

Wolfgang W. Keil

Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie¹

Abstract:

Es wird die These vertreten, daß die Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie eine hermeneutische Funktion erfüllen muß. Dementsprechend beinhaltet das empathische Verstehen des Therapeuten mehr als das anfängliche Selbstverstehen des Klienten. Hermeneutik wird hier im Sinn von Gadamer verstanden. Hermeneutische Empathie versucht demnach in der Begegnung mit unvollständigem Klienten-Erleben dessen Ganzheit und Stimmigkeit aufzufinden. Im Empathieverständnis von Rogers und im Konzept der Wiederherstellung von Gendlin deutet sich diese hermeneutische Dimension an. Im Sinn der Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen von Rogers bieten vor allem die kongruenten nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Reaktionen des Therapeuten den hermeneutischen Schlüssel zum Verstehen der Inkongruenz des Klienten. Ein Paradigma für die Entwicklung dieses Verstehens bietet Lorenzers Konzept des szenischen Verstehens bzw. m. E. die interaktionelle Orientierung von van Kessel & van der Linden.

Die konkrete Umsetzung der hermeneutischen Empathie in der klientenzentrierten Therapie wird in Form von sich vertiefenden Schritten beschrieben. Zunächst muß der Therapeut seine wirklichen Reaktionen auf den Klienten genau wahrnehmen. Die nicht-verstehenden und nicht-akzeptierenden Reaktionen verweisen dabei am meisten auf die Inkongruenzen des Klienten. Unter Einbezug einer lebensgeschichtlichen Perspektive kann im weiteren die Entstehung, Notwendigkeit und identitätsstützende Weiterentwicklung der Inkongruenz im Leben des Klienten intuitiv erschlossen werden. Im Fall von Inkongruenzen, die klassische psychische Störungen mit sich bringen, wird hermeneutisches Verstehen erst ermöglicht durch einführendes Wissen vom Wesen und der Entstehung solcher Störungen. Abschließend wird noch auf inkongruente Therapeutenreaktionen eingegangen. Diese verweisen nicht auf den Klienten, sondern sollten den Therapeuten zu einem adäquateren Selbstverstehen anregen. Erst dann ist er in der Lage, kongruent auf den Klienten zu reagieren. Die Hervorhebung der kongruenten nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Therapeutenreaktionen soll hingegen deutlich machen, daß klientenzentrierte Empathie oberflächlich und unwirksam bliebe, wenn nicht auch ihre hermeneutische Dimension gesehen und umgesetzt wird.

Keywords: *Therapie-theorie, Empathie, Hermeneutik.*

Einleitung

Die Frage nach den eigentlichen therapeutischen Wirkfaktoren war ein wesentlicher Beweggrund sowohl für das Entstehen wie für die Weiterentwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie. Die Erfahrung, daß die bloße Mitteilung von Expertenwissen Klienten oft wenig hilft, hat Rogers dazu gebracht, sich in radikaler Weise dem subjektiven Erleben der Klienten zuzuwenden. Wie dies wirksam geschehen kann, hat er in pointierter Form 1957 in seiner Hypothese von den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für therapeutische Veränderung formuliert (1991 [1957]). Die wesentlichen Bedingungen sind dabei die drei bekannten therapeutischen Grundeinstellungen. „Eine gewisse Art von Beziehung“, nämlich

eine Beziehung, die von diesen Grundhaltungen des Therapeuten geprägt ist, bildet dann den Wirkfaktor, der persönliche Entwicklung und Veränderung ermöglicht. Alle drei Grundhaltungen sind unerläßliche Vorbedingungen für förderliche Beziehungen aller Art; in der Psychotherapie steht aber die Empathie in gewisser Weise im Vorder-

¹ Vortrag am Europäischen Kongreß für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung der GwG, Aachen, 29. April-3. Mai 1995 bzw. Dt. Fassung von: Hermeneutic Empathy in Client-Centered Therapy. In: Esser, U. et al. (Eds) The Power of the Person-Centered Approach. GwG-Verlag: Köln

grund. Rogers hat die Grundhaltungen als Wirkfaktoren in der Therapie anders gewichtet als etwa im Bereich des Alltagslebens. „In der Therapie ist wahrscheinlich Empathie das herausragende Charakteristikum, das die Therapie vorantreibt. Im Alltagsleben ist es die Kongruenz, seine Echtheit, die häufiger offensichtlich wird, wenn es ein Beziehungsproblem gibt, ...“ (1982, S. 26). Für die Therapie ist es deshalb besonders bedeutsam, wie der Wirkfaktor Empathie im einzelnen verstanden wird.

1. Die hermeneutische Dimension der Empathie

Beim therapeutischen Wirkfaktor Empathie geht es nach der bekannten Rogers'schen Definition darum, den Klienten sensibel und genau von seinem „inneren Bezugsrahmen“ her einfühlsam zu verstehen. Diese Definition betont, daß der Klient möglichst umfassend und exakt so verstanden werden soll, wie er sich selbst versteht oder im besten Fall verstehen würde. Empathisches Verstehen scheint eine genaue 1 : 1-Relation zu meinen: das, was im Klienten ist, soll auch im Therapeuten sein – so als ob er der Klient wäre, allerdings unter unbedingter Aufrechterhaltung dieses „als ob“. Gilt dies auch umgekehrt: der Therapeut soll gerade nicht wesentlich mehr oder wesentlich anderes verstehen wollen, als der Klient von sich selbst versteht? Dem ist entgegenzuhalten, daß Psychotherapie grundsätzlich ein hermeneutisches Unterfangen darstellt. Das bedeutet, daß empathisches Verstehen notwendigerweise über die 1 : 1-Relation hinausgehen und „mehr“ beinhalten muß, als das (bisherige) Selbstverstehen des Klienten beinhaltet. Das hermeneutische „Mehr“ besteht darin, daß versucht wird, in der Begegnung mit etwas „Unvollständigem“ oder „Verfälschtem“ das jeweils „Ganze“ oder „Unverfälschte“ aufzufinden oder wiederherzustellen. Die konkrete hermeneutische Vorgehensweise geschieht dabei in der Form des sogenannten hermeneutischen Zirkels. Es wird einerseits immer wieder von den Teilen auf das (noch fehlende) Ganze, aber andererseits auch immer wieder vom (noch nicht gegebenen) Ganzen auf die Teile (bzw. deren Hineinpassen und Einordnung in das Ganze) geschlossen. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis eben aus dem bisher Unvollständigen ein Ganzes entsteht, das logisch konsistent und emotional evident erfahren werden kann.

