Rogers hat aber, abgesehen von einem Fall (Mrs. Oak, 47 Stunden), nur (Einzel-)Therapien von unter 30 Stunden durchgeführt (Auskunft von Germain Lietaer). Dies ist eine geringe Dauer, wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Dauer von Personenzentrierter Psychotherapie in Deutschland nach Eckert (2006) 69 Stunden beträgt bzw. betrug. Eckert (ebd.) macht dabei geltend, „dass Behandlungen, die nur rund ein Drittel der in der Praxis aufgewendeten Zeit brauchen, das Wirksamkeitspotential des Verfahrens nicht ausschöpfen“ (S. 272).

Die Therapeutin als Teilnehmerin und Beobachterin der therapeutischen Interaktion

Wendet man das von Rogers beschriebene Inkongruenz-Modell auf die Selbstexploration der Klientin in der therapeutischen Beziehung an, so muss man auch hier von Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten im Verlauf des therapeutischen Prozesses ausgehen. Diesen sich widersprechenden Phänomenen hat sich die Therapeutin, sofern sie sie wahrnimmt, natürlich mit jeweils gleichem anerkennendem Interesse und Bemühen um Verstehen zuzuwenden, wobei sie gegenüber diesen divergierenden Tendenzen jeweils eine wohlwollend unparteiische Haltung einzunehmen versucht. So überlässt sie der Klientin

die Entscheidung darüber, welcher Seite der Inkongruenz sie bei der Selbstexploration im Augenblick den Vorrang einräumt. Anfangs mag sich die Therapeutin zwar etwas mehr auf die Seite des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstideals der Klientin stellen, indem sie aus dem (bewussten) Bezugssystem der Klientin heraus versteht und antwortet, um „*die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren)*“ (Rogers, 1977b, S. 184). Dadurch fühlt sich die Klientin in ihrem Selbstverständnis nicht sofort infrage gestellt und entsprechend verunsichert, vielmehr von der Therapeutin sehr verstanden und so auch ermutigt, das eigene Erleben noch genauer zu erforschen. Sobald sich aber eine tragfähige Beziehung etabliert hat und die Klientin dem Prozess einer zunehmenden Selbstexploration vertraut, wird die Therapeutin in anerkennender Weise auch Aspekte des bisher kaum symbolisierten und abgewehrten organismischen Erlebens beachten und behutsam ansprechen. Damit ist die Therapeutin der Klientin im Prozess des Verstehens meist ein wenig voraus: „*Und gelegentlich gehe ich einen Schritt voran, wenn ich den Weg deutlicher sehe, auf dem wir uns befinden*“ (Rogers, 1986h/1991, 254). Rogers formuliert hier also den Anspruch, zumindest „gelegentlich“ die Klientin besser zu verstehen, als diese sich selbst versteht – ein Anspruch freilich, der heute für viele Personzentrierte Therapeutinnen, abgesehen von sehr „nichtdirektiv“ eingestellten, selbstverständlich sein dürfte (Keil & Stumm, 2018a). Nach einer auf diese Weise Aspekte des organismischen Erlebens „am Rande des Gewahrseins“ ansprechenden Intervention aber wird sich der Therapeut auch wieder akzeptierend den selbstkonzeptgeleiteten Aussagen der Klientin zuwenden. Sie arbeitet hier also mit verschiedenen, wenigstens mit zwei Persönlichkeitsanteilen (Behr et al., 2017; Keil & Stumm, 2018b), nämlich den selbstkonzeptbezogenen und den die organismischen Bedürfnisse repräsentierenden. Dabei versteht sie sich als Vermittlerin, als Mediatorin beider Anteile und bezieht deshalb gegenüber beiden Anteilen eine gewissermaßen überparteiliche Position. Die Therapeutin ist also nicht der Person der Klientin als ganzer gegenüber „unparteiisch“, vielmehr begegnet sie ihr mit „reflektierter Parteilichkeit“ (Gahleitner, 2005, S. 96, 98), er ist unparteiisch nur gegenüber ihren divergierenden Persönlichkeitsanteilen.

Allerdings ist das konsequente Durchhalten einer so verstandenen Überparteilichkeit im Prozess der psychotherapeutischen Interaktion keineswegs eine Selbstverständlichkeit. Denn die eingangs zitierte Metapher von Rogers (1980/1981, S. 78), der zufolge der Bereich des Gewahrseins nur die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz ist, gilt besonders für die zwischenmenschliche Beziehung, auch für die therapeutische. Deshalb ist es naheliegend, auch bei der Letzteren immer zwei Ebenen zu unterscheiden, die

