

Hermann Spielhofer

Psychotherapie als Prozess der Anerkennung

Zusammenfassung: *Psychotherapie, soll sie wirksam sein, besteht in der gegenseitigen Anerkennung von Therapeut und Klient und in der Folge in der Anerkennung und Wiedererlangung des eigenen Begehrens durch den Klienten. Für Rogers waren stets die Einstellungen und Haltungen des Therapeuten, sein Beziehungsangebot wesentlich für das gedeihliche Klima in der Therapie. Daneben ist jedoch für den Autor das Beziehungsangebot des Klienten sowie dessen Rollenzuschreibungen an den Therapeuten ein wichtiger Aspekt in der Therapie. Im Rahmen des gemeinsamen Übertragungs-Gegenübertragungsprozesses wird eine Atmosphäre, ein interaktioneller Raum geschaffen, in dem das abgewehrte organismische Erleben in Form von unbewussten Inszenierungen und maskierten Botschaften, gleichsam „zwischen den Zeilen“ einfließen kann. Damit wird die Dyade aufgebrochen durch ein Drittes. Durch die Aufhebung in den gemeinsamen Sinn- und Verstehenshorizont, in die symbolische Ordnung der gemeinsamen Sprache entsteht eine triadische Struktur, die es ermöglicht, die affektive Verstrickung in der Dyade aufzulösen. Durch die Symbolisierung des abgewehrten organismischen Erlebens, durch die (Wieder-)Einführung in die gemeinsame Kommunikation erhält die Sprache eine gestaltende Kraft für die Ausformung und inhaltliche Bestimmung unseres Erlebens wie unserer Bedürfnisse und emotionalen Bewertungen. Durch die gesellschaftlich vorgegebene Semantik und Syntax unserer Sprache kann die Wahrheit des Begehrens oder des organismischen Selbst aufgedeckt oder auch verschüttet werden, und Psychotherapie hat damit die Aufgabe, die Begriffe und sprachlichen Zeichen auf ihren aufklärerischen und emanzipatorischen Gehalt hin kritisch zu überprüfen.*

Schlüsselwörter: *Abwehr, Anerkennung, Empathie, Interaktion, Konstruktion, organismisches Selbst, positive Beachtung, Selbstkonzept, Symbolisierung, therapeutische Beziehung, Übertragung*

Abstract: Psychotherapy as a process of acknowledgement. *To be effective, psychotherapy must mutually acknowledge therapist and client, and consequently acknowledge and re-establish the client's own will. For Rogers, the attitudes of the therapist and the relationship he or she offers were always essential for a positive atmosphere in therapy. For the author, however, the relationship offered by the client and the roles he or she attributes to the therapist are also important aspects of therapy. In the context of the common process of transference and counter-transference we create an atmosphere, a space of interaction in which the denied organismic experiencing can "flow in" in the shape of unconsciously staged interactions and masked messages, almost "in between the lines". In such a way the dyad is interrupted by a third element. The integration in the common level of meaning and understanding, in the symbolic order of the common language, gives rise to a triadic structure, which makes it possible to dissolve the affective entanglement in the dyad. By means of symbolization of the denied organismic experiencing, by means of the (re-)introduction of common communication, language obtains a creative power for the shaping of our experiencing and for determining its content and our needs as well as our emotional assessments. The semantics and syntax of our language, which are socially determined, can be used to uncover or bury the truth. Therefore it is the task of psychotherapy to examine critically the terms and the linguistic signs with regard to their uncovering and emancipatory potential.*

Keywords: *Denial, acknowledgement, empathy, interaction, construction, organismic self, positive regard, self-concept, symbolization, therapeutic relationship, transference*

„Und ich dachte, dass das Leben die Dinge vorsätzlich verschweigt, dass es sich nur selten in die Karten blicken lässt, weil es in Wirklichkeit unterirdisch verläuft, wie ein Fluss im Karst.“
(Antonio Tabucchi, 2002, S. 24)

1. Theorie und Anspruch der Personzentrierten Psychotherapie

„Der therapeutische Prozeß“, betont Rogers (1977, S. 27), „läßt sich im weitesten Sinne als Antwort verstehen, welche die Einstellungen des Therapeuten im Klienten hervorrufen“. Er verweist damit auf den Umstand, dass sich der Klient in der Weise und in dem Ausmaß selbst wahrnehmen und anerkennen kann, in dem der Therapeut ihn wahrzunehmen und zu akzeptieren imstande ist. Entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, mit den entsprechenden Beziehungsvariablen. Sie stellt eine spezifische Situation dar, die sich wesentlich von Alltagssituationen unterscheidet, auch wenn die grundlegenden Erkenntnisse aus der Therapie, wie Rogers stets betont, für alle übrigen zwischenmenschlichen Beziehungen gültig sind. Während wir in Alltagssituationen (verbale und nonverbale) Botschaften mit unserem Gegenüber austauschen, so liegt das Augenmerk in der Therapie vor allem auf diesen Austauschprozessen selbst sowie dem Erleben, das damit verbunden ist; es geht um die Störungen, Brüche und Lücken im Dialog mit dem Therapeuten, um die inkongruenten Anteile der Kommunikation.

Als mir angeboten wurde, einen Beitrag darüber zu schreiben, „was in der Therapie tatsächlich passiert“, sagte ich erst einmal etwas leichtfertig zu. Nach fast zwanzig Jahren therapeutischer Tätigkeit sollte ich eigentlich wissen, worauf es ankommt und was in der Therapie *tatsächlich passiert*. Beim Schreiben dieses Artikels ist mir allerdings wieder bewusst geworden, wie komplex und vielschichtig sich der therapeutische Prozess sowie die Beziehung zum Klienten gestaltet und wie schwierig es ist, die relevanten Aspekte zu benennen, „auf den Begriff zu bringen“. Nun hat Rogers (1973, S. 134) ebenfalls diese Einmaligkeit und Vielfalt des therapeutischen Geschehens betont, aber auch von seiner tief empfundenen Verzweiflung berichtet, „angesichts der unglaublichen Komplexität der therapeutischen Beziehung“. P. F. Schmid (1997, S. 14) schreibt, unter Bezugnahme auf den französischen Philosophen E. Levinas, „einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“. Nun ist es gerade zu Beginn der Tätigkeit als Psychotherapeut nicht immer leicht, die Unsicherheit zu ertragen, sich dem Rätsel zu stellen, es wach zu halten und den Klienten mit seinen einzigartigen Eigenschaften, seinen Wünschen und auch Probleme-

men nicht gleich diagnostisch einzuordnen und zu klassifizieren, um daraus Sicherheit zu beziehen – wovon gerade Rogers immer wieder gewarnt hat.