Bei Schleiermacher und bei Dilthey wird der hermeneutische Zirkel allein in den zu interpretierenden Objekten, also etwa im jeweiligen Text und dessen Autor und deren gesamten Kontext gesehen. Gadamer hat dieses Verständnis erweitert. Der Interpret kann nicht neutral gegenüber dem Interpretierten sein. Das Verstehen des Interpreten ist immer schon im Horizont eines vorverstehenden Entwurfs vom Sinn Ganzen mit dem Interpretierten verbunden. Und

umgekehrt stellt auch das zu Interpretierende keine objektive und isolierte Einheit dar, sondern steht seinerseits immer schon im Horizont aller möglichen Interpretationen. Gäbe es diesen vorgängigen Horizont des Verstehens nicht, wäre ein verstehendes Herangehen überhaupt nicht möglich. Das interpretierende Subjekt ist also mit seinem Verstehen in den hermeneutischen Zirkel mit eingeschlossen.

Auf die Psychotherapie angewendet, bedeutet dies, daß das Verstehen des Therapeuten das Selbstverstehen des Klienten weiterbringt. Daher meine ich, daß das empathische Verstehen ein „mehr“ gegenüber dem jeweils gegebenen Selbstverstehen des Klienten intendieren bzw. enthalten muß. Dort, wo das Selbsterleben des Klienten unvollständig oder verfälscht ist, nimmt es die Spur zum ganzen und unverfälschten Erleben des Klienten auf. *Meine Hypothese ist dabei, daß vor allem die noch – nicht – akzeptierenden und noch – nicht – verstehenden Reaktionen des Therapeuten den hermeneutischen Schlüssel dafür bieten. Gerade diese Reaktionen verweisen auf die Inkongruenz des Klienten, deren Gewährwerden das Ziel der klientenzentrierten Therapie darstellt.* Zu den therapeutischen Grundhaltungen der unbedingten Wertschätzung und des empathischen Verstehens gehören also ganz wesentlich die noch – nicht – wertschätzenden und noch – nicht – verstehenden Reaktionen des Therapeuten. Vor allem letztere tragen die hermeneutische Dimension des empathischen Verstehens. In der Darlegung dieser These möchte ich zunächst (im 2. Kapitel) den Empathiebegriff bei Rogers und Gendlin skizzieren. Im 3. Kapitel möchte ich dann die Vorbedingungen für den Einbezug der nicht-akzeptierenden Reaktionen erörtern. Dabei verwende ich Rogers' Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie das Konzept des „szenischen Verstehens“ von Lorenzer. Im Anschluß daran stelle ich dann die Tiefungsstufen bzw. die konkreten Schritte der Umsetzung einer hermeneutischen Empathie in der klientenzentrierten Therapie dar (4. Kapitel).

2. Empathie bei Rogers und Gendlin

2.1 Entwicklung des Empathiebegriffs bei Rogers

Für Rogers war es zeitlebens wichtig, das empathische Verstehen so zu gebrauchen, daß der Klient damit einfühlsam begleitet und zur Selbstexploration ermutigt wird. In seinem Empathieverständnis ist aber eine deutliche Entwicklung festzustellen, auf die Rogers auch selbst ausdrücklich hingewiesen hat. Zu Beginn dieser Entwicklung wird der Therapeut noch ganz eindeutig als alter ego des Klienten verstanden. Empathie scheint eine 1 : 1-Relation der Inhalte von Verstehen des Therapeuten und Erleben des Klienten zu meinen. So lautet die Definition von Empathie in seinem theoretischen Hauptwerk: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des

anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben.“ (1987 [1959], S. 37). Nach einer Pause von fast 20 Jahren, die von Schrecken und Trauer über die Verzerrungen und Mißverständnisse bezüglich seiner Auffassung von Empathie ausgelöst wurde, beschreibt Rogers von neuem diese Grundeinstellung. Hier heißt es nun: „Ich möchte nicht mehr von einem ‚Zustand der Empathie‘ sprechen, denn ich glaube, daß es sich hier eher um einen Prozeß als um einen Zustand handelt. ... Die als empathisch bezeichnete Art des Umgangs mit anderen hat verschiedene Seiten. ... Empathie bedeutet ... in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person ... zeitweilig das Leben dieser Person zu leben, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu errahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird; ...“ (1980 [1975 b], S. 79). Dieses zuletzt genannte Element formuliert Rogers noch deutlicher in seinem Beitrag für die zweite Auflage des Psychiatriehandbuchs von Freedman, Kaplan et al.: „Im Idealfall äußert sich ein solches Verstehen durch kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewußt ist, sondern ‚auf die neblige Zone am Rande der Gewahrwerdung.‘“ (1977 [1975 a], S. 20). Die inhaltliche 1 : 1-Relation des empathischen Verstehens zum Erleben des Klienten wird hier durch die Auffassung von Empathie als Prozeß, sowie vor allem durch ihre Ausrichtung auf das, was dem Klienten gerade noch nicht gewahr ist, überwunden. Noch deutlicher überschreitet Empathie das Erleben des Klienten, wenn Rogers in seinen letzten Arbeiten von einem „weiteren Merkmal“ einer entwicklungsfördernden Beziehung schreibt. „Ich bemerke, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst ganz nah bin, wenn ich irgendwie mit dem Unbekannten in mir in Berührung bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewußtseinszustand in der Beziehung befinde, daß dann alles, was immer ich tue, voller Heilung zu sein scheint. Dann ist einfach meine *Gegenwart* befreiend und hilfreich. ... In solchen Augenblicken scheint es, daß mein innerer Sinn sich hinausgestreckt und den inneren Sinn des anderen berührt hat. Unsere Beziehung transzendiert sich selbst und wird Teil von etwas Größerem ...“ (1991 [1986], S. 242). Ich meine, daß Rogers hier nicht eine vierte Grundeinstellung einführen will, sondern die drei Grundhaltungen durch dieses Merkmal des Gegenwärtigseins weiter präzisiert. Im Fall der Empathie bedeutet dies, daß empathisches Verstehen des Klienten die intuitive eigene Präsenz des Therapeuten in der Beziehung mit einschließt und somit ein gewisses „mehr“ gegenüber dem Selbstverstehen des Klienten eine wesentliche Rolle spielt.

