

# Eine Stellungnahme zu Relational Depth – Zur Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie

Jobst Finke

Essen, Deutschland

Es wird zunächst auf den Beitrag von Mick Cooper eingegangen, in dem das Konzept von Relational Depth einführend erläutert wird. Sodann wird die Kritik von Keith Tudor an diesem Konzept vorgestellt, um die Berechtigung seiner Kritik und deren Tragweite für die Fundierung eines Konzeptes der therapeutischen Beziehung zu erörtern. Schließlich soll auf Lücken und Widersprüche bei der Konzeptbildung von Relational Depth verwiesen werden, die sich nach meiner Meinung bei beiden Autoren finden und die bedeuten, dass wichtige Phänomene einer therapeutischen Beziehung hier unberücksichtigt bleiben.

## *Zu Mick Coopers Darstellung von Relational Depth*

Wenn wir noch einmal zusammenfassen, wie M. Cooper in dem oben stehenden Artikel sein Konzept von Relational Depth, also von Beziehungstiefe, verstanden wissen will, so meint er hiermit zunächst das Erleben einer erlebnishaften Dichte und Intensität der therapeutischen Begegnung und zwar sowohl von Seiten des Therapeuten wie des Klienten. Das Arbeiten in der „Tiefe der Beziehung“ meint hier das starke emotionale Berührt- und Engagiert-Sein von zwei Personen, die sich gegenseitig wahrnehmen und sich sagen, wer sie sind. Voraussetzung solcher „Tiefe“ sei auf Seiten der Therapeuten ein Verwirklichen der drei therapeutischen Kernmerkmale mit einer ganz besonderen „Emphase“. Auf Seiten des Klienten setzt dieser Zustand von Beziehungstiefe vermutlich eine tiefe Selbstexploration voraus, obwohl Cooper dies nicht ausdrücklich benennt, wie überhaupt bei ihm die Charakterisierung der Beziehungstiefe insofern formal bleibt, als sie nur durch das Ausmaß von

Ergriffenheit und Engagiert-Sein bestimmt und nicht etwa auch durch die Erörterung bestimmter Themen oder Problemkonstellationen gekennzeichnet wird.

## *Zur Kritik Tudors an Relational Depth*

Bei dem Versuch, die oben stehende Kritik von Keith Tudor inhaltlich zusammenzufassen, wäre zu sagen, dass sie sich an zentralen Begriffen des Konzeptes von Relational Depth ausrichtet, wie „realness“, „contact“, „meeting and connection“ und vor allem „depth“. So kritisiert Tudor etwa, dass „realness“ eine unpassende, eigentlich nichtssagende Bezeichnung und „contact“ schon durch die Kernmerkmale der Akzeptanz und Empathie viel besser konzeptualisiert sei. Gegenüber dem zentralen Begriff der erstrebenswerten „Tiefe“ der therapeutischen Beziehung hat der Autor viele Bedenken. Die Rede von der „Tiefe“ suggeriere eine Nähe zur Tiefenpsychologie und lege eine archaische Sichtweise ähnlich wie in der Psychoanalyse nahe. Das Konstatieren von großer oder aber weniger großer „Tiefe“ bedeute außerdem eine Wertung. Die Beurteilung der jeweiligen „Tiefe“ führe zu einer Haltung des ständigen Abschätzens und Bewertens seitens des Therapeuten. Das wiederum bedinge letztlich eine ebenso zielorientierte und direktive wie auch therapeutenzentrierte Haltung und Perspektive, denn es sei ja der Therapeut, der das Richtmaß für eine „gute“ Therapie und so auch das Ziel der Therapie festlege und dadurch nicht mehr non-direktiv sei. Genau dies stehe aber im Widerspruch zu dem von Cooper formulierten Anspruch, nicht direktiv, nicht bewertend, nicht ziel- und ergebnisorientiert und nicht beobachtend-objektivierend sein zu wollen. Dieser Widerspruch zeige sich bei Mearns & Cooper (2005) auch gegenüber ihrer Therapiepraxis, in der sie sehr wohl ein diagnosegeleitetes wie ziel- und strategierorientiertes Vorgehen beschrieben. Das Bestreben, eine möglichst große Tiefe der Beziehung zu erreichen, könne außerdem den Therapeuten ungeduldig gegenüber der Abwehr und der Vermeidungstendenz des Klienten machen. Die von „realness“ und „depth“ bestimmte Beziehung sei nach Mearns & Cooper (2005) völlig übertragungsfrei bzw.