explizit gestaltete sowie erlebte Beziehung und die nicht bewusste sowie nicht explizit intendierte Beziehungsebene, auf der sich Beziehungsphänomene auch entgegen der ausdrücklichen Absicht der Akteurinnen gestalten können. Die nonverbalen, emotional-interaktionellen Austauschprozesse in einer Beziehung sind also zu einem größeren Teil als sich außerhalb des Gewährseins vollziehend anzunehmen. Das bedeutet aber nicht auszuschließen, dass in den spontanen, weitgehend nicht bewussten Austauschprozessen die Therapeutin unbemerkt zur Parteinahme verführt wird. Dabei kann sie trotz ihres Vorsatzes zur Überparteilichkeit gegenüber divergierenden Tendenzen und Bedürfnissen der Klientin sich überdauernd z. B. mit dem Selbstideal der Klientin verbünden und dadurch die Anerkennung organismischer Bedürfnisse erschweren oder gar völlig blockieren. Er/sie kann auch dazu neigen, sich unbemerkt einseitig mit den Klagen der Klientin zu identifizieren und nur die ärgerlichen Einengungen der überfürsorglichen Mutter zu sehen, ohne zu bemerken, wie sehr die Klientin solche vereinnahmende Fürsorglichkeit auch herausfordert. In empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass es nur sehr erfahrenen Therapeutinnen gelingt, dem Aufforderungscharakter von vor allem nonverbal vermittelten emotionalen Botschaften der Beziehungspartnerin (bzw. Klientin) nicht zu entsprechen (Merten & Krause, 2008). Die hiermit gegebene Gefahr einer nichtbewussten Übernahme des spontanen Rollenangebots der Klientin (z. B. die Rolle der Verbündeten mit dem gegen paternalistische Ungerechtigkeit oder mütterliche Vereinnahmung Kämpfenden) dürfte besonders in einer Therapie gegeben sein, in der das spontane, nicht durch Prozess- und Zielplanungen zu beeinträchtigende Beziehungsgeschehen betont wird. Deshalb erscheint es hier notwendig, dass die Therapeutin ihre eigenen Einstellungen und auch ihr eigenes Interaktionsverhalten, aber natürlich auch das der Klientin, kritisch beobachtet. Gefordert ist genau dieser kritische Blick, der nüchtern reflektierend fragt, „was geschieht hier eigentlich zwischen uns?“ Man braucht es ja nicht gleich mit Freud (1912/1975) zu halten, der seinen Kolleginnen riet, ihr „menschliches Mitleid beiseite“ (S. 175) zu drängen, und selbst „Gefühlskälte“ (ebd.) empfahl, um eine nüchterne, objektive Beurteilung der therapeutischen Situation nicht zu gefährden (es waren allerdings wohl auch wissenschaftspolitische Erwägungen gewesen, die Freud zu einer so harschen Formulierung führten). Für Personenzentrierte Therapeutinnen genügt es, während der therapeutischen Interaktion immer einmal wieder für kurze Augenblicke zu sich selbst und den eigenen Gefühlen in die reflektierende Distanz kritischer Beobachterinnen zu treten.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, Rogers (1977b) lehnte die Rolle eines reflektierenden Beobachters in der Psychotherapie ab, indem er sagte, „*dass wir in eben dem Maße, in dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen*

nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler“ (S. 171; Hervorh. v. Verf.). Im Anschluss an diese Äußerung deutet Rogers allerdings an, diese Zurückweisung einer Zuschauer- bzw. Beobachterrolle nur auf die unmittelbare therapeutische Situation, nicht auf die Therapie als gesamten Verlauf zu beziehen, was im Prinzip der hier vertretenen Position entspricht. An anderer Stelle allerdings begründet Rogers (1961a/1973b, S. 210f.) seinen Einwand gegen die Beobachterrolle damit, dass bei einer von emotionaler Distanz und Absage an Anteilnahme geprägten „nüchternen“ Beobachtung, besonders bei der wissenschaftlichen Beobachtung, der Mensch zum Objekt gemacht würde und als ein solches manipulierbar sei. Nun soll aber in der *Beobachterbeziehung* die Therapeutin auch sich und ihr Verhalten selbst zum Objekt machen, indem sie sich in der Selbstbeobachtung kritisch prüft, ob sie vielleicht in nichtbeabsichtigter Weise ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend tatsächlich die Klientin manipuliert. Auf der anderen Seite soll sie natürlich auch die Klientin daraufhin beobachten, ob diese sie, die Therapeutin, „manipuliert“ (und zwar mit einem für die Klientin letztlich dysfunktionalen Ergebnis), was beide in der Spontanität des „Mitspielens“ und der gegenseitigen unbewussten Rollenzuschreibungen vielleicht zunächst gar nicht bemerken. Das „Mitspielen“ und das Beobachten schließen hier einander nicht aus, sondern sie stehen zueinander in einem polaren Ergänzungsverhältnis; man könnte auch sagen, ihr scheinbarer Gegensatz ist ein dialektischer, der in einer Art Synthese „aufgehoben“ werden muss.