2.2 Gendlins Empathieverständnis

Gendlins Verständnis von therapeutischer Empathie finde ich in unserem Zusammenhang deshalb bemerkenswert, weil Gendlin ja nicht wie Rogers die Grundhaltungen des Therapeuten, sondern den Focusingprozeß des Klienten für das Agens der Therapie hält. In seinem Konzept von der Wiederherstellung des impliziten Erlebensprozesses benötigt aber auch Gendlin so etwas wie eine ganz bestimmte Art von Reaktionen bzw. „Antworten“ anderer. Das bedeutet, daß die Empathie (des Therapeuten) wiederum „mehr“ oder etwas anderes enthalten und intendieren muß, als das sogenannte „strukturegebundene“ und damit unvollständige Erleben (des Klienten). Die Wiederherstellung des implizit wirksamen Erlebensprozesses wird in Wiltschkos Übersetzung von Gendlins Veränderungstheorie so beschrieben: „In dem Maße, in dem wir allerdings auf unser Fühlen/Erleben in der Weise antworten, daß wir den Prozeß stoppen oder überspringen, statt ihn *voranzutragen*, benötigen wir, um wir selbst zu werden, die *Antworten* anderer. ... Diese Antworten werden nicht nur wegen ihrer Bewertungen und Inhalte benötigt, sondern vor allem deshalb, weil wir sie konkret brauchen, um unseren *Experiencing-Prozeß wiederherzustellen*. ... Persönlichkeitsveränderung kommt dann zustande, wenn die *Antworten* des Therapeuten das konkrete *Experiencing* des Klienten *vorantragen*. ... In dieser Hinsicht ist er nur dann wirklich er selbst, wenn er mit dem Therapeuten zusammen ist. Eine Zeitlang kann der Klient diesen „volleren“ Selbst-Prozeß nur in dieser zwischenmenschlichen Beziehung haben. Das ist nicht dasselbe wie Abhängigkeit. ... Das fortgesetzte *Vorantragen* in einem vorsichgehenden Prozeß zwischenmenschlicher Interaktion ist notwendig, um das *Experiencing* des Klienten lang genug *voranzutragen*, sodaß er selbst die Fähigkeit entwickeln kann, seinen *Experiencing-Prozeß* als Selbst-Prozeß *voranzutragen*.“ (Gendlin 1992 / 1964, S. 17). Eine bestimmte empathische Reaktion des Therapeuten ist hier also notwendig, um einen intensiveren und authentischen Selbst-Prozeß des Klienten wieder zu ermöglichen. Dazu muß die empathische Reaktion auf jeden Fall „mehr“ enthalten als der gegebene und erstarrte Selbst-Prozeß des Klienten beinhaltet.

3. Voraussetzungen für ein klientenzentriertes Konzept von hermeneutischer Empathie

3.1 Therapie zielt auf Gewährwerden von Inkongruenz

Eine Vorbedingung für die hermeneutische Dimension im therapeutischen Verstehen besteht darin, daß Psychotherapie überhaupt als Arbeit an verborgenen, verfälschten oder, anders ausgedrückt, an „tiefenpsychologischen“

Aspekten verstanden wird. Ein solches Verständnis ist in Rogers' Therapietheorie nicht direkt enthalten. Es ergibt sich aber, wenn man Rogers' Persönlichkeitstheorie ausdrücklich mit einbezieht. In der Therapietheorie orientieren sich die Formulierungen der bedingungslosen positiven Beachtung und des empathischen Verstehens einfach und unterschiedslos am gesamten, gegebenen Erleben des Klienten. Die gesamte phänomenale innere Welt des Klienten soll wertgeschätzt und verstanden werden. Die Persönlichkeitstheorie beinhaltet hingegen eine klar unterschiedliche Bewertung des kongruenten Selbst einerseits, und des inkongruenten Selbst und des Abwehrverhaltens bzw. der verleugneten organismischen Erfahrung andererseits. Dieser „psychodynamische Aspekt“ (J. Finke) der Persönlichkeitstheorie muß auf die Therapietheorie appliziert werden. Dies würde bedeuten, daß die therapeutische Bemühung sich in erster Linie auf die Phänomene des abwehrenden Selbst bzw. der verleugneten organismischen Erfahrung und somit auf ein gründliches Erfassen der Inkongruenz zu konzentrieren hätte. Therapie ist dann nicht einfach eine unterschiedslose Begleitung des Klienten in seinem Erleben, gleichgültig, ob dieses kongruent oder inkongruent zu dessen eigener Erfahrung ist. Therapie zielt vielmehr gerade auf eine spezifische Auseinandersetzung mit „tiefenpsychologischen“ Phänomenen, d.h. mit dem inkongruenten Erleben und dessen Bedeutung ab. Ich meine, daß man dann auch sagen muß, daß bedingungslose positive Beachtung und empathisches Verstehen eine durchaus verschiedene Ausprägung haben werden, je nachdem, ob sie sich auf Kongruentes oder Inkongruentes beziehen. Wie diese unterschiedlichen Ausprägungen grundsätzlich aussehen, hat Rogers in seiner Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen dargestellt.

3.2 Inkongruenz wird von anderen eher wahrgenommen als vom Betroffenen und löst „negative“ Reaktionen aus

Rogers faßt diese Theorie in einer übergreifenden Gesetzmäßigkeit zusammen, die besagt, daß je größer die kommunizierte Inkongruenz bei einem der Partner ist, die wechselseitige Kommunikation zu größerer Inkongruenz und gegenseitiger Frustration tendieren, bzw. je größer die kommunizierte Kongruenz ist, die Kommunikation zu größerer Kongruenz der Partner, korrekterem gegenseitigen Verstehen und wechselseitiger Befriedigung durch die Beziehung tendieren wird. Das heißt erstens, daß Inkongruenz von Kommunikationspartnern grundsätzlich besser wahrgenommen werden kann, als vom Betroffenen selbst. Dieser ist ja zum Schutz seiner Selbststruktur in Abwehrprozesse verstrickt und wird sich daher per definitionem der eigenen Inkongruenz am wenigsten gewahr. Zum zweiten wird damit ausgedrückt, daß Inkongruenz beim