---

**Jobst Finke, Dr. med.**, 1937, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigter Weiterbilder, tätig in freier Praxis sowie in der klinisch-fachärztlichen Weiterbildung und als Supervisor; Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen, Arbeiten mit Imaginationen, Träumen und Märchen.

Kontakt: D-45134 Essen, Hagelkreuz 16; jobst.finke@uni-due.de

müsse es sein, um „Tiefe“ zu gewährleisten. Es sei aber fraglich, nur eine von Übertragung völlig freie Beziehung als quasi wirkliche und tiefe Beziehung anzusehen, schließlich habe selbst Rogers festgestellt, dass auch in Klientenzentrierten Therapien nicht selten Übertragungsphänomene auftraten.

Der letztgenannten Äußerung ist natürlich zuzustimmen. Die z. B. von einer starken Mutterübertragung bestimmte therapeutische Beziehung kann durchaus „tief“ und intensiv von beiden Seiten erlebt werden. Dies leuchtet vor allem bei einer z. B. positiven Mutterübertragung ein, insbesondere dann, wenn die Therapeutin solchen „Mutter-Bedürfnissen“ durch ein entsprechend mütterliches Verhalten entgegenkommt. Der Meinung Keith Tudors allerdings, das Ideal einer Beziehungstiefe sei schon deshalb problematisch, weil es bei Nicht-Erreichen den Therapeuten ungeduldig machen könnte, ist nur noch bedingt zuzustimmen. Natürlich kann ein Therapeut, der sich unter den Druck des Leitbildes gesetzt hat, möglichst bald eine Beziehungstiefe zu erreichen, ungeduldig werden oder auch von Versagensängsten und Scham wegen Inkompetenz erfüllt werden, wenn der Klient einer solchen Tiefe, z. B. durch Abwehr in Form von endlosem Reden über vermeintliche Nichtigkeiten, ausweicht. Aber hier könnte sich auch ein grundsätzliches Missverstehen des Autors zeigen, nämlich ein Verkennen des Umstandes, dass es in der Psychotherapie bei der Umsetzung eines jeden Therapieprinzips bzw. einer jeden Leitvorstellung zu einer Fehlentwicklung kommen kann. Jedes therapeutische Leitbild, jedes das therapeutische Konzept charakterisierende Merkmal trägt die Möglichkeit seiner Verkehrung in sich, d. h. die Art seiner Realisierung kann zu unerwünschten Folgen führen. Tudor legt nun nahe, ihn so zu lesen, als seien solche Fehlentwicklungen bei der Anwendung des Konzeptes von Relational Depth nicht nur eine Möglichkeit, sondern mit Zwangsläufigkeit vorgegeben. Das aber müsste durch ein detailliertes Eingehen auf die Anwendungspraxis dieses Konzeptes begründet werden. Denn aus der Bezeichnung eines Konzeptes kann nicht umstandslos auf die Therapiepraxis und auf ein z. B. direktives Therapeutenverhalten geschlossen werden. Die Auseinandersetzung mit Begriffen und Konzepten Coopers wird jedoch fast nur auf einer quasi philologischen Ebene geführt, insofern als es den Anschein hat, dass die Passung oder eben Schiefheit von metaphorischen Konzeptbezeichnungen als entscheidend für die Konsequenzen der therapeutischen Praxis angesehen werden.

Anzuerkennen an der Kritik Tudors ist aber der Hinweis auf gewisse Ungereimtheiten in der Konzeptbildung von Cooper (und auch Mearns). Dabei ist besonders auch der eklatante Widerspruch von Konzept sowie therapeutischem Selbstverständnis einerseits und der recht ausführlich dargestellten Therapiepraxis andererseits zu nennen, wie er sich in dem genannten Buch von Mearns und Cooper zeigt. Problematisch scheint jedoch die vermutlich als Vorwurf gemeinte Feststellung Tudors,

dass das Konzept der Beziehungstiefe und das Bestreben, eine solche zu erreichen, eine Haltung des Bewertens implizieren würde, mit einem direktiven Vorgehen verbunden und nicht klienten-, sondern therapeutenzentriert wäre sowie die Rolle des Therapeuten als Experten nahelegen würde. Hier werden kontextbezogene Begriffe von jeder spezifischen Bezugnahme entbunden und insofern missverständlich und irreführend verwendet, eine Vorgehensweise, die freilich auch Cooper selbst und seinem Mitstreiter Mearns nicht ganz fremd ist. Daraus ergibt sich, dass das „Klientenzentrierte“ oder das „Non-Direktive“ nur jeweils relativ zu verstehen ist, wird es dekontextualisiert und absolut gesetzt, wird es verkehrt.