Nun ist es nicht schon ein therapeutischer Fehler, wenn die Therapeutin anfangs die von der Klientin angebotene Rolle übernimmt, zumal sie diese Rollenübernahme oft zunächst gar nicht bemerkt. Bemerkt sie sie aber auf Dauer nicht, kann eine Art der Allianz entstehen, die mögliche dysfunktionale Interaktionsmuster der Klientin verstärkt. Nehmen wir das Beispiel eines Therapeuten, der sich durch das Rollenangebot einer Klientin dazu verführen lässt, sich als ihr Retter zu fantasieren. Die Klientin beklagt z. B. eine wegen der beruflichen Vielbeschäftigung ihres Mannes als Manager in einem Industrieunternehmen trostlose Ehesituation mit chronischen Vernachlässigungserfahrungen und gibt zugleich zu verstehen, wie wunderbar beachtet, wertgeschätzt und zutiefst verstanden sie sich durch den Therapeuten fühlt. Bleibt der Therapeut überdauernd mit dieser ihm angetragenen Rolle eines idealen Therapeuten (und implizit eventuell auch eines idealen Partners) identifiziert, so verhindert er u. U. eine Selbstexploration der Klientin zugunsten einer ausschließlichen Beschäftigung mit dem enttäuschenden Ehemann. Außerdem wehren beide in diesem Zusammenspiel etwas ab, er in dem Sich-bewundern-Lassen seine geheimen Versagensängste, sie ihr Bedürfnis, selbst bewundert zu werden. Diese von Analytikerinnen beschriebene interpersonelle Abwehrform der „Kollusion“ hat

inzwischen auch Eingang in das personzentrierte Schrifttum gefunden (Danner, 2005).

Das „gute Einvernehmen“ zwischen Therapeutin und Klientin ist sicher oft für viele Phasen eines Therapieprozesses hilfreich. Die Therapeutin muss sich dabei aber auch fragen, ob gerade dabei nicht bestimmte Entwicklungsziele der Klientin, die aktuell ihrem Gewahrsein vielleicht kaum zugänglich sind, unbeachtet bleiben. Denn dies ist doch die Botschaft der personzentrierten Störungstheorie, dass nämlich wichtige Aspekte des Erlebens, da nicht oder nur verzerrt symbolisiert, der Klientin selbst verborgen sein können, und diese sich selbst deshalb missversteht (Rogers, 1959a/1987, S. 51ff.) und so eben nicht in jeder Hinsicht und in jeder Situation die bestverstehende Expertin ihrer selbst ist. Hier der Klientin u. U. im Verstehen korrigierend „voraus“ (Rogers, 1951a/1973a, S. 114) zu sein, gehört zu dem, was man die therapeutische Verantwortung nennen könnte (auch für diese „Verantwortung“ dürfte die o.g. Dialektik gelten).

Dauert das oben im Beispiel angedeutete spontane, unwillentliche, anteilnehmende „Mitspielen“ hier allerdings nur eine kurze Zeit, um sodann reflektierend beobachtet zu werden, kann dies insofern „produktiv“ sein, als der Therapeut auf dem Hintergrund seiner unmittelbaren Resonanz als Mitspieler bzw. Teilnehmer ein besonders eindrückliches Bild der „inneren Welt“ (auch der nichtbewussten) der Klientin erhalten kann, z. B. hinsichtlich deren Beziehungserwartungen und ihrer Art, diese zu kommunizieren, der Abwehr ihrer Selbstwertzweifel oder der möglichen Ambivalenz ihrer Nähe-Sehnsucht. Bei diesem Vorgehen würde es sich übrigens annähernd um das handeln, was der Analytiker Lorenzer (1970/1976) das „szenische Verstehen“ (S. 138–194) nannte, bei dem die Klientin sich (unbewusst) zu erkennen gibt durch eine bestimmte Szene im Interaktionsgeschehen, die als eine für sie charakteristische Interaktionsform eine Reinszenierung von früheren Beziehungserfahrungen und -erwartungen darstellt.

Die Beobachterposition wiederum ist im konkreten Therapieprozess natürlich nur ein Moment dieses Prozesses, ein anderes ist eben die Mitspieler- oder Teilnahmeposition. Die Therapeutin muss dabei ständig zwischen Beobachter- und Teilnehmerposition oszillieren. Schwieriger ist es, beides als „teilnehmende Beobachterin“ gleichzeitig zu vollziehen. In jedem Falle muss die Therapeutin eine Art Spaltung zwischen ihren beobachtenden und „mitspielenden“ Selbstanteilen realisieren. Bei der therapeutischen Bearbeitung einer Situation wie der o. g. geschieht diese beziehungsreflektierende Bearbeitung auf einer bereits vollzogenen Synthese von Beobachter- und Mitspielerposition. Die Position der Beobachters ist von der Therapeutin aber auch gefordert, wenn sie z. B. zu beurteilen hat, ob die Klientin hinsichtlich ihrer „Selbststruktur“ emotional belastbar genug ist, um abgewehrte, noch kaum symbolisierte Bedürfnisse anzusprechen. Oberreiter (2019) sprach in diesem

Zusammenhang von der Notwendigkeit einer „strukturelle[n] Empathie“.