Kommunikationspartner tendenziell negative Reaktionen auslöst. Die Spirale der zunehmend gestörter werdenden Beziehung ist allerdings unterbrechbar, wenn der Kommunikationspartner kongruent genug ist, um sich der Inkongruenz des anderen gewahr zu werden. Mit dieser Klarheit kann er dann auch weiterhin ohne eigenes unterschwelliges Bedrohtsein auf den anderen reagieren. *Dabei handelt es sich meiner Meinung nach um kongruente nicht-akzeptierende und nicht-verstehende Reaktionen.* Ich sehe die grundsätzliche Ermöglichung von Psychotherapie überhaupt darin, daß Therapeuten die Inkongruenz der Klienten besser spüren und wahrnehmen können als diese selbst. Darin liegt das hermeneutische „Mehr“ des therapeutischen Verstehens. Nach Rogers müssen zur Kongruenz allerdings auch noch die bedingungslose Wertschätzung und das empathische Verstehen hinzukommen, damit die Bedingungen einer förderlichen Beziehung gegeben sind. Demnach ist der eigentliche therapeutische Vorgang im Therapeuten darin zu sehen, daß er von den kongruenten nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Reaktionen zu einem durchgängigen kongruenten Akzeptieren und Verstehen gelangt. Dieser Weg soll im folgenden näher beschrieben werden.

3.3 Szenisches Verstehen

Im Rahmen der Psychoanalyse wurde von Lorenzer ein Konzept formuliert, das diesen Weg vom Noch-nicht-Verstehen zum Verstehen in sich begreift und das meiner Meinung nach auch auf ein klientenzentriertes Therapieverständnis übertragbar ist. Lorenzer (1970) unterscheidet mehrere Ebenen im therapeutischen Verstehen: ein logisches und psychologisches Verstehen einerseits und ein szenisches Verstehen auf der anderen Seite. Die ersten beiden Ebenen betreffen ein umfassendes, logisch konsistentes Verstehen des Problembereichs sowie ein Verstehen von dessen psychologischen Zusammenhängen und persönlichen Bedeutungen für das jeweilige Individuum. Das szenische Verstehen geht hingegen davon aus, daß sich die unbewußten und abgewehrten Interaktionsformen gerade in der Inszenierung von Beziehungen, und somit auch in der Art der analytischen Beziehungsgestaltung durch den Analysanden, zeigen. *Der hermeneutische Aspekt des szenischen Verstehens besteht darin, diese unbewußten und abgewehrten Interaktionsformen zu erfassen.* Für einen Analytiker überraschend fordert Lorenzer dafür nun ein emotionales Engagement, ein Sich-Einlassen des Analytikers auf den Patienten, um als Mitspieler und nicht als distanzierter Beobachter dessen Inszenierung erfassen zu können. Darin sieht er das „vertikale“ hermeneutische Verfahren des szenischen Verstehens, während das „horizontale“ hermeneutische Verfahren aus der Position eines distanzierteren Beobachters heraus erfolgt. Lorenzer versteht die Auffassung von der analyti-

schen Distanz zum Patienten als Produkt einer Verwechslung zweier ganz unterschiedlicher Vorgänge. Die Distanz soll nicht „horizontal“ auf der Ebene der Beziehung zwischen Analytiker und Patient Platz greifen, sondern „vertikal“ im Analytiker, im Reflektieren der von ihm erlebten Beziehung angesiedelt sein. Es gibt somit in der Analyse neben einer neurotischen Gegenübertragung ein unerlässliches emotionales Engagement. Zugleich ist diese unerlässliche Gegenübertragung eine Durchgangsposition, die nicht als solche nützlich ist, sondern nur, wenn sie objektiviert, also erkannt und überwunden werden kann. Nur so kommt es zu einer Einsicht in fremdpsychische und unbewusste Vorgänge, indem der Analytiker sich auf die ihm vom Patienten zugemutete Rolle einläßt und sein Erleben dabei reflektiert. Die dadurch erfaßbaren unbewußten Interaktionsformen des Analysanden bestimmen nicht nur dessen Beziehung zum Analytiker, sondern sind für alle seine (problematischen) Beziehungen charakteristisch. Daher umfaßt szenisches Verstehen einen dreifachen Bezugsrahmen: die Beziehung Klient – Therapeut, die Beziehungsgestaltung des Klienten im realen Leben, sowie das prägende frühkindliche Beziehungserleben des Klienten in seiner Herkunftsfamilie.

Dieses Konzept des szenischen Verstehens scheint mir auch auf die klientenzentrierte Therapie übertragbar. Der Therapeut soll sich wirklich auf das Beziehungsangebot des Klienten einlassen und es sozusagen am eigenen Leib erleben. *Wesentlich ist dabei, daß das Sich-Einlassen des Therapeuten nicht Selbstzweck ist oder etwa als „Selbsteinbringung des Therapeuten“ oder als „Feedback“ dem Klienten kommuniziert wird, sondern daß es hermeneutisch zum einführenden Verstehen des Klienten verwendet wird.* Die hermeneutisch orientierte Reflexion seiner Reaktionen soll dem Therapeuten das Verstehen der „Szenen“ des Klienten ermöglichen. Darin besteht grundsätzlich der Weg vom Noch-nicht-Akzeptieren und Noch-nicht-Verstehen zum Akzeptieren und Verstehen. Im folgenden möchte ich die konkreten Schritte dieses Weges näher beschreiben.

3.4 Interaktionelle Orientierung in der klientenzentrierten Therapie

Innerhalb der klientenzentrierten Therapie wird übrigens in der sogenannten interaktionellen Orientierung von van Kessel und van der Linden (1993) eine dem eben dargestellten Konzept des szenischen Verstehens ganz ähnliche Auffassung vertreten. Van Kessel und van der Linden gehen davon aus, daß die psychischen Probleme des Individuums durch die Art der erlebten frühen Beziehungen entstanden sind und beim Erwachsenen durch die Inszenierung seiner Beziehungen ausgelebt werden. Das Augenmerk des Therapeuten soll sich daher nicht auf die problematischen Inhalte und Symptome, sondern auf den Kommunikationsstil und die Beziehungsgestaltung des

Klienten richten. Noch strikter als bei Lorenzer soll der Therapeut die Inszenierung und Rollenzumutung des Klienten zwar genau und umfassend wahrnehmen, aber auf keinen Fall die zugemutete komplementäre Rolle annehmen. Vielmehr soll er durch seine „nicht-positionelle Haltung“ den (allerdings zunächst auch Widerstand hervorrufenden) Freiraum schaffen, in dem der Klient seine inkongruenten Inszenierungen wahrnehmen und neue, kongruentere Beziehungsformen kreieren kann.