Die Feststellung der Widersprüche bei Cooper zeigt vermutlich auch die von Tudor selbst in dieser Hinsicht vertretene Position. Diese scheint von einer so radikalen „Gegenzentrierung“ (zur kritisierten Therapeutenzentrierung und „Direktivität“) zu sein, dass sich unter ihrem Verständnis Psychotherapie als ein in langer Ausbildung zu erlernendes Heilverfahren selbst aufheben würde. Denn jeder therapeutische Ansatz hat seine Maßstäbe und seine Leitbilder, was die Forderung zur Folge hat, das Verwirklichen solcher Leitbilder zu intendieren und ihre Verwirklichung sodann zu bewerten. Insofern der Therapeut in jedem therapeutischen Ansatz seine Vorstellungen und Leitbilder konzeptkonform und möglichst kompetent realisieren muss, bestimmt er auch durch das Verwirklichen seines Konzeptes das therapeutische Geschehen, ist dieses also auch bis zu einem bestimmten Grad „therapeutenzentriert“. Fehlbewertungen solcher Sachverhalte ergeben sich vor allem dann, wenn sehr einseitig, sehr in Entweder-Oder-Kategorien befangen und vor allem sehr verallgemeinernd und praxisfern argumentiert wird. Hier scheinen sich Cooper und sein Kritiker manchmal etwas zu ähneln.

### *Meine Kritik an Relational Depth*

Mit dem soeben geäußerten Hinweis auf die Diskrepanz von Theorie und Praxis bei Mearns und Cooper ist schon eine Überleitung zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Konzept von Relational Depth erfolgt. Der Grundtendenz dieses Konzeptes ist zunächst insofern zuzustimmen, als von seiner Realisierung ein Teil der therapeutischen Wirksamkeit abhängen dürfte. Seine Problematik hingegen ist darin zu sehen, dass an keiner Stelle Begrenzungen und Gefahren dieses Konzeptes thematisiert werden.

### *Das Ausklammern von emotionaler Verstrickung und Störung*

Der bei der Lektüre von Relational Depth manchmal durchaus auch berührende Gestus des Beschwörens einer idealen,

zutiefst dialogischen Beziehung lässt aber nicht nur mögliche Komplikationen und Störanfälligkeiten, sondern auch fachlich-konzeptuelle Einwände völlig offen. Erörterungswürdig wäre u. a. der Einwand, dass eine Haltung strikter dialogischer Gegenseitigkeit, die ja dann auch die tiefe Selbstexploration des Therapeuten implizieren würde, sich therapeutisch vermutlich nicht selten wenig konstruktiv auswirken könnte. Der stellenweise durchaus berührende Appell an einen dialogisch-existenziellen Aufschwung scheint manchmal vergessen zu wollen, dass hier der Fachbereich der Psychotherapie in Rede steht und nicht nur eine besonders sinnträchtige Form kommunikativer Daseinssteigerung. Genau dieses wird sehr deutlich im praxisbezogenen Teil des oben genannten Buches von Mearns und Cooper, in dem die Autoren im Widerspruch zu ihren anderen Aussagen sich als durchaus kompetent und nüchtern reflektierende „Experten“ zeigen.

Das Gemeinsame von Cooper und seinem Kritiker Tudor in ihren hier vorliegenden Artikeln besteht darin, dass sie nicht nur den Bezug auf die faktische Therapiepraxis, sondern auch auf die personzentrierte Störungstheorie ausklammern. So etwas wie „Gestörtheit“ der menschlichen Psyche scheint es für sie überhaupt nicht zu geben. Genau damit haben es Psychotherapeuten aber bekanntlich zu tun. Am Rande sei hier vermerkt, dass die nicht selten zu hörenden Befürchtungen mancher Therapeuten vor einer möglichen „Pathologisierung“ ihrer Klienten dazu führen können, so etwas wie Krankheit zu dämonisieren und damit die wirklich unübersehbar Kranken zu stigmatisieren. Das Phänomen „Krankheit“ oder „Störung“ gehört aber eben auch zur *conditio humana* und müsste deshalb gerade auch für eine Personzentrierte Therapie ein durchaus ernstzunehmendes Thema sein.