Aber wie soll der Vollzug dieser Synthese therapiepraktisch aussehen, und – noch spezieller gefragt – wie soll die Therapeutin ihre Beobachtung und die darauf gründende Beurteilung der Klientin so mitteilen, dass diese Mitteilung für die Klientin auch weiterführend ist? Dazu hat Gendlin (1968/2002) wichtige Hinweise gegeben (Deloch, 2019). Er führt aus, dass es nicht genügt, wenn die Therapeutin die Klientin mit ihrer Beobachtung und der Resonanz, die die Klientin in ihr auslöste, konfrontiert, stattdessen muss sie der Klientin helfen, ihrer z. B. dysfunktionalen Interaktionsmuster nicht einfach beschämt gewahr zu werden, sondern diese in ihrer konstruktiven Funktionalität, die sie früher einmal hatten und die sie jetzt in bestimmter Hinsicht vielleicht noch immer haben, erleben zu können. Ihr dysfunktional erscheinendes Beziehungserleben soll die Klientin nicht abrupt ändern müssen, sondern in konstruktiver Weise weiterentwickeln (Gendlin, 1968/2002). Die Therapeutin müsse hier so auf die Klientin reagieren, „*dass die gegenwärtige Interaktion in einer Art und Weise fortgesetzt wird, die über das alte Muster hinausgeht*“ (Gendlin, 1996/1998, S. 448; Hervorh. v. Verf.). Das könnte im o. g. Fall bedeuten, dass der Therapeut zunächst z. B. die Idealisierung seiner Person per *Beziehungsklären* hinterfragt (s. u.), um sodann mit der Klientin zu erkunden, was ihr Idealisierungsbedürfnis für sie in verschiedenen Erlebenskontexten bedeutet, auch hinsichtlich der Möglichkeiten ebenso kreativer wie realisierbarer Lebensgestaltung, und welche Weiterentwicklung der Interaktionsmuster sich daraus ergeben könnten. Seine Idealisierung durch die Klientin ansprechend, aber noch nicht hinterfragend, könnte er z. B. sagen:

T: Sie scheinen die Beziehung zu mir als etwas ganz Besonderes zu erleben, etwas, wonach Sie sich schon lange gesehnt haben.

T: (nun tendenziell hinterfragend): Wenn Sie bei mir einen Fehler oder eine Schwäche entdecken würden, wäre das wohl sehr enttäuschend für Sie?

Diese formelhafte Zusammenfassung eines längeren Prozesses könnte suggerieren, die Therapeutin steuere formal und vor allem inhaltlich sehr strikt diese „Weiterentwicklung“. Diese soll sich jedoch aus den subtil zu befragenden Erlebensmomenten der Klientin selbst ergeben (Deloch, 2010), was hier nicht im Einzelnen dargestellt werden kann.

Die therapeutische Beziehung als Thema der Therapie

Die Auseinandersetzung der Klientin mit ihrem eigenen Selbst kann, vor allem bei längerer Therapiedauer, auch zu einer solchen mit der Person der Therapeutin führen, und zwar in einer

expliziten Weise, implizit findet sie ohnehin meist von Beginn an statt. Das aber bedeutet, dass die therapeutische Beziehung selbst zu einem Thema der Therapie wird. Eine explizite Thematisierung der therapeutischen Beziehung vonseiten der Klientin zeigt sich z. B. in Fragen nach dem beruflichen oder privaten Leben der Therapeutin, in Anerkennungsbekundungen oder Kritik und Klagen, aber auch in Form von Beziehungsanspielungen (Finke, 2019), wobei die Letzteren einen Übergang zur impliziten Beziehungsthematisierung darstellen. Solche Phänomene legen vonseiten der Therapeutin u. a. den Einsatz des Praxismerkmals *Beziehungsklären* („immediacy“ bei Carkhuff, 1969, z. B. S. 192f., 211) nahe. Letzteres führt zu einer Betonung des interaktionellen Aspektes in der PZT (Kessel & Linden, 1993; Kessel & Lietaer, 1998; Finke, 2019). Die Therapeutin nimmt hier eine Zwischenstellung zwischen der Position eines Alter Ego und einer Dialogpartnerin ein. Hatte Rogers (1951a/1973a, S. 42) in Bezug auf die Alter-Ego-Rolle gesagt, es gehe darum, die Welt mit den Augen der Klientin zu sehen, so muss die Therapeutin beim *Beziehungsklären* sich selbst mit den Augen der Klientin sehen. Die Therapeutin kommt also explizit als Person ins Spiel (implizit war er dies von Anfang an). Dieser Blick auf das Beziehungsgeschehen aus der Sicht der Klientin, das explizite wie aber auch das implizite, hat zur Folge, dass die Therapeut-Klient-Interaktion „verwickelter“ erscheint, als es ein konventionell festgelegtes Rollenverhältnis von Therapeutin und Klientin zunächst nahelegt. Das kann auch bedeuten, dass im Laufe eines längeren Therapieprozesses der Eindruck einer gewissen Uneindeutigkeit der therapeutischen Situation entsteht (was u. U. eine intensive Supervision nahelegt). Aber dies ist nicht nur hinzunehmen, sondern als unerlässliche Aufgabe zu sehen, wenn man es mit dem Konzept einer „Beziehungstherapie“ ernst meint und somit das beiderseitige Beziehungserleben auch in seiner Ambivalenz und Widersprüchlichkeit zu verstehen sucht.