Ich sehe in diesem Konzept allerdings eine völlige Einschränkung des Therapeuten auf das szenische Verstehen allein. Die logische und die psychologische Ebene des Verstehens von Lorenzer fallen dabei völlig unter den Tisch. Dies würde den Therapeuten gänzlich hindern, sich explizit und ausführlich mit dem innerpsychischen Erleben des Klienten zu befassen. Mit diesen Vorbehalten möchte ich die interaktionelle Orientierung in der klientenzentrierten Therapie aber doch als konkrete Form des szenischen Verstehens und als Möglichkeit zur Arbeit mit dem darin liegenden hermeneutischen Potential verstehen.

4. Konkrete Umsetzung einer hermeneutischen Empathie

4.1 Erster Schritt: Die eigene Reaktion wahrnehmen und anerkennen

Szenisches Verstehen meint also, daß der Therapeut den hermeneutischen Schlüssel zum Verständnis des Klienten findet, wenn er nicht nur das Verhalten und den Ausdruck des Klienten, sondern auch seine eigene Reaktion darauf einfühlsam beachtet. Der erste Schritt dabei ist, sich der eigenen Reaktion überhaupt genau gewahr zu werden. Gerade klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten sind hier tendenziell durch ihr Bemühen um Akzeptanz und Empathie in Gefahr, die wirkliche eigene emotionale Reaktion auf ihre Klienten nicht genügend wahrzunehmen. In der Supervision habe ich mir daher angewöhnt, zunächst ausführlich der Frage nachzugehen, wie man sich fühlen würde, wenn man mit diesem Klienten oder dieser Klientin zusammen eine sehr lange Eisenbahnreise oder auch eine lange dauernde Party erleben würde. In welcher Verfassung steigt man am Ende aus dem Zug bzw. geht von der Party nach Hause? Und welche Eigenheiten und Verhaltensweisen des Klienten bzw. der Klientin waren dafür mitbestimmend? Aus solchen Fragen ergibt sich sehr oft, daß derartige Begegnungen auch schwierig und unerfreulich sind. Daraus kann man ersehen, daß wir mit großer Wahrscheinlichkeit Klienten gegenüber nicht von Anfang an in vollem Ausmaß akzeptierend und empathisch verstehend sein können. Wir haben es hier mit einem vorläufigen Fehlen der Grundhaltung „nicht an Bedingungen gebundene positive Beachtung“

zu tun. Damit ist aber zugleich die Grundhaltung „empathisches Verstehen“ wesentlich mit betroffen. Ich möchte an dieser Stelle die Auffassung von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1979) unterstreichen, für die die unbedingte Wertschätzung den funktionalen Charakter einer Kontrollbedingung für das empathische Verstehen hat. Ausgehend von Rogers' Hinweis, daß Akzeptieren wenig bedeutet, solange es nicht Verstehen enthält, erläutern sie den Zusammenhang der beiden Grundhaltungen wie folgt. Es „... beeinflusst der erreichbare Grad der Wertschätzung die Möglichkeit des Therapeuten, den Klienten empathisch zu verstehen. Wenn der Klient bestimmte Gefühle oder Werthaltungen erkennen läßt, die im Therapeuten Gefühle auslösen, z.B. Angst oder Ablehnung, kann dieser seine unbedingte Wertschätzung nicht aufrecht erhalten. Dadurch wird die Möglichkeit des Therapeuten, auf den Klienten einzugehen, deutlich eingengt.“ (a.a.O., S. 22). Der Therapeut kann somit an seiner vorhandenen oder fehlenden Wertschätzung den Grad seines empathischen Verstehens überprüfen. Im Lauf der Therapie wird dieses Ausmaß an Wertschätzung und damit an Empathie immer wieder sich verändern. Jeder derartige Wechsel zeigt an, daß bedeutsame Momente im Therapieprozeß hervorkommen. Kann hingegen ein hohes Maß an Wertschätzung und damit an Empathie kontinuierlich erlebt werden, so hat die Therapie erfolgreich ihr Ziel erreicht und kann beendet werden.

Eine derartige Auffassung hat eine für die Praxis ganz wesentliche Konsequenz. Die nicht-wertschätzenden Reaktionen des Therapeuten sind dann nicht Fehler und Unvollkommenheiten, sondern wesentliche Bestandteile des eigentlichen Therapieprozesses. Daher sollen sie positiv aufgenommen und möglichst genau wahrgenommen werden. Sie haben einen wichtigen prozeßdiagnostischen und hermeneutischen Charakter. Ihre hermeneutische Dimension liegt darin, daß sie das Verstehen der „Szenen“ des Klienten ermöglichen.

Dies alles gilt aber nur für den Fall, daß der Therapeut in seinem Nicht-Wertschätzen und Nicht-Verstehen selber kongruent und klar sein kann. Resultieren seine Reaktionen aus seiner eigenen Inkongruenz, dann enthalten sie keinen Hinweis auf die Problematik des Klienten, sondern verweisen auf seine eigene. Wie man auch damit umgehen kann und muß, möchte ich im Anschluß an die konkreten Schritte der hermeneutischen Empathie erörtern.

Für den Moment sei festgehalten, daß der erste Schritt darin besteht, die *wirkliche* Reaktion des Therapeuten auf den Klienten wahrzunehmen. Diese Reaktionen bewegen sich dabei auf einem Kontinuum zwischen den Polen „nicht wertschätzen und nicht empathisch sein können“ auf der einen, und „wertschätzen und empathisch sein können“ auf der anderen Seite.