Das Sich-Einlassen auf den Klienten bedeutet für den Therapeuten allerdings immer auch, sich selbst in Frage stellen zu lassen, neue Antworten zu suchen, sich mit dem Mysterium des menschlichen Daseins zu konfrontieren – wie Geburt, Person-Werdung, Leid und Tod –, das nie ganz mit unserem rationalen Verständnis und den reduktionistischen wissenschaftlichen Verfahren auflösbar ist. Basis und der Ausgangspunkt unseres Bewusstseins liegen zudem im Dunkeln, in den körperlichen Prozessen und in den vorsprachlichen, nicht symbolisierten Erlebnissen, die wir über die Selbsterfahrung nur teilweise reflexiv einholen und deuten können. Hier stoßen wir immer wieder auf Grenzen unseres Selbst-Verständnisses. Außerdem ist unsere Möglichkeit der (Selbst-)Erkenntnis durch das Selbstkonzept mit den darin repräsentierten Bewertungen verfälscht und lückenhaft; durch die Übernahme der Sichtweisen der relevanten Anderen sind wir von unserem eigenen Erleben getrennt. Rogers (1987, S. 52f) sieht darin „die grundlegende Entfremdung des Menschen“; „er ist nicht er selbst“ und „es entsteht eine neue symbolische Welt, die das Selbst bestärkt“ und „dadurch wird [...] das Erkennen der wirklichen Erfahrung völlig vermieden“. Selbsterfahrung ist daher stets ein offener und unabschließbarer Prozess. Es ist eine Annäherung an ein Original, das nicht vorgegeben ist; weder als im Menschen angelegtes Potenzial, wie das „wahre Selbst“¹ oder die „Weisheit der Natur“, noch als transzendente Instanz, wie eine „kosmische Vernunft“ oder ein „göttlicher Wille“; wir müssen uns vielmehr selbst als Leitbild entwerfen. Da wir angesichts unserer *Geworfenheit* in eine Existenz, deren Voraussetzungen wir nicht bestimmen können (Heidegger) und aufgrund unserer Vergänglichkeit keinen Absolutheitsanspruch mehr stellen können, sind wir gezwungen, auf unseren eigenen Daseinsentwurf hin zu handeln. Insofern ist es notwendig, das Menschenbild, die philosophisch-anthropologischen Grundlagen sowie die ethischen Prinzipien auszuweisen, an denen sich therapeutisches Handeln orientiert und zu legitimieren hat (Swildens, 1991; Linster/Panagiotopoulos, 1991; Spielhofer, 2001).

Aufgrund der Komplexität des Gegenstands, der epistemologischen Probleme und des ungeklärten Wissenschaftsbegriffs kann es nicht überraschen, dass es keine konsistenten geschlossenen theoretischen Systeme zur Beschreibung und Begründung der menschlichen Persönlichkeit und ihrer Störungen sowie daraus abgeleitete Handlungsanweisungen gibt. Auch im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes sind wir gezwungen, die Lücken und Brüche durch unsere persönlichen Konzepte sowie mittels Intuition (geschult

1 So weist gerade Kirkegaard (1909, S. 225), von dem Rogers den Begriff des „wahren Selbst“ übernommen hat, darauf hin, dass es sich dabei um ein soziales, um ein gesellschaftliches Selbst handelt, das sich in Auseinandersetzung mit der Umgebung und den Lebensverhältnissen konstituiert.

durch unser Wissen und unsere Erfahrung) zu ergänzen und die Widersprüche aufzuheben. Allerdings entspricht dies ja ohnehin dem Verständnis Rogers', der stets vor Dogmatismus und Einseitigkeit gewarnt hat und Theorie als etwas Vorläufiges beschrieben hat – ein „fehlerhafter, sich immer im Wandel befindender Versuch“, der „als Anreiz für weiteres kreatives Denken dienen [sollte]“ (Rogers, 1987, S. 16). Auch Maureen O'Hara (1998, S. 14) weist darauf hin, dass wir es im Rahmen gesellschaftlicher und kultureller Entwicklungen stets mit neuen Gegebenheiten, wissenschaftlichen Paradigmen und, wie sie betont, mit neuen Mythen zu tun haben und „eine neue personzentrierte Psychologie“ kann daher „keinen Anspruch auf das letzte Wort erheben. Ein Teil von jedem neu entstehenden Mythos wird Unsicherheit, Rätsel und Vielfalt akzeptieren müssen als Gegebenheiten, mit denen man eher leben muss, und nicht so sehr als Widersprüche, die aufgehoben werden müssen. Es gibt [...] zahlreiche potentiell bearbeitbare Geschichten darüber, wie die psychologische Welt funktioniert. All diese Geschichten sind Bewusstseinsprodukte, immer offen für eine Neubearbeitung“. Auch diese Arbeit basiert daher zum Teil auf persönlichen Erfahrungen und Konzepten sowie den daraus abgeleiteten therapeutischen Handlungsanleitungen. Bei der Entwicklung einer eigenen persönlichen „Theorie“ habe ich jedoch versucht, dem Anspruch des Personzentrierten Ansatzes gerecht zu werden, sie am Menschenbild Rogers' und den ethischen Grundsätzen auszurichten. Andererseits habe ich versucht, dort, wo mir die Konzepte Rogers' zu undifferenziert oder unzureichend erschienen sind, Aspekte anderer Ansätze wie insbesondere der Psychoanalyse zu integrieren, auf deren Grundkonzepten ja auch der Personzentrierte Ansatz basiert, auch wenn Rogers sich immer wieder davon abzugrenzen versucht², oder der konstruktivistischen Erkenntnislogik.