Im vorigen Abschnitt war das Beziehungsklären als Interventionsform schon angesprochen worden. In Bezugnahme auf das in diesem Zusammenhang oben dargestellte Beispiel könnte der Therapeut in diesem Sinne fortfahren:

T: Sie scheinen in mir einen Menschen von besonderer Güte und Einfühlungsfähigkeit zu sehen.

T: Sie könnten mir nur vertrauen, wenn Sie mich ganz ohne Fehl und Tadel sehen können.

Der Therapeut würde hier also auf die Idealisierung seiner Person, aber andeutungsweise auch schon auf die Zuweisung der Rolle des großen Heilers und idealen Partners hinweisen. Solche Äußerungen implizieren auch bereits einen konfrontierenden und damit tendenziell einen beschämenden Aspekt, da hier auf eine „Schwäche“ bzw. ein Merkmal hingewiesen wird, das unvereinbar sein kann mit der Vorstellung von einer

„autonomen Person mit gesundem Menschenverstand“. Um eine solche Beschämung abzumildern, kann es sinnvoll sein, auch ein mögliches Motiv der angesprochenen Beziehungserwartungen zu nennen, was der Klientin auch das Selbstverstehen und die Akzeptanz ihrer „irrationalen“ Bedürfnisse erleichtern kann:

T: Vielleicht ist es Ihr Erleben von Zurückweisung und Nichtbeachtung, was Sie dazu bringt, sich nach dem ganz anderen zu sehnen und in manchen Menschen nur das Gute sehen zu wollen. Deshalb auch würden Sie es vielleicht nur schwer ertragen, bei mir auch Fehler zu entdecken.

Das Klären der auf die Therapeutin gerichteten Gefühle und Wünsche soll der Klientin natürlich ermöglichen, sich generell mit diesen Gefühlen und Erwartungen auseinanderzusetzen, mit ihren lebenspraktischen Konsequenzen, mit den Möglichkeiten der Erfüllbarkeit der Wünsche, aber auch mit ihren Ursprüngen in der Lebensgeschichte. Doch auch die Therapeutin wird ihr Erleben der therapeutischen Situation, ihre diesbezügliche „nichtbewusste organismische Existenz“, zu klären versuchen. Um dem nachzuspüren, inwieweit sie dazu neigen könnte, die von der Klientin angebotene Rolle zu übernehmen, wird die Therapeutin natürlich auch ihre eigene Resonanz befragen. Tut es dem Therapeuten im Fallbeispiel allzu gut, als ein so empathiebegabter Mensch gesehen zu werden, und hat er genau dies vielleicht auch unwillkürlich der Klientin signalisiert? Und ist es ihm auch keinesfalls unlieb, von der auch physisch attraktiven Klientin als idealer Partner fantasiert zu werden? „Das Tun des Einen [ist] das Tun des Anderen“ (Hegel, 1807/1952, S. 147; Erg. v. Verf.), dieses berühmte Hegel-Wort von der Gegenseitigkeit in Beziehungen kann natürlich nicht in naiver Direktheit als unmittelbare Erklärungsformel für jede Beziehungssituation herhalten, aber es impliziert eine Frage, die die Therapeutin sich bei der Betrachtung des Verhaltens ihrer Klientin immer wieder stellen sollte. So sollte sie besonders im Rahmen des Beziehungsklärens auch die Klientin immer wieder einmal fragen: „Was an meinem Verhalten ist es, das Sie zu dieser Einstellung mir gegenüber, zu dieser Vorstellung von mir gebracht hat?“ Die Therapeutin räumt damit ein, dass es nicht nur das Problem der Klientin ist, solche Fantasien auf sie, die Therapeutin, zu projizieren, sondern dass Letztere möglicherweise zu den Beziehungsfantasien und Projektionen der Klientin beigetragen hat. Dieses Erleben der gemeinsamen Beziehungsreflexion kann für die Klientin im Fallbeispiel auch eine bedeutsame „korrigierende emotionale Erfahrung“ („corrective emotional experience“; Alexander & French, 1946, v. a. S. 66–70) sein.

Wenn Rogers (1951a/1973a, S. 47) der Therapeutin empfiehlt, ihr eigenes Selbst beiseitezustellen, um ganz in der Rolle eines Alter Ego der Klientin aufzugehen und damit eine