4.2 Das „normale“ Erschließen von Inkongruenz und Kongruenz

In der Realität werden völlig empathisch mit dem Klienten mitschwingende bzw. überhaupt nicht empathische Reaktionen seltene Extremfälle darstellen. Die klassische klientenzentrierte Reaktion, wie sie in verschiedenen Formen auch immer wieder geschildert wird, beinhaltet sozusagen viel, das wertgeschätzt wird, und ein wenig, mit dem der Therapeut vielleicht noch nicht einverstanden sein kann. *Gerade dieser Teil beinhaltet ein wesentliches, hermeneutisches Potential. Von diesem Teil seiner Reaktion her kann der Therapeut erspüren und sich klar machen, welches inkongruente Erleben und Kommunizieren des Klienten genau seine Reaktionen auslöst. Im Erfassen der Inkongruenz liegt natürlich auch die Möglichkeit, sich im Umkehrschluß den Horizont der jeweils relevanten Kongruenz anmuten zu lassen.* Im Idealfall handelt es sich bei dem, was der Therapeut besser spürt oder versteht, um Dinge, die „am Rand des Gewahrseins des Klienten“ sind, wie Rogers dies ausgedrückt hat.

Finkes (1994) Stufen des einführenden Verstehens (Wiederholen, Konkretisieren, selbstkonzeptbezogenes und organismusbezogenes Verstehen sowie „Interpretieren“) oder Sachses „Bearbeitungsangebote“ sind für mich Beispiele für derartige Therapeutenreaktionen, bzw. die aus ihnen folgenden, hermeneutisch begründeten Interventionen. Das Konzept von Sachse (1992; Sachse & Maus, 1991) geht aus von einem Verständnis der Empathie als sogenannter „Prozeßempathie“. Der Therapeut erfaßt dabei, auf welcher Stufe der Bearbeitungsweisen (z.B. bloßes Berichten, emotionales Berichten, personale Bedeutungen explorieren) der Klient sich befindet, bzw. welche Tiefe er dabei gerade vermissen läßt. In seinem Bearbeitungsangebot fordert der Therapeut ihn dann konkret auf, sich auf die geeignete nächstmögliche Stufe einzulassen.

Bei Finke möchte ich in unserem Zusammenhang vor allem auf die Bedeutung von selbstkonzeptbezogenem und organismusbezogenem Verstehen hinweisen. Im Fall einer Inkongruenz des Klienten wird ja die organismische Erfahrung geleugnet oder verzerrt, um das Selbstkonzept aufrecht zu erhalten. Ein organismusbezogenes Verstehen geht daher per definitionem immer über das Selbstverstehen des Klienten hinaus, während ein ausschließlich selbstkonzeptbezogenes Verstehen per definitionem keine therapeutische Veränderung auf den Weg brächte. Beide Verstehensstufen können daher nicht einfach gleichwertig nebeneinander gestellt, sondern müssen in ihrer unterschiedlichen Wertigkeit gesehen werden. Ich möchte dazu als ein sehr eindrucksvolles Beispiel für organismusbezogenes Verstehen die als „Sonden setzen“ bekannte Therapeutenintervention erwähnen. Dabei wird ein z.B. sich nicht sehr wertschätzender Klient aufgefordert, sich einen besonders pointierten, positive Selbstwertwert-

schätzung ausdrückenden Satz anzuhören und dabei auf seine spontanen Reaktionen zu achten. Sehr oft lösen derartige „Sonden“ besonders intensive Erlebensprozesse im Klienten aus. Ich bringe dies Beispiel als Hinweis auf einen klassischen Ablauf, der sich im Therapeuten abspielt. Von dem aus, was der Therapeut nicht wertschätzen kann (inkongruentes Selbst des Klienten), erspürt er die Inkongruenz des Klienten und ihren Bedingungs Zusammenhang. Damit eröffnet er sich, und in der Folge auch dem Klienten, den Horizont der Kongruenz. Anders als bei dem erwähnten „Sonden setzen“, kann aber deren konkrete Ausformung in den meisten Fällen der Kreativität des Klienten überlassen werden kann. Der Normalfall in der klientenzentrierten Therapie wäre somit der, daß der Therapeut gerade mit Hilfe dessen, was er noch nicht akzeptiert, dem Klienten ein klein wenig voraus kommt, indem er dessen selbstkonzeptbezogenes Erleben überschreitet, und das schon am Rand des Gewahrseins befindliche, organismusbezogene Erleben des Klienten zu berühren vermag.

4.3 Verstehen mit Hilfe der Lebensgeschichte

Wenn das vorhin Geschilderte als Normalfall in der therapeutischen Praxis gelten darf, so ist dem entgegenzuhalten, daß rigides Erleben und massive Abwehrprozesse, die sich durch normale „Bearbeitungsangebote“ oder „organismusbezogene Interventionen“ überhaupt nicht verändern, mindestens genau so an der Tagesordnung sind. Die Abwehrprozesse sind dann eben noch so massiv, daß das jeweilige organismische Erleben noch nicht am Rande des Gewahrseins ist und vom Therapeuten mit einiger Leichtigkeit berührt werden könnte. *Hier ist es nötig, das hermeneutische Potential des szenischen Verstehens in tieferer Weise auszuschöpfen. Nach dem genauen Wahrnehmen der eigenen Reaktion und dem intuitiven Schließen auf die darin gespiegelte Inkongruenz des Klienten, ist hier noch ein wesentlich weiterer intuitiver Schritt zu tun. Es sollten – im Laufe der Therapie – Vorstellungen davon gefunden werden, welche Situationen diese Inkongruenz so lebenswichtig und so massiv haben werden lassen, wie die Inkongruenz entstanden ist, und wie sie sich identitätsstiftend weiter entwickelt hat. M. a. W.: es kommt hier die lebensgeschichtliche Perspektive ins Spiel.* Es sollten Ahnungen davon möglich werden, wie Situationen sich anfühlen, die so eng oder so bedrohlich empfunden werden, daß die inkongruenten Reaktionen einen überlebenssichernden Ausweg daraus darstellen. Es sollten Anmutungen, Bilder und Hypothesen im Therapeuten entstehen, wie jemand an inkongruenten Mustern festhalten, und darin seine Identität und seine phänomenale Welt in ihrer fixierten Selbstverständlichkeit erleben kann. Wenn dies der Fall ist und diese intuitiven Anmutungen an vielen weiteren Szenen (d.h. am weiteren Erleben und Verhalten

des Klienten und den eigenen Reaktionen darauf) überprüft werden, dann ergibt sich allmählich ein Verstehen des So-geworden-Seins des Klienten.