In der Beschreibung seines Inkongruenzmodells führt Rogers aus, wie die „Abwehr“ (Rogers, 1959/1987, S. 30) der „organismischen Erfahrung“ zur Inkongruenz führt und damit auch so etwas wie Selbsttäuschung bedingt. Um das Selbstkonzept aufrechterhalten zu können, verleugnet die Person zentrale Gefühle und Bedürfnisse und täuscht sich so über sich selbst (Rogers, 1959/1987, S. 31). Mit einer solchen Selbsttäuschung muss der Therapeut aber auch immer bei seinem eigenen Erleben in der Begegnung mit seinem Klienten rechnen. Wenn der Therapeut diese Begegnung als besonders intensiv, ihn „involvierend“ und emotional stark berührend erlebt (Cooper, in diesem Heft), kann dies damit zu tun haben, dass bei ihm zentrale Bedürfnisse und Motive angesprochen werden, die in seinem Selbstkonzept gar nicht symbolisiert oder völlig verzerrt symbolisiert sind, von ihm als solche also gar nicht wahrgenommen werden. Wenn etwa, um auf das o. g. Beispiel zurückzukommen, eine Klientin, die die Erfahrung einer emotional kühlen, wenig zugewandten und haltgebenden Mutter machen musste und ein entsprechend reziprokes Bedürfnis nach mütterlicher

Geborgenheit entwickelt hat, auf eine Therapeutin mit „Helfersyndrom“ trifft, deren Bedürfnis es ihrerseits ist, sich in „wärmender Mütterlichkeit“ zu verströmen, kann das von beiden Seiten zunächst zu einem sehr tiefen, emotional sehr berührenden Beziehungserleben führen. Dies kann im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung (Alexander & French, 1946) für die Klientin zunächst auch recht konstruktiv sein, es kann sie aber im weiteren Verlauf auch in eine heillose innere Abhängigkeit zu ihrer Therapeutin bringen und Passivitätstendenzen und Hilflosigkeitserleben verstärken. Deswegen muss der Therapeut sein eigenes Beziehungserleben, gerade dann, wenn es besonders „tief“ ist, immer kritisch hinterfragen. Er muss sich dabei immer fragen, ob sein Erleben eines tiefen „Involviert-Seins“ nicht längst in eine emotionale Verstrickung umgeschlagen ist, in der er unbemerkt eigene Bedürfnisse auslebt, z. B. das Bedürfnis, sich als allzeit gültige, überfürsorgliche Mutter zu bewähren. Dabei aber können dysfunktionale Erwartungen sowie autonomie- und wachstumshemmende Einstellungen des Klienten verstärkt werden. Auch andere Komplikationen sind natürlich möglich, etwa dass der Therapeut in der emotionalen Ergriffenheit des „deep encounter“ gar nicht merkt, wie bedrängend er für den Klienten wird oder dass er die Abwehr des Klienten kaum noch wahrnimmt.

Wenn nun Mearns und Cooper hier argumentieren würden, dass solche Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen im Zustand der „echten“ Relational Depth nicht vorkommen (Mearns & Cooper, 2005) und insofern die hier vorgetragene Bedenken gegenstandslos seien, so wäre dieses Argument schon deswegen fragwürdig, weil die Autoren nicht nur keinen Versuch eines Nachweises dieser Behauptung gemacht haben, sondern schon den Gebrauch des hierzu nötigen Instruments, nämlich den kritisch objektivierenden, diagnostizierenden Blick auf das Beziehungsgeschehen, zurückweisen.

Bei der Darstellung des Konzeptes der Beziehungstiefe fehlt also der Hinweis auf die notwendige Bereitschaft des Therapeuten, das eigene Beziehungserleben auf seine verschiedenen Determinanten stets selbstkritisch zu hinterfragen, denn es kann sich auch um Determinanten handeln, die sich therapeutisch destruktiv auswirken können.