asymmetrische und einseitige Beziehung zu etablieren, so kann dies auch ein gewisser Schutz sein, sich nicht in den Unübersichtlichkeiten unwillentlicher (und ggf. dysfunktionaler) Gegenseitigkeiten zu verstricken. Aber eine Fixierung auf das Konzept der Alter-Ego-Beziehung kann auch den Blick dafür trüben, dass sich trotz eines konzeptkonformen Verhaltens der Therapeutin gewissermaßen unterhalb der Ebene der expliziten Beziehung ein nicht intendierter, impliziter, also nicht symbolisierter gegenseitiger Austausch von Erwartungen und Bedürfnissen herausbildet. Denn auf der Seite der Therapeutin wie der Klientin werden sich nach einer gewissen Zeit Fantasien um die Person der jeweils anderen einstellen. Wie die Person wohl im Beruf zurechtkommt? Wie sie sich einem Chef oder Ehepartner*in gegenüber in dieser oder jener Situation verhalten mag? Welche Beziehung man mit ihr gehabt hätte, wenn sie der/die eigene Bruder/Schwester oder Sohn/Tochter gewesen wäre? Bei einer Klientin mag sich der männliche Therapeut plötzlich bei Fantasien um deren durchaus reizvolles Aussehen und der Vorstellung, sie als Partnerin/Ehefrau zu haben, ertappen (Zach, 2015). Auf der anderen Seite wird sich in analoger Weise die Klientin mit der Person der Therapeutin befassen und zwar sowohl auf der bewussten wie auch auf einer weitgehend nichtbewussten Ebene. Dabei wird es zu einem oft unbemerkten, sich rein nonverbal vollziehenden Abgleichen der gegenseitigen Erwartungen kommen, die natürlich auch durch die jeweiligen lebensgeschichtlich bedingten Beziehungserfahrungen geprägt sind.

Die sich hierbei jenseits des Gewährseins vollziehenden quasi dialogischen Austauschprozesse können therapieförderlich, aber auch therapieblockierend sein. Entspricht die Therapeutin, oft unbemerkt, zu sehr den impliziten Erwartungen der Klientin, unterstützt sie damit u. U. dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen der Klientin. Reagiert die Therapeutin hier sehr verhalten oder gar abweisend, könnte die Klientin sehr verängstigt oder gar abwehrend reagieren.

Der Doppelsinn der „Dinge“ als Problem der Personzentrierten Therapie

Bei der Begegnung von Therapeutin und Klientin ist immer auch zu fragen, in welcher Hinsicht die Einstellungen und das Verhalten der Therapeutin von den Einstellungen und Erwartungen der Klientin beeinflusst werden. Auf welche Rollenangebote der Klientin reagiert sie spontan gern entgegenkommend, „mitspielend“, auf welche eher nicht? Therapeutinnen neigen meist dazu (und sie verhalten sich in der PZT damit ja auch konzeptkonform), den Erwartungen und Vorstellungen der Klientinnen von einer idealen Therapeutin zu entsprechen, warmherzig, einführend, geduldig, vor allem bedingungsfrei

positiv beachtend zu sein. Durch die auch nonverbal kommunizierten Botschaften der Klientin, in der Therapeutin eine solche Idealgestalt gefunden zu haben, könnte sich die Therapeutin ebenso geschmeichelt wie motiviert fühlen, noch stärker dem Therapeutinnen-Ideal der Klientin zu entsprechen. Das aber könnte wiederum die Klientin motivieren, ihrerseits für die Therapeutin eine ideale Klientin, überhaupt eine ideale Partnerin zu sein und alles daran zu setzen, die Therapeutin in dieser Hinsicht nicht zu enttäuschen. Gerade das könnte sie daran hindern, jene Aspekte ihres organismischen Erlebens gewahr werden zu lassen, die mit ihrem Selbstkonzept, insbesondere mit ihren Selbstidealen, und eben auch mit den bei der Therapeutin vermuteten Idealen wenig vereinbar sind. Die Klientin könnte „unterschwellig“ befürchten, die Achtung und unbedingte Wertschätzung ihrer vermeintlich ihrerseits so hohen Idealen verpflichteten Therapeutin zu verlieren, wenn sie bei sich z. B. Gefühle von Neid, Rivalität und Missgunst explorieren würde. So könnte sich die wechselseitige narzisstische Bestätigung und Idealisierung auf die Selbstexploration der Klientin und damit die Therapie überhaupt negativ auswirken. Dies weist noch einmal darauf hin, wie sehr die auch von ihrem Werterleben geprägte Resonanz der Therapeutin die Klientin im Guten wie im Schlechten beeinflussen kann, auch wenn dies nicht willentlich kommuniziert wird. Im guten Falle würde die Klientin durch die bedingungsfreie Akzeptanz der Therapeutin zur Selbstexploration ermutigt, im schlechten Falle würde sie gerade durch die beeindruckende Toleranz der Therapeutin abgeschreckt, bei sich selbst gegenläufige Gefühle z. B. von Intoleranz, Ressentiment und Rachsucht zu explorieren.

Die „Dinge“, hier also das gegenseitige Bemühen um Achtung und Anerkennung in der Begegnung, haben also einen zweifachen, oder besser, einen zwiespältigen Sinn, sie implizieren die Möglichkeit zur guten, aber auch zur gegenteiligen Entwicklung. Auch eherne Therapieprinzipien können ihre zwei Seiten haben, eine intendierte und eine nicht beabsichtigte. Dass auch in anderer Hinsicht die „Dinge“, z. B. die verbalen und nonverbalen Äußerungen der Klientinnen, oft nicht so sind, wie sie scheinen, dass sie einen Doppelsinn haben, einen expliziten und einen impliziten, einen verfälschten und einen wahren, ist eigentlich schon durch das Inkongruenzmodell vorgegeben. Denn wenn Rogers (1959a/1987, S. 31) ausführt, das Selbstkonzept werde vor einer Infragestellung geschützt, indem bestimmte Aspekte des organismischen Erlebens nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden, bedeutet das ja, dass die entsprechende Person ein falsches Bild, eine unzutreffende Vorstellung von sich selbst hat. Sie täuscht sich also über sich selbst, sie ist anders, als sie sich selbst und oft auch anderen erscheint. Auch das Eingangszitat von Rogers (1980/1981) zu diesem Beitrag, dem zufolge die Fähigkeit zum Gewährsein nur „die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster

organismischer Existenz“ (S.78) sei, legt nahe, in der bewussten Selbstwahrnehmung nur einen fragwürdigen Zeugen des wahren Selbst zu sehen.