Wenn hier von lebensgeschichtlicher Perspektive die Rede ist, so ist damit natürlich nicht die „objektive“, äußere Lebensgeschichte gemeint. Diese vermag zwar oft auch eine Hilfe für ein besseres Verstehen sein, aber sie reicht auf keinen Fall aus, um die innere Welt des Klienten zu konstituieren. Nicht die objektiven Situationen bestimmen das Erleben des Menschen, sondern die Art und Weise, wie der Mensch diese wahrnimmt und wertet. Finke (1990, S. 121) hat dies so formuliert: „Wir haben es also bei der lebensgeschichtlichen Rückbesinnung des Klienten nie mit ‚wirklichen‘, sondern nur mit bereits mehrfach interpretierten Ereignissen zu tun. Diese Interpretationen des Patienten konstituieren seine Lebensgeschichte. Letztere ist die eher thematisch geordnete Abfolge der Rezeption von Geschehnissen in inneren Bildern, Phantasien und auch tagträumerischen Gestaltungen. Es handelt sich hier also um die ‚innere Welt des Klienten‘ in ihrer zeitlichen Erstreckung.“

4.4 Verstehen durch Wissen ermöglicht Einfühlung

Nach den beiden jetzt besprochenen „Normalfällen“ möchte ich einen weiteren Typus von „normaler“ therapeutischer Situation anführen. Ich denke dabei an ein Erleben und Verhalten, das auch nicht ohne weiteres von der lebensgeschichtlichen Perspektive her verständlich wird oder das massiv unveränderbar erscheint, das wir also im eigentlichen Sinn als krank klassifizieren müssen. Swildens (1991) spricht bei den klassischen psychischen Krankheiten von einer Stagnation des existentiellen Prozesses, der der Mensch ist. Als Beispiele verweise ich etwa auf das massive Verbergen bei Suchtkranken, das Vermeiden der angstmachenden Situationen bei Angstkranke oder die inadäquat wechselnden und heftigen Reaktionen von Borderline-Kranken. Auch hier besteht der erste Schritt darin, genau die eigenen Reaktionen auf die Klienten wahrzunehmen. **Um aus diesen aber einen passenden Sinn ziehen zu können, bedarf es hier zusätzlicher Perspektiven. Eines dieser Erfordernisse ist genügend Information über die Merkmale, das Wesen und die Entstehungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten und Fehlanpassungen. Eckert (1985) hat dies so ausgedrückt, daß das Verstehen durch Einfühlung in vielen Fällen oft erst möglich wird durch das ‚Verstehen durch Wissen‘.** Das Wissen darum, wie sich verschiedene Krankheiten im Verhalten und Erleben auswirken, kann mir helfen, meine eigenen Reaktionen darauf zu verstehen. Und umgekehrt: meine eigenen Reaktionen können mir als diagnostische Kriterien dienen, um krankes Verhalten als solches zu erkennen und zu verstehen. Damit wäre zugleich auch des hermeneutische Potential

der vom Wissen „erleuchteten“ Reaktion des Therapeuten auf den Klienten umschrieben. Aus den Reaktionen des Therapeuten lassen sich im Lauf der Therapie sowohl prozeßorientierte, vorläufige Diagnosen, wie auch immer weitere Bilder vom Geworden-Sein des Klienten erschließen. Als hervorragende Beispiele für eine derartig klientenzentrierte Verwendung psychiatrischen Wissens möchte ich hier auf das Konzept der Prozeßorientierten Gesprächspsychotherapie von Swildens (1991) sowie auf die störungsspezifischen Ansätze von Binder & Binder (1991) vor allem für die Arbeit mit psychotischen Patienten und Klienten verweisen.

5. Inkongruente Therapeutenreaktionen

5.1 Inkongruentes Nicht-Akzeptieren und Nicht-Verstehen

Es versteht sich von selbst, daß die hermeneutische Dimension der nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Therapeutenreaktionen nur dann dem besseren Verstehen des Klienten dienen kann, wenn der Therapeut dabei selbst kongruent und klar bleiben kann. In unserem therapeutischen Alltag wird es aber immer wieder dazu kommen, daß wir aufgrund unserer eigenen Problematik uns bedroht fühlen, etwas nicht aushalten und unverständlich finden, oder gewisse Impulse bei unseren Kommunikationspartnern nicht aushalten können. Das Nicht-Akzeptieren und Nicht-Verstehen resultiert dann aus unseren eigenen Inkongruenzen. Leider gilt auch hier die allgemeine Gesetzmäßigkeit, daß Inkongruenzen von anderen eher und klarer wahrgenommen werden können, als von den Betroffenen selbst. Dennoch können Therapeuten wenigstens so sensibel werden, die Anzeichen dafür wahrzunehmen, daß ihre Reaktionen der Bedrohung, des Ärgers oder der Verachtung ihren Hintergrund in der eigenen Persönlichkeitsstruktur haben könnten. Lehrtherapie, Supervision und Intervision dienen der Verfeinerung einer solchen Sensibilität. Wenn man sich die Ahnung eigener Inkongruenz zugestehen kann, dann kann, in Analogie zum bisher Gesagten, das eigene Erleben als hermeneutischer Schlüssel zum Gewährwerden der eigenen Inkongruenz verwendet werden. Es muß dann auch hier die lebensgeschichtliche Perspektive mit in Betracht gezogen werden. Die konkreten Schritte kann man sich dabei ähnlich vorstellen wie die Schritte zum Verstehen der Klienten. Zuerst geht es darum, möglichst genau wahrzunehmen, welches Verhalten und Erleben des Klienten mich beeinträchtigt, bzw. im Umkehrschluß, welches alternative Verhalten und Erleben ich brauchen würde, um unbeeinträchtigt zu sein. Die nächste Frage geht dahin, intuitiv zu eruieren, was genau dieses Beeinträchtigtsein ausmacht, welche innere Not, welche unerfüllten Bedürfnisse, welche Defizite an eigener Sicherheit und guter Abge-

grenztheit dahinter stehen könnten. Wenn diese Nöte und Defizite klarer werden, kann exploriert werden, wie „gute Eltern“ damit optimal umgehen würden, und wie ich selber sein würde, wenn ich zu meinen Nöten und Defiziten wie „gute Eltern“ eingestellt wäre. Und daraus können sich vielleicht die Vorgänge und Erfahrungsprozesse ergeben, die notwendig wären, um zu einer solchen Umgangsweise mit sich selbst zu kommen.