### *Die fehlende Komplexität des Beziehungskonzeptes*

Das von Cooper dargestellte Konzept der Beziehungstiefe schildert die therapeutische Beziehung weitgehend eindimensional und zwar als eine dialogisch-wechselseitige Interaktion von Klient und Therapeut. Der im obenstehenden Artikel von Cooper vorangestellte Ausschnitt aus einem Therapiegespräch mit „Dominic“ zeigt aber keineswegs eine dialogische Interaktion, die von echter Gegenseitigkeit bestimmt wäre. Denn der Therapeut fungiert hier nicht als ein reales Gegenüber, das sein

eigenes Erleben, aber auch sein eigenes Meinen und Werten rückhaltlos einbringt. Vielmehr interagiert der Therapeut, „sein eigenes Selbst beiseite stellend“ (Rogers, 1951/1973, S. 47), hier ausschließlich in der Rolle eines sich einfühlenden, das Erleben des Klienten nachempfindenden Alter Ego. Dieses Beziehungskonzept, in dem der der Therapeut die Funktion eines „anderen Selbst des Klienten“ (Rogers, 1951/1973), eines gewissermaßen empathischen Doppelgängers des Klienten innehat, ist ja für den eher frühen Rogers typisch, bevor er später sein dialogisches Prinzip des „person to person“ als Ergänzung zum Konzept der Alter-Ego-Beziehung einführte. Es handelt sich in dem oben genannten Gespräch also nicht um eine Dialog-, sondern um eine Alter-Ego-Beziehung (vgl. Finke, 1999). Deswegen wird in diesem Gespräch auch eine Asymmetrie der Beziehung deutlich, die durch Unterschiede in der Rolle, der Aufgabe und dementsprechend auch im Verhalten des Therapeuten einerseits und des Klienten andererseits bestimmt ist. Aus allgemeintherapeutischer Sicht ist es zur Vertiefung des Beziehungsgeschehens zwar wünschenswert, dass es in einer Psychotherapie immer wieder einmal auch zu einer echten Dialog-Beziehung und damit zu einer Gegenseitigkeit kommt. Aber dies können im Regelfall einer „normalen“ Psychotherapie immer nur besondere Augenblicke sein. Überwiegend vollziehen sich die meisten personenzentrierten Therapien im Modus der Alter-Ego-Beziehung.

Es ist aber noch eine weitere Unterscheidung zu treffen. Rogers hatte sein Beziehungskonzept als eine Teilnehmer- oder „Mitspieler“-Beziehung verstanden und diese dem Sinne nach einer Art Beobachter-Beziehung gegenübergestellt (Rogers, 1977, S. 171). Wenn oben vom Therapeuten der selbstkritische Blick auf sein Beziehungserleben und sein Interaktionsverhalten gefordert wurde, so ist dieser Blick ein beobachtender, ein das eigene Selbst objektivierender Blick, der sich aber auch auf das Beziehungsgeschehen insgesamt und damit auch auf den Klienten richten sollte. Eine Beobachter-Beziehung, in der Therapeut vorübergehend zu sich selbst, aber auch zum Klienten in eine reflektierende Distanz tritt, soll eine Korrektur des Interaktionsverhaltens ermöglichen. Diesen objektivierenden Blick sowohl auf sich selbst als auch auf den Klienten realisieren Mearns und Cooper bei der in ihrem o. g. Buch dargestellten

Praxis sehr wohl, nur bleibt dieser Aspekt ihrer Praxis von ihrer Konzeptbildung ausgeschlossen. Die therapeutische Kunst nun besteht gerade darin, zwischen diesen verschiedenen Perspektiven und den entsprechenden Beziehungskonzepten, der Beobachter- und der Teilnehmer-Beziehung, angemessen zu oszillieren (Finke, 2004). Diese faktische Komplexität des Beziehungsgeschehens in der Personenzentrierten Psychotherapie wird bei Cooper (und auch bei seinem Kritiker Tudor) in keiner Weise konzeptuell abgebildet.

Kennzeichnend für Cooper (und hier scheint auch sein Kritiker Tudor nicht völlig uneins mit ihm zu sein) ist jenes Ideal einer kommunikativen Unmittelbarkeit und einer aller Komplexität entbundenen Anfänglichkeit personaler Kundgabe, das manchmal auch bei anderen Vertretern des Personenzentrierten Ansatzes zu finden ist. Es scheint hier das Leitbild einer rein intuitionsbasierten Ursprünglichkeit und spontanen wie authentischen Einfachheit in der Ich-Du-Beziehung bestimmend zu sein, das alle Doppeldeutigkeit in der personalen Kommunikation und alle verwirrende Mehrschichtigkeit auch im Verhältnis des Individuums zu sich selbst offenbar als irrelevant erscheinen lassen möchte. Eine solche Position hier kritisch zur Diskussion zu stellen, ist ein wesentliches Anliegen meiner Ausführungen.

## Literatur

- Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Rogers, C.R. (1951/1973). *Die klientbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler (Orig. 1951: *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG (Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. III (pp.184–256). New York: McGraw-Hill).