Nun wollte sich Rogers in seiner Therapietheorie aber gerade von einer Enthüllungshermeneutik, wie sie wohl in der frühen Psychoanalyse gepflegt wurde und durch die die Klientin in der Verfälschung ihrer Selbstwahrnehmung entlarvt werden sollte, abgrenzen. Er hat eine detektivische Suchhaltung, bei der die abgewehrten, „wahren“, meist beschämenden Motive oder Bedürfnisse der Klientin „aufgedeckt“ werden sollen, strikt zurückgewiesen. Vielmehr hat er sehr die Anerkennung des offensichtlichen, expliziten Sinns der Klientinnenaussage betont, wenn er z. B. von der Klientenzentrierten Therapeutin „eine ‚leichtgläubige‘ Haltung [...] [forderte], bei der der Klient so akzeptiert wird, wie er sich mitteilt, ohne dass der Therapeut insgeheim den Verdacht hegt, der Klient sei im Grunde ganz anders“ (Rogers 1977b, S. 24; Erg. v. Verf.). Die Achtung der Würde der Klientin gebietet nämlich der Personzentrierten Therapeutin, in den Aussagen der Klientin nicht von vorneherein eine Fälschung oder gar Unwahrhaftigkeit zu sehen. Damit entspricht sie auch dem „Billigkeitsprinzip“ der frühen Hermeneutik, dem/der Autor*in eines fremden Textes zunächst das Bemühen um Wahrheit zuzubilligen (Meier, 1757/1996, S. 17).

Es fragt sich jedoch nun, wie der Therapietheoretiker Rogers mit dem Störungstheoretiker Rogers zu versöhnen ist. Hier könnte man sich an dem (Hegel zugeschriebenen) dialektischen Schema orientieren, nach dem der Widerspruch von These und Antithese in einer Synthese so aufzuheben ist, dass ein Wahrheitsgehalt beiden Seiten zuerkannt wird. Auch im hier erörterten Falle gilt, dass die gegenläufigen Positionen therapietheoretisch und vor allem therapiepraktisch einander nicht ausschließen, sondern zueinander in einem polaren Ergänzungsverhältnis stehen: Auf der einen Seite muss die Therapeutin positiv beachten und anerkennend „spiegeln“, was die Klientin zu sagen hat, um ihr die Möglichkeit zu geben, sich mit ihrem Selbstverständnis auseinanderzusetzen und sich so einer zunehmend „exakten Symbolisierung“ ihres Erlebens zu nähern. Auf der anderen Seite muss die Therapeutin auch die Inkongruenz und die dadurch bedingte Verzerrung der Selbstwahrnehmung der Klientin wahrnehmen und therapeutisch berücksichtigen. Dieser Gegensatz ist beim *Einfühlenden Verstehen* dadurch dialektisch „aufzuheben“, dass die Therapeutin einerseits die Klientin aus sich selbst heraus, d. h. aus deren Bezugssystem versteht (reproduktives Verstehen) und andererseits der Klientin im Verstehen gelegentlich „auch einen Schritt voran geht“ (Rogers, 1986h/1991, S. 254), sodass sie „auch jene [Bedeutungen], die gerade unterhalb der Schwelle des Bewusstseins liegen, klären kann“ (Rogers, 1986/1991, S. 240; Erg. v. Verf.). Die Therapeutin versteht im letzteren Falle aus ihrem eigenen therapeutischen Bezugssystem und erweitert so das

Verständnis der Klientin um eine Sinnebene („produktives Verstehen“, Finke, 2019, S. 40). Aber sie vollzieht den Übergang dieser Verstehensweisen so, dass die Klientin es nie als beschämende Überführung einer Selbsttäuschung erleben muss, sondern sich vielmehr als Mitakteurin dieses hermeneutischen Prozesses erleben kann.