5.2 Inkongruentes Akzeptieren und Verstehen

Es war jetzt die Rede vom inkongruenten Nicht-Akzeptieren und Nicht-Verstehen. Dem muß hinzugefügt werden, daß es natürlich auch die Möglichkeit des inkongruenten Akzeptierens und Verstehens gibt. In diesem Fall ist die Lage noch schwieriger, weil hier keine Bedrohung verspürt wird, das Akzeptieren und Verstehen ja gerade den eigenen Bedürfnissen zu entsprechen scheint und die eigene Inkongruenz einem selbst noch unzugänglicher ist. Dazu kommt, daß klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten für inkongruentes Akzeptieren in besonderer Weise anfällig sind. Es werden ja von dieser Therapierichtung gerade Personen angezogen, für die Akzeptieren und Verstehen von besonderer Bedeutung sind. Der besondere Wert dieser Qualitäten entsteht oft dadurch, daß man sich selbst wünscht bzw. es besonders braucht, gemocht und verstanden zu werden. Ich erinnere hier an das von A. Miller (1979) ausführlich beschriebene Drama der begabten Kinder, deren hohe Sensibilität von narzißtisch bedürftigen Eltern für deren eigene Nöte gemißbraucht worden ist. Solche Menschen können sich besonders differenziert und prompt in andere Menschen und deren Bedürfnisse einfühlen. Dabei bleibt ihnen verborgen, daß ihre Sensibilität aus dem Bedürfnis nach Symbiose und Konfluenz entsteht und daß dahinter ein Mangel an genügendem Akzeptiert- und Verstanden-worden-Sein steckt. Klientenzentrierte Therapeuten sollten sich daher besonders überprüfen, ob ihr Zustimmen und Raum (für den anderen) geben etwas damit zu tun hat, daß sie eigene Stellungnahmen und Konflikte und damit wirklichen Kontakt aus Vorsicht vermeiden. Die Geschichte der eigenen Krankheiten und Kränkbarkeiten kann uns gewahr werden lassen, wie spezifisch anfällig wir sind für Bedrohungen und wie wir unsere Grenzen nicht gut aufrecht halten können. Es steht hier auch zur Debatte, wie wir mit unseren eigenen Schattenseiten umgehen. Ob wir beispielsweise Scham oder doch auch Respekt empfinden können für eigene Egoismen (wie Neid oder Gier) oder für verborgene Aggressionen (wie etwa Verachtung und Rückzug im Kontakt). Derartige Fragen ermöglichen uns die Exploration des inkongruenten Akzeptierens und Verstehens. Wenn man sich die Ahnung einer eigenen Inkongruenz diesbezüglich zugestehen kann, dann ist es auch hier möglich, das eigene Erleben als hermeneutischen Schlüs-

sel zu einem besseren Selbstverstehen zu verwenden und die dafür oben schon beschriebenen Schritte zu gehen. Erst wenn der Therapeut mit sich selber wieder in Übereinstimmung ist, ist er in der Lage, zum besseren Verstehen des Klienten zu gelangen.

6. Schluß

Das Ziel der klientenzentrierten Therapie ist es, dem Klienten das Gewahrwerden und damit die Überwindung der Inkongruenz zu ermöglichen. Dementsprechend muß das empathische Verstehen des Therapeuten das inkongruente Selbstverstehen des Klienten hermeneutisch überschreiten. Wenn dies nicht der Fall ist, bleibt empathisches Verstehen oberflächlich und unwirksam. Von besonderer Bedeutsamkeit sind dabei die kongruenten nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Reaktionen des Therapeuten. Von diesen Reaktionen her kann er sich die Inkongruenzen des Klienten am ehesten erschließen. Unter Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive wird es weiters möglich, intuitiv die Entstehung und die Notwendigkeit der Inkongruenzen zu verstehen. Bei den klassischen psychischen Störungen verhilft zusätzlich therapeutisches Wissen zum einführenden Verstehen. Ein genügendes Ausmaß an kongruentem Akzeptieren und Verstehen ist die Vorbedingung jeder therapeutischen Situation. Der eigentliche Fortschritt im Therapieprozeß hängt jedoch wesentlich vom gelungenen Umgang des Therapeuten mit seinen noch-nicht-akzeptierenden und noch-nicht-verstehenden Reaktionen ab. Darin liegt die Umsetzung der hermeneutischen Dimension der Empathie und darin äußert sich wahrhaft „personal power“ in der therapeutischen Begegnung.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, Psychosomatisches Erleben, Depressives Leiden. Eschborn: Dietmar Klotz
- Eckert, J. (1985): Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? In: GwG-info 59, S. 115-121
- Finke, J. (1990): Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozeß. In: Meyer-Cording, G & Speierer, G. (Hg.): Gesundheit und Krankheit. Köln: GwG

- Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Gendlin, E. T. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. 1964. Übersetzt und bearbeitet von J. Wiltshko. Würzburg: DAF
- Lorenzer, A. (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Miller, A. (1979): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Rogers, C. R. (1977): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Ds.: Therapeut und Klient. München: Kindler. [¹ (1975 a): Client-centered Psychotherapy. In: Freedman, A. M. et al. (Eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore]
- Rogers, C. R. (1980): Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta. [¹ (1975 b): Empathic: An Unappreciated Way of Being. In: The Counseling Psychologist, 5, 2, pp. 2-10]
- Rogers, C. R. (1982): Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. In: GwG – info 48, S. 18-35
- Rogers, C. R. (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG. [¹ (1959): A Theory ... In: Koch, S. (Ed.): Psychology. A Study of a Science. Vol. III. New York: Mc Graw Hill]
- Rogers, C. R. (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C. R. & Schmid, P. F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz: Grünewald. [¹ (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology, 21, 2, pp. 95-103]
- Rogers, C. R. (1991): Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In: Rogers, C. R. & Schmid, P. F.: Person-zentriert. Mainz: Grünewald [¹ (1986): A client-centered ... In: Kutash, L. L. & Wolf, A. (Ed.): Psychotherapist's Case-book. San Francisco: Jossey Bass]
- Sachse, R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Sachse, R. & Maus, C. (1991): Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Swildens, H. (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG
- van Kessel, W. & van der Linden, P. (1993): Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt. In: GwG-Zeitschrift 90, S. 19-32

Anschrift des Verfassers:

Mag. Wolfgang W. Keil,
Albertgasse 39/6, A-1080 Wien