Es erscheint mir wichtig, diese Begrenzungen im Auge zu behalten, um die Gefahr einer leichtfertigen Selbstgewissheit hinten zu halten und um dadurch aber auch die gegebenen Möglichkeiten besser ausschöpfen zu können. Auch wenn wir uns nicht auf einen Ausgangspunkt oder ein Referenzsystem beziehen können, und unsere Selbsterfahrung lückenhaft und verzerrt ist, so müssen wir davon ausgehen, dass Selbsterkenntnis grundsätzlich möglich ist, und ein „Ich“ oder Subjekt ansetzen als Vermittler zwischen organismischen Strebungen und Außenwelt sowie zur Konstituierung von „Realität“, im Sinne einer gemeinsamen Konstruktion von „Lebenswelt“, entsprechend der phänomenologischen Sichtweise, um Wunsch und Realität, Wahn und Wirklichkeit unterscheiden zu

können. Denn gerade die Behandlung von psychischen Störungen und Leidenszuständen erfordert ein verantwortungsvolles und geschultes therapeutisches Handeln, das der ständigen Reflexion bedarf, und zwar auf der Basis einer Störungslehre und der daraus abgeleiteten Therapietheorie, die dem derzeitigen Stand unseres Wissens entspricht. So wird auch im österreichischen Psychotherapiegesetz gefordert, dass sich die Ausübung der Psychotherapie auf der Grundlage einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Theorie des menschlichen Handelns zu vollziehen hat. Nur anhand eines solchen theoretischen Rahmens ist es möglich, die Botschaften des Klienten zu erfassen und darzustellen. „Bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen“ schreibt Finke (1994, S. 62), „spielt nämlich die Frage eine wichtige Rolle, woraufhin der Patient verstanden werden soll, innerhalb welchen Zusammenhanges der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch die Persönlichkeits- und Neurosentheorie, der sich der Therapeut verpflichtet fühlt, vorgegeben. Auf dem Hintergrund dieser Theorie sind die Phänomene, also z. B. bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten einzuordnen“. Erst anhand eines theoretischen Modells, so ist hinzuzufügen, sind psychische Phänomene und Prozesse fassbar und darstellbar.

Rogers hat 1957 seine bekannten *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* für die Psychotherapie beschrieben, bei denen es vor allem um das förderliche Beziehungsangebot für eine Veränderung beim Klienten geht, das bestimmt ist durch die Grundvariablen – Empathie, Kongruenz und positive Beachtung oder Wertschätzung. Diese Bedingungen basieren auf einem bestimmten Menschenbild und einem Konzept von Persönlichkeit, das vor allem charakterisiert wird durch die Fähigkeit des Organismus zu Wachstum und Selbstheilung: Die Klientenzentrierte Psychotherapie, so betont Rogers (1977, S. 15), „geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung einer Einzelperson (etwa dem Therapeuten) freigesetzt werden kann“. Allerdings ist es schwierig, aus diesen allgemeinen Prinzipien Handlungsanleitungen abzuleiten und damit so etwas wie eine person-/klientenzentrierte Methode auszumachen, hat sich doch gerade in den letzten Jahren die Diskussion über die unterschiedlichen Strömungen, Varianten oder „Weiterentwicklungen“ sehr dynamisch, aber auch kontroversiell entwickelt, sowie auch darüber, was nun noch personzentriert ist und was nicht.³ Dies hat seinen Grund u. a. darin, dass sich Rogers selbst hinsichtlich der Methodik Klientenzentrierter Psychotherapie nur sehr allgemein geäußert hat und in seinen Darstellungen Hinweise auf konkrete Handlungen oder Interventionen meist fehlen. Insgesamt hat er Techniken einen geringen Stellenwert beigemessen; sie haben nur

2 Rogers übernimmt von der Psychoanalyse nicht nur die Konzepte des Unbewussten und der Abwehr, sondern auch Begriffe wie Internalisierung, Projektion, Rationalisierung usw. Er betont selbst: „Die klient-bezogene Therapie ist ein Produkt ihrer Zeit und des kulturellen Hintergrunds. Ihre Entwicklung wäre nicht möglich gewesen ohne das Verständnis für die unbewussten Bestrebungen des Menschen und seine komplizierte emotionelle Natur, das Freuds Beitrag zu unserer Kultur gewesen ist“ (Rogers 1972, S. 21f).

3 Vgl. dazu die in den letzten Jahren erschienenen Sammelbände: Frenzel, P. et al. (2001); Keil, W. W./Stumm, G. (2002); Iseli, C. et al. (2002).

insofern Bedeutung, schreibt er (1957, S. 183), als sie „ein Kanal“ werden können, „um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren“. Sie können aber ebenso „Einstellungen und Erfahrungen zum Ausdruck bringen, die in scharfem Gegensatz zu den hier als Hypothese aufgestellten Bedingungen der Therapie stehen“. So hat Rogers immer wieder die Bedeutung und Autorität der *direkten und unmittelbaren Erfahrung* betont, ohne allerdings eine systematische Bestimmung der Möglichkeiten und Bedingungen von Erfahrung sowie deren methodische Fundierung zu entwickeln. Wir können heute nicht mehr davon ausgehen, dass es so etwas wie ein unverfälschtes, im Organismus vorgegebenes Erleben gibt, auf das wir zurückgreifen können; es ist nie voraussetzungslos, sondern stellt stets bereits eine Auslegung dar (Finke, 1999; Spielhofer, 1999, 2002). Maureen O'Hara (1999, S. 18) weist darauf hin, dass – entsprechend den neueren epistemologischen Ansätzen – die Person nicht vom Inhalt des Erkennens zu trennen ist, „Wahrnehmung und Bedeutung-geben aktive und kreative Prozesse sind“. Damit „müssen wir auch zugeben, dass Empathie, wie von Rogers [...] beschrieben, nicht möglich ist. Es ist für uns nicht möglich, unsere Subjektivität auf diese Art beiseite zu stellen. Ohne sie hätten wir keine Möglichkeit, in dem, was wir hören, einen Sinn zu finden. Außerdem macht uns jeder Anspruch darauf, mehr als es unsere Subjektivität je könnte, blind für die Art, in der unsere Vorurteile und Interessen unvermeidlich in all unserem Verstehen der Welt, in all unseren Bildern von unserer Welt und in all unseren Fragen einfließen“. Jede Wahrnehmung oder Erfahrung ist bereits eine Interpretation, oder besser Konstruktion auf der Basis unserer früheren Erfahrungen, unserer Bedürfnisse sowie unserer Intentionen. Dies betrifft auch die Erinnerungen unserer Lebensgeschichte, die ständig neu entworfen, *konstruiert* wird, „denn alle Vergangenheit ist bestimmt von meiner Gegenwart oder besser von meiner Zukunft, meinem Entwurf“ (Laplanche 1992, S. 470).⁴

Außerdem hat Rogers seine Therapiekonzepte im Laufe der Entwicklung seines Ansatzes immer wieder modifiziert, so dass es darauf ankommt, auf welche Phase oder welchen theoretischen Kontext man sich bezieht (Pfeiffer, 1995; Swildens, 1991; Finke, 1999). Auch wenn es Rogers nicht mehr gelungen ist, für die spätere Entwicklung seines Ansatzes, wie dem Konzept der „Begegnung“, eine ähnlich systematische und stringente Theorie zu formulieren, so sollten wir nicht versuchen, den *früheren* Rogers gegen den *späteren* auszuspielen, sondern wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, sollten uns „gerade die schwer überschaubaren Schriften der Spätzeit [...] vor die Aufgabe [stellen,] kritisch zu gewichten und zu wählen, das für uns Bedeutsame anzueignen und theoretisch zu durchdringen“.

Es erscheint mir vor allem notwendig, dem *Anspruch* dieses Ansatzes gerecht zu werden, wie er im Menschenbild und in den ethischen Anforderungen zum Ausdruck kommt. Dieser Anspruch besteht vor allem darin, das *organismische Selbst*⁵, zum Sprechen zu bringen, indem die Verzerrungen und Lücken im Erleben der Klienten aufgehoben werden, die durch die Bewertungsbedingungen, durch die Anforderungen und Botschaften der relevanten Anderen bzw. deren Repräsentation und Interpretation im Selbst entstanden sind.

Diesem abgewehrten organismischen Erleben, d. h. unseren Bedürfnissen, Gefühlen, Empfindungen, stehen Ängste gegenüber, die positive Beachtung und Zuwendung zu verlieren, abgelehnt und ausgeschlossen zu werden. Rogers weist auch darauf hin, dass durch die Abwehr des organismischen Erlebens Unsicherheit, Angst und Desorganisation entstehen. Es ist dies keine bewusste Entscheidung, wie Rogers (1987, S. 52) betont, „sondern eine natürliche, ja tragische Entwicklung während der Kindheit“. Um diese Abwehr aufrechtzuerhalten kommt es zu Verhaltensweisen wie Kompensationen, Zwängen, Phantasien, Projektionen und Rationalisierungen. „Die Person bemüht sich um ein Verhalten, das mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmt. Aber ihr neurotisches Verhalten – in welchem das gesamte Sein der Person nach Erfüllung strebt – ist sogar für sie selbst unbegreiflich, da es im Widerspruch steht zu dem, was sie bewusst tun ‚möchte‘ – nämlich ein Selbst verwirklichen, das mit ihrem Erleben nicht mehr übereinstimmt“ (Rogers/Wood 1977, S. 122). Vor allem durch die Projektion der abgewehrten Impulse auf andere und durch die Rationalisierung, d. h. durch die Rechtfertigung des Verzichts auf das eigene Erleben, entsteht eine neue Sicht der Dinge, mit der der Klient versucht, dem Leiden einen Sinn zu geben. Dies ermöglicht es dem Individuum, die Inkongruenz im eigenen Erleben zu kaschieren und das Selbst vor bedrohlichen Erfahrungen zu schützen. Damit wird eine neue symbolische Ordnung geschaffen, d. h. das Kind *übersetzt* die Erfahrungen im Sinne seines Selbstkonzepts entsprechend der Tendenz, ein konsistentes und geschlossenes Bild von sich zu schaffen. Rogers selbst hat eine Reihe von Beispielen angeführt, wie Fehlanpassungen durch entsprechende Interpretationen kaschiert und gerechtfertigt werden, so etwa, wenn ein junger Mann, der sich als uninteressant erlebt, das Interesse anderer an seiner Person damit abwerten muss, indem er behauptet, dass ihn die betreffenden Personen ja nicht richtig kennen oder nur höflich sind; oder sexuelle Impulse werden von einer streng religiös erzogenen Frau als fremd, ichdyston wahrgenommen.

4 Die gemeinsamen Grundlagen sowie die Unterschiede zwischen dem phänomenologisch-hermeneutischen Verstehen und dem Konstruktivismus können hier nicht weiter ausgeführt werden, bedürfen m. E. allerdings auch noch einer Klärung vor allem im Hinblick auf das Empathie-Konzept im Personenzentrierten Ansatz (vgl. dazu Frenzel, 1991; Keil, 1997; Spielhofer, 1999).

5 Die Bezeichnung, „organismisches Selbst“ wird hier als Metapher verwendet und nicht – wie bei Rogers – als ein im Menschen angelegtes Potenzial, das es zu realisieren gilt. Es soll damit die Bedeutung der biologischen Konstitution oder der „menschlichen Natur“ bei der Ausbildung der Bedürfnisse und Wünsche betont werden, die sich im Austausch mit der Umwelt vollzieht; es geht hier um das grundlegende anthropologische Konzept, das auf den biologischen Anlagen gründet und den funktionalistischen Verhaltenstheorien oder den idealistischen Bewusstseinstheorien entgegengestellt wird (Spielhofer, 2002).

Das bedeutet, dass diese Rationalisierungen oder *Konstruktionen* zur Rechtfertigung des eigenen Leidens, die durch die Gesellschaft vorgegeben werden, gebrochen durch die individuellen Bewertungen in der Familie, sukzessive ersetzt werden müssen durch neue angemessenere Konstruktionen. „Der Weg der Entwicklung psychischer Reife, der Weg der Therapie, besteht in der Aufhebung dieser Entfremdung des menschlichen Handelns, der Auflösung der Bewertungsbedingungen“ (Rogers 1987, S. 52). Dabei soll der Klient in die Lage versetzt werden, die Gründe und Notwendigkeiten dieser bestehenden Konstruktionen und Lebensentwürfe mit ihren *Mythen* und *Alibis* (Swildens, 1991) zu verstehen, „als eine Biographie des Überlebens, des Bestehens, des Trotzdem-sich-Behauptens, geleistet mit Mitteln wie Vergessen, Verdrängen und dem Verfassen einer Lebensgeschichte nach dem Rezept der Schriftsteller, welche die Wirklichkeit durch die gewünschte Welt ersetzen. Sie [die neue Konstruktion] besteht darin, daß er versteht, dass es eine andere Biografie gibt, welche ihm verständlich werden läßt, warum er sich so verhalten hat, warum er diese Entstellungen nötig hatte“ (Cremerius, 1984, S. 410).

Dieses Wiedereinführen des Erlebens in die gemeinsame Kommunikation auf der Basis eines neuen Lebensentwurfs, der Abbau der dabei auftretenden Ängste ist nur in einer geschützten und vertrauensvollen Beziehung möglich, nur dadurch kann die oft schmerzhafteste Wahrheit des Begehrens, vielfach für den Klienten selbst nicht erkennbar, gleichsam „zwischen den Zeilen“ oder „unter der Hand“ zum Ausdruck kommen, im Anklingenlassen des eigentlich Unsagbaren.

Die therapeutische Beziehung

„Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes“, schreibt Rogers (1977, S. 15), „besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt“. Zentrales Moment und entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, das vom Klienten zumindest ansatzweise wahrgenommen werden sollte. Wie schon erwähnt, hat Rogers gerade in seiner Konzeption der therapeutischen Beziehung eine deutliche Wende vollzogen, und es erscheint mir wichtig, diese beiden Ansätze zu betrachten und in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu bewerten. In der früheren *klientenzentrierten Phase* ging es Rogers darum, ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen und dem Klienten als sein „anderes Ich“ (*alter ego*) zur Verfügung zu stehen und ihn empathisch zu begleiten. Später, in der *personenzentrierten Phase* wendet er sich von dieser „Depersonalisation“ des Therapeuten zum Hilfs-Ich des Klienten ab und sieht die therapeutische Beziehung als „Begegnung“ von „Person zu Person“, wobei der Therapeut als eigenständige und reale Person dem Klienten gegenübertritt. Für

diese Wandlung sind mehrere Ereignisse verantwortlich, wie die schwierigen Erfahrungen Rogers' mit schizophrenen Patienten im Rahmen des Wisconsin-Projekts (Rogers et al., 1967), eine eigene, schwere seelische Krise, die ihn selbst in eine Psychotherapie führte, und schließlich die Begegnung mit Martin Buber und dessen Philosophie. Durch diese Begebenheiten erfuhr Rogers am eigenen Leib, wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, „dass es der aktiven Präsenz des Therapeuten [...] bedarf, sei es in Gestalt ermutigender und konkret hilfeleistender Zuwendung oder als entschiedenes und entscheidendes Intervenieren“. Es erscheint mir wichtig, diese beiden Konzepte vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zu sehen und sie dementsprechend zu bewerten und nicht das eine auf Kosten des anderen zu betonen. Es geht vielmehr darum, die jeweiligen Beziehungsformen den Erfordernissen und Bedürfnissen des Klienten, seinen Beziehungserwartungen anzupassen. Dabei spielt die Art und Schwere der psychischen Störung des Klienten eine Rolle, seine Fähigkeit oder Bereitschaft, eine Beziehung aufzunehmen, oder die aktuelle Entwicklung im Rahmen des therapeutischen Prozesses.

Es spielt für den Fortgang des therapeutischen Prozesses sowie für die Entwicklung der Beziehung eine wesentliche Rolle, welche Aspekte der Therapeut berücksichtigt und auf welcher Ebene er interveniert. Finke unterscheidet verschiedene Arten der Beziehung, die unterschiedliche Aspekte berücksichtigen und verschiedene Interventionstechniken erfordern. Neben der „Arbeitsbeziehung“, in der vor allem der Rahmen, d. h. die Vereinbarung über die Bedingungen und Ziele der Therapie sowie die Dauer festlegt werden, beschreibt Finke (1999) die „Alter-Ego-Beziehung“, die „Übertragungsbeziehung“ und die „Dialogbeziehung“. Bei der ersteren geht es um die einführende, identifikatorische Teilhabe am Erleben des Klienten, wobei der Therapeut versucht, den inneren Bezugsrahmen des Klienten zu erfassen und sich als das andere Ich des Klienten zur Verfügung zu stellen. In einer Art stellvertretender Introspektion erkundet der Therapeut gemeinsam mit dem Klienten dessen inneren Bezugsrahmen. Dabei geht es auch um die emotionale Teilhabe, um ein Mitschwingen mit dem Erleben des Klienten. „Ziel ist es dabei“, betont Finke (1999, S. 26), „den Erlebnisraum des Patienten auch in seinen unbewussten Anteilen zu erspüren. Hierzu ist eine partielle Regression auch auf Seiten des Therapeuten nötig, so dass dieser auf der Ebene eines sehr elementaren Erlebens mit dem Patienten in Korrespondenz treten kann“. Im Rahmen der „Übertragungsbeziehung“ werden die im „Hier und Jetzt“ auftretenden früheren konflikthaften Beziehungserfahrungen thematisiert, die meist unbewusst auf den Therapeuten *übertragen* werden. Die Art und Inhalte dieser Übertragungen sind abhängig von der Person des Therapeuten, seinem Verhalten, aber auch von seinen Wünschen und Phantasien, die in die Interaktion einfließen. Die Aufgabe der Übertragungsanalyse ist es, die auftretenden Konflikte und die verfestigten Erlebnis- und Interaktionsformen, wie sie in der Beziehung zum Ausdruck kommen, zu thematisieren. Die Dialogbeziehung entspricht am ehesten den

Alltagsbeziehungen; während in den beiden vorher besprochenen Beziehungsformen der Therapeut als Person im Hintergrund bleibt, bringt er sich hier als authentische und reale Person ein und nimmt als Gegenüber Stellung zu den Äußerungen des Klienten. Durch die reale Gegenüberstellung bekommt der Therapeut Modellcharakter hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, er kann seine Beziehungserwartungen und die Wirkung seines Verhaltens auf den Anderen überprüfen und korrigieren; es wird, wie Finke schreibt (ebd., S. 108), nicht primär die innere Welt, die innerpsychische Realität des Patienten thematisiert, sondern die äußere Realität, genauer die Wirklichkeit zwischen Patient und Therapeut. Bei dieser Darstellung der verschiedenen Beziehungsmodelle geht es Finke um unterschiedliche Interaktionsentwürfe in der therapeutischen Beziehung, die Bedeutungen und Funktionen der verschiedenen Beziehungsangebote darzustellen, um sie entsprechend den Konfliktkonstellationen und Übertragungsangeboten flexibel einzusetzen. Vor allem zu Beginn der Therapie und bei neurotischen Störungen erscheint mir die Alter-Ego-Beziehung sinnvoll, um die Selbsterkundung des Klienten zu fördern, während die Dialogbeziehung in einer fortgeschritteneren bzw. in der abschließenden Phase der Beziehung zum Tragen kommen wird.

Es ist für den Therapeuten wichtig, auf welcher Ebene der Klient sich bewegt und etwas mitteilen will, bzw. welches Anliegen auf welcher Ebene am besten anzusprechen ist. Damit wird nicht nur der Prozess strukturiert und gesteuert, sondern auch die Beziehung zum Klienten gestaltet. Verschiedene Autoren wie H. Swildens (1991), R. Sachse und C. Maus (1991) oder J. Finke (1994) haben unterschiedliche „Stufen des Einfühlenden Verstehens“ vorgeschlagen, bei denen es um eine zunehmende Vertiefung des Verständnisses für das eigene Erleben geht. Finke (1994, S. 48ff) sieht im Wiedergeben des Sinnes der Klienten-Mitteilung in Form eines „einfühlenden Wiederholens“ eine erste Stufe, bei der auch die Gefühle angesprochen werden, die der Klient selbst noch nicht benennt, die aber in dem, was er sagt, anklingen. Auf der zweiten Stufe geht es um ein Erfassen des Bedeutungszusammenhangs zwischen einer bestimmten Situation und dem Erleben des Klienten. Damit soll dem Klienten klar werden, in welchem situativen Kontext bestimmte Gefühle auftreten. In der dritten Stufe, dem „selbstkonzeptbezogenen Verstehen“ soll der Bewertungsprozess der eigenen Erlebnisse aufgrund des Selbstkonzepts bzw. des Selbstideals für den Klienten einsichtig gemacht werden, während erst in einer weiteren Stufe auf den organismischen Bewertungsprozess Bezug genommen wird, auf das ursprünglich-ganzheitliche Erleben. Da dieses Erleben für den Klienten meist nicht oder nur schwer zugänglich ist, muss der Therapeut durch sein einfühlerisches Verstehen, das organismische Erleben, das sich am „Rande der Gewährwerdung“ befindet, aufgreifen und ansprechen. In einer fünften Stufe geht es nach Finke um das Einordnen von Erlebnissen auf der Folie der lebensgeschichtlichen Erfahrungen, so etwa kann die Verachtung einer Frau gegenüber Männern aufgrund der Identifikation mit der

Mutter und ihren Bewertungen begründet und einsichtig gemacht werden.

H. Swildens (1991, S. 57f) betont ebenfalls die Notwendigkeit, auf die jeweilige Situation und die aktuellen Bedürfnisse des Klienten Rücksicht zu nehmen und phasenspezifische Unterziele anzusetzen, insbesondere bei Menschen mit schwerwiegenden psychischen Problemen. So ist es bei bestimmten Störungen wie etwa bei Suchtkranken, bei Menschen mit Depressionen oder narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen oft notwendig, die Motivation und das Vertrauen in die Therapie und die therapeutische Beziehung aufzubauen sowie bestimmte Strukturen (Setting) zu etablieren, auf deren Basis die Behandlung möglich ist. In einer zweiten Phase sollen, nach Swildens, die Symptome und deren Bedeutung für den Lebensvollzug des Klienten angesprochen werden. Dabei ist das empathische Verstehen von Bedeutung: „Erst wenn es mir glückt, mich in die schwierige Welt des Klienten zu versetzen, werde ich imstande sein, durch das Symptom hindurch oder entlang dem Symptom Zugänge zur Erlebenswelt des Klienten zu finden“ (Swildens, 1991, S. 65). In einer dritten Phase werden die Konflikte angesprochen sowie die Abwehr, die damit verbunden ist und in der Therapie als Widerstand gegen die Bewusstmachung auftritt, sowie gegen die Konsequenzen, die die Exploration und Bearbeitung der betreffenden Thematik haben kann. Hier ist es wichtig, den Ursprung und die Entwicklung der konflikthafter Übertragung zu rekonstruieren und einsichtig zu machen.

Sobald der Klient das Zimmer des Therapeuten betritt, entsteht ein bestimmtes Klima. Ebenso wie der Therapeut beim Klienten, so löst auch der Klient beim Therapeuten durch sein Verhalten, durch seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik bestimmte Gefühle, Phantasien und Erwartungen aus. Das Erleben und das Verhalten der Dialogpartner erwächst aus der gemeinsamen Kommunikation heraus und entsteht nicht autonom in den einzelnen Individuen. In diesem *interaktionellen Raum* entwickeln sich ein spezifisches emotionales Klima und Erwartungshaltungen, die bestimmt sind durch die Lebensgeschichte der beiden Dialogpartner und den dabei entwickelten Kommunikationsmustern und Bedürfnisstrukturen sowie durch den kulturellen Hintergrund und den darin enthaltenen Wertungen und Normen. „Die aktuelle und private Situation ist also in einem umfassenden sozialen Zusammenhang eingefügt“, betont W. M. Pfeiffer (1995, S. 29), „womit sich die Dyade bzw. Triade auf die Gesellschaft/auf die Welt ausweitet“. E. M. Ederer und H. Gruber (2002) sprechen von einem „kommunikativen Beziehungsfeld“, bei dem die Dialogpartner in ein dynamisches Feld der interpersonalen Beziehung eingebunden sind, dessen Qualität auf die individuellen Befindlichkeiten zurückwirkt. „Dialog“ wird damit zu einem emergenten Dritten, zu einem offenen Gespräch, das die Erzählungen des Einzelnen transzendiert und damit in einen neuen Rahmen stellt und eine neue Sicht und Bewertung ermöglicht.

Durch die für den Klienten vorerst unklare und (abgesehen von den Rahmenbedingungen) zum Teil undefinierte Situation, greift

der Klient auf frühere Erfahrungen in ähnlichen Situationen zurück, *überträgt* vertraute Szenen und Rollenzuschreibungen auf diese Situation und auf den Therapeuten. Oft sind es Erfahrungen der Abhängigkeit und Unselbständigkeit sowie der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung, nach Geborgenheit und emotionaler Wärme, wie er sie als Kind gegenüber den Bezugspersonen erlebt hat; oder auch die Abwehr dieser Wünsche und Erfahrungen, Tendenzen der Rebellion und des Protests oder beides gleichzeitig. Es erscheint mir wichtig, gerade in der ersten Phase diese Erwartungen aufzugreifen und vorsichtig anzusprechen sowie die Gefühle und Bedürfnisse, die ihnen zugrunde liegen, ohne sie gleich durch Erklärungen abzustellen. „Phänomenologisch gesehen“, schreibt Swildens (1991, S. 60), „halte ich es für eine intersubjektiv gültige Feststellung, daß die aufdeckende psychotherapeutische Beziehung als solche – wenn sie nicht durch Strukturierung von seiten des Therapeuten beeinflusst wird – eine spontane Verschiebung in der zentralen Motivation (der Helferwartung bzw. dem Hilfsverlangen) erkennen lässt“. Diese Erwartungen sind vorerst meist undifferenziert und oft nur zum Teil bewusst, und Hilfsbedürftigkeit und Erwartungen an den Therapeuten liegen oft auseinander. Im Laufe der Therapie wird dieses Hilfsverlangen zunehmend konkreter und präziser symbolisiert.

Ich bin immer wieder überrascht, wie sehr durch diese Situation, die geprägt ist durch die geschützte intime Zweierbeziehung, durch das offene, verständnisvolle Zuhören und die empathische Präsenz des Therapeuten, das Erleben im Klienten aktiviert werden kann. Auch die Klienten selbst sind oft erstaunt und berührt über die starken Gefühle, die plötzlich wieder auftreten und wahrgenommen werden können. Gleichzeitig treten dadurch auch alte Ängste wieder auf, damit abgelehnt oder zurückgewiesen zu werden, sowie Schamgefühle. Es zeigt sich für mich immer wieder, wie stark die Tendenzen sind, das abgewehrte organismische Erleben wieder zum Ausdruck zu bringen, ihm Gehör zu verschaffen. Wesentlich ist hier, wie für den gesamten Verlauf der Therapie, die Fähigkeit des Therapeuten, unvoreingenommen zuhören zu können, mittels „freischwebender Aufmerksamkeit“ offen zu sein auch für die „indirekten Botschaften“, ohne das Gehörte oder Beobachtete voreilig einzuordnen und zu bewerten. Ich selbst habe in Beziehungen, aber auch in meiner eigenen Therapie öfter darunter gelitten, dass ich mit meinen Mitteilungen vorschnell festgelegt wurde, dass ich mit dem, was ich *eigentlich* mitteilen wollte, nicht erhört worden bin. Aufgrund einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung des Faktors „Beziehung“ konnte für das konkrete Handeln in der Therapie diese grundlegende Haltung des Personenzentrierten Ansatzes bestätigt werden, dass es nämlich notwendig ist, „das Beziehungsangebot des Therapeuten adaptiv an der Ansprechbarkeit des Klienten orientiert so zu kommunizieren, dass es auf diesen und dessen Abwehr nicht bedrohlich wirkt, sondern vielmehr geeignet ist, ihm diejenige Sicherheit zu gewähren, die ihn in die Lage versetzt, sich Beängstigendem, Unbekanntem oder Unvertrautem zu nähern, Neues auszuprobieren, Risiken einzugehen ...“ (Höger & Wissenmann, 1999, S. 383). J. Finke

beschreibt die Anforderungen an den Therapeuten am Beginn seines Buchs, „Beziehung und Intervention“ (1999, S. 4) folgendermaßen: „Dem Therapeuten stellt sich [...] von Beginn an eine komplexe Aufgabe. Er ist gefordert, die manifeste Erzählung des Patienten zu hören und sich zu fragen, was der Patient meint, ohne es direkt auszudrücken. Gleichzeitig muss er sich überlegen, welches, dem Patienten selbst vielleicht noch unbewusste Thema sich in dieser Erzählung ankündigt und wie dieses mit dem vermuteten Grundkonflikt in Zusammenhang stehen könnte [...] Ebenso ist er gehalten, mögliche Beziehungsanspielungen des Patienten wahrzunehmen und außerdem das Ausdrucksverhalten des Patienten wie seine eigene Gegenübertragung zu beobachten. Schließlich hat er darauf zu achten, Widerstandsphänomene schnell genug zu erkennen“.

Um dieses abgewehrte, aus der Kommunikation ausgeschlossene, *exkommunizierte* Erleben wieder in das bewusste Erleben zurückzuholen ist es notwendig, dass sich der Therapeut auf das Beziehungsangebot des Klienten einlässt und an dessen Rollenspiel teilnimmt, dass er versucht, die ausgeschlossenen unbewussten Szenen in der gemeinsamen Interaktion aufzuspüren und zu benennen, zu *symbolisieren*. Die Botschaften des Klienten sind immer an jemanden gerichtet, d. h. in diesem Fall an den Therapeuten, mit der Absicht, wahrgenommen und anerkannt zu werden. Es ist die Wiederholung zum Zwecke der Rückgängigmachung, der Korrektur der Nicht-Anerkennung oder der Abwertung durch den Anderen, die Eltern, Lehrer usw. In der geschützten Atmosphäre der Therapie sollte der Klient die Möglichkeit bekommen, diesen zurückgewiesenen Bedürfnissen erneut Zugang zur gemeinsamen Kommunikation zu verschaffen, ihnen eine Sprache zu geben. Nach Lorenzer setzen sich die abgewehrten Impulse und Bedürfnisse immer wieder „in Szene“, um sich endlich Gehör zu verschaffen, im Sinne der *Wiederkehr des Verdrängten* (Freud): „So sehr der Patient in seinen kognitiven wie affektiven Äußerungen, seinem Selbstverständnis sich und die anderen irreführt [...] so ‚zwanghaft‘ ehrlich ist er in der ‚Inszenierung‘ zwischenmenschlicher Beziehungen. Wiederholungszwang meint ja nichts anderes als Zwang zur unablässigen Reproduktion der neurotischen Beziehungen realiter. Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er ‚in Szene gesetzt‘ verstanden wird“ (Lorenzer, 1970, S. 166). Damit wird die Beziehung und die darin zum Ausdruck kommenden, zum Teil unbewussten Inszenierungen und Wünsche zum zentralen Instrument der Therapie.

Eine weitere Frage in der neueren Diskussion um die „richtige“ Therapietheorie wird durch den „störungsspezifischen Ansatz“ eingebracht, d. h. inwieweit bei der praktischen Tätigkeit die spezifische Störung berücksichtigt werden soll sowie ihre Auswirkungen auf das Erleben. Nach den Vertretern dieses Ansatzes bedarf es für die Verwirklichung der Grundhaltungen erst des „mitfühlenden Wissens“ hinsichtlich der Ursachen und Genese der verschiedenen Störungen und ihrer Symptomatik (Finke & Teusch, 2002). Es geht um das Aufspüren der verschiedenen Formen der Inkongruenz, wobei der Therapeut durch sein Wissen, das er als Vorverständnis

in den hermeneutischen Erkenntnisprozess einbringt, dem Klienten entsprechende weiterführende Verstehensangebote machen kann, um das nicht oder nur verzerrt wahrgenommene Erleben anzusprechen und zu symbolisieren. Nun, die Vorbehalte gegen eine solche Ausrichtung erscheinen mir unangebracht, da ja jeder Therapeut sein Wissen hinsichtlich psychischer Störungen einbringen und sein Handeln nach zum Teil impliziten Konzepten entsprechend seinem Wissen und seinen Erfahrungen ausrichten wird. Es geht vor allem darum, dass diese Konzepte, die das vielfach intuitive Handeln leiten, auf den Begriff gebracht, also explizit gemacht werden. Wissenschaftliches Handeln setzt ja voraus, dass die handlungsleitenden Intentionen und Konzepte systematisch dargestellt und überprüft werden.

3. Der Prozess der Anerkennung in der Therapie

Da es im Rahmen eines Artikels nicht möglich ist, alle relevanten Punkte ausführlich zu behandeln, möchte ich mich hier auf einen mir wesentlich erscheinenden Aspekt konzentrieren, der bisher im *Klienten-zentrierten* Ansatz oftmals vernachlässigt worden ist, nämlich den der Anerkennung in der Therapie. Dieser Begriff der Anerkennung orientiert sich an dem der positiven Beachtung (*positive regard*) bei Rogers, betont aber stärker die Gegenseitigkeit dieses Prozesses. In den *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* beschreibt Rogers vor allem die Einstellungen des Therapeuten, die für eine Veränderung der Persönlichkeit des Klienten notwendig sind; der Klient hat diese Einstellungen vor allem am Beginn zumindest in einem geringen Ausmaß wahrzunehmen. Zwar verwendet auch Rogers in seinem Artikel *Psychotherapie als Prozess* (1973, S. 135) den Begriff der *Anerkennung* und weist darauf hin, dass es sich dabei um die entscheidende Ausgangsbedingung für die Therapie handelt, indem der Klient die Erfahrung macht, ohne Abstriche anerkannt (*fully received*) zu sein, aber es bleibt ein einseitiger Prozess der Anerkennung des Klienten durch den Therapeuten. Demgegenüber benötigt nicht nur der Klient die Anerkennung des Therapeuten, sondern auch umgekehrt; um das Vertrauen des Klienten zu erhalten sowie seine Bereitschaft, ein Arbeitsbündnis einzugehen, benötigt auch der Therapeut die Anerkennung durch den Klienten. Beide müssen sich an den Wünschen und Erwartungen des Anderen orientieren und diese zumindest wahrnehmen und akzeptieren und sie auch in einem gewissen Ausmaß erfüllen.

Rogers betont diese Gegenseitigkeit der Anerkennung und der Rollenzuweisung im Hinblick auf die *positive Beachtung*, wenn er schreibt: „Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist notwendigerweise abhängig von Rückschlüssen, die mit dem Erfahrungsfeld eines anderen zu tun haben“, und: „Sie ist wechselseitig: Erfährt ein Individuum sich selbst als jemanden, der das Bedürfnis nach positiver Beachtung eines anderen befriedigt, dann erfährt es notwendigerweise Befriedigung seines eigenen Bedürfnisses nach

positiver Beachtung“ (Rogers, 1987, S. 49). Da diese positive Beachtung oder Anerkennung durch den Anderen für das Individuum wichtiger ist als der organismische Bewertungsprozess, wird „die positive Beachtung durch einen anderen [...] dem gesamten *Bewertungskomplex*, den das Individuum mit diesem anderen verbindet, unterlegt“ (ebd.). Hier wird ein in der philosophischen Subjekttheorie seit langem diskutiertes Konzept angesprochen, demzufolge sich unser Selbst und unsere Identität durch die gegenseitige Anerkennung konstituiert (Husserl, 1963). Um vom Anderen anerkannt zu werden, muss ich ihn selbst wieder als eigenständige Person in seiner Andersartigkeit anerkennen. Während sich das Kind mit den Eltern identifiziert, um mit ihnen eins zu sein und daraus Sicherheit zu beziehen, muss es auch lernen, die anderen Personen als andersartig und eigenständig zu akzeptieren, um von ihnen anerkannt werden zu können. Erst in dieser Dialektik von Identifikation und Negation entwickelt sich die eigenen Subjektivität. Dasselbe gilt auch in der Therapie.

J. Finke verweist bereits durch den Titel seines Buchs *Empathie und Interaktion* (1994) auf das dialektische Verhältnis von Verstehen und Interaktion; beide Aspekte stellen polare Grundpositionen dar als „identifikatorische Teil habe und dialogische Gegenüberstellung“. An anderer Stelle (1999, S. 5) schreibt Finke, dass die tatsächliche Beziehung nicht allein vom Therapeuten gestaltet wird: „Selbst wenn der Patient häufig auf das Beziehungsangebot des Therapeuten eingeht und in reziproker Weise auf dessen Interventionen antwortet, können Interferenzen bestehen. So könnte ein Patient auf die einführend-verstehenden Interventionen des Therapeuten zwar einerseits mit einer ‚Selbst-Empathie‘ und einer ‚Selbstobjekt-Übertragung‘ [...] antworten, gleichzeitig aber auch zunehmend Wut und Enttäuschung (i. S. einer objektalen Übertragung) gegenüber dem Therapeuten erleben. Die faktische Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist häufig