Literatur

- Alexander, F.G. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. New York: Ronald.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: DGVT.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen. Bd. 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie. Personzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Carkhuff, Robert R. (1969). *Helping and human relations. A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cornelius-White, J. H. D., Kanamori, Y., Murphy, D. & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28 (4), 489–504. Verfügbar unter: <https://nottingham-repository.worktribe.com/OutputFile/944508> [13. 11. 2020].
- Danner, D. (2005). Wenn das klientenzentrierte Beziehungsangebot am Ende ist: Die Helfer-Klient-Kollusion als Ressource. *Person*, 9(2), 123–130.
- Deloch, H. (2010). Das Nicht-Sagbare als Quelle der Kreativität. E. T. Gendlins Philosophie des Impliziten und die Methode Thinking at the Edge. In S. Tolksdorf & H. Tetens (Hrsg.), *In Sprachspiele verstrickt. Oder: Wie man der Fliege den Ausweg zeigt. Verflechtungen von Wissen und Können* (S. 259–284). Berlin: Gruyter.
- Deloch, H. (2019). Focusing. In J. Finke, *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik* (Reihe: Personzentrierte Therapie & Beratung, Bd. 16; S. 123–172). München: Reinhardt.
- Eckert, J. (2006). Evaluation und Qualitätssicherung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 267–293). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J., Schwartz, H.-J. & Tausch, R. (1977). Zusammenhang von Erfahrungen von Klienten während psychotherapeutischer Gespräche mit Änderungen am Ende der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 6(1), 177–184.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Finke, J. (2019). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 16). München: Reinhardt.
- Freud, S. (1975). Ratschläge für den Arzt bei der Psychoanalytischen Behandlung. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsbd.: Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 169–180). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1912).
- Gahleitner, S.B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

- Gahleitner, S. B. (2020). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit und Beratung* (Reihe: Beratung, Bd. 17; 2., überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Gendlin, E. T. (2002). The experiential response. Teil I: Regeln für das therapeutische Antworten. *Focusing-Journal*, 5 (1 [Nr. 8]), 2–9. Verfügbar unter: https://www.deutsches-focusing-institut.de/images/journale/Focusing-Journal_o8.pdf [13.11.2020] (englisches Original erschienen 1968: The experiential response. In E. F. Hammer [Hrsg.], *Use of interpretation in treatment. Technique and art* [S.208–227]. New York: Grune & Stratton).
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode* (Reihe: Leben lernen, Bd. 119). München: Pfeiffer (englisches Original erschienen 1996: *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford).
- Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind*. München: Heyne (englisches Original erschienen 1970: *Parent effectiveness training*. New York: Wyden).
- Hegel, G. W. F. (1952). *Phänomenologie des Geistes* (6., unveränd. Aufl.). Hamburg: Meiner (Original erschienen 1807).
- Höger, D. (2012). Gedanken über den Begriff „Beziehung“. In U. Diethardt, L. Korbei & B. Pelinka (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie – quo vadis? Festschrift zum 75. Geburtstag von Prof. Mag. Wolfgang W. Keil* (S. 37–43). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26 (2), 129–137.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018a). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.; S. 53–70). Heidelberg: Springer.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018b). Methoden und Techniken. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.; S. 31–52). Heidelberg: Springer.
- Kessel, W. v. & Lietaer, G. (1998). Interpersonal processes. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Hrsg.), *Handbook of experiential psychotherapy* (S. 155–177). New York: Guilford.
- Kessel, W. v. & Linden, P. v. d. (1993). Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: Der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschrift*, 24(1 [Nr. 90]), 19–32.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: congruence and authenticity. In G. Wyatt (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice. Bd. 1: Congruence* (S. 36–54). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
- Lietaer, G. & Gundrum, M. (2018). His master's voice: Carl Rogers' verbal response modes in therapy and demonstration sessions throughout his career. A quantitative analysis and some qualitative-clinical comments. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17 (4), 275–333.
- Lorenzer, A. (1976). *Spracherstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse* (2., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp (Erstaufl. erschienen 1970).
- Meier, G. F. (1996). *Versuch einer allgemeinen Auslegungskunst* (Reihe: Philosophische Bibliothek, Bd. 482). Hamburg: Meiner (Original erschienen 1757).
- Merten, J. & Krause, R. (2008). Beziehungsregulation im Alltag und in der Psychotherapie – Schlussfolgerungen für Praxis und Theorie in der Psychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 345–378). Tübingen: DGVT.
- Oberreiter, D. (2019). Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie. *Person*, 23(1), 17–33. Verfügbar unter: <https://pce-literature.org/en/publications/die-therapie-der-ichgrenzenstoerung-unter-besonderer-beachtung-struktureller-empathie-2019.pdf> [3.6.2021].
- Rogers, C. R. (1973a). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (Reihe: Kindler Studienausgabe; 2., unveränd. Aufl.). München: Kindler (englisches Original erschienen 1951a: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1973b). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett (englisches Original erschienen 1961a: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1981). Der neue Mensch (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes* (Reihe: GwG-Thema). Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch [Hrsg.], *Psychology. A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* [S.184–251]. New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; S. 165–184). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1957a: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; S. 238–256). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1986h: A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf [Hrsg.], *Psychotherapist's casebook. Theory and techniques in the practice of modern therapies* [S.197–208]. San Francisco, CA: Jossey-Bass).
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Rogers und Buber im Gespräch. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1992* (S. 184–201). Köln: GwG (Gespräch von 1957; englisches Original erschienen 1960: Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221).
- Rosa, H. (2019). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp (Erstausg. erschienen 2016).
- Zach, B. (2015). Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess. *Person*, 19 (2), 117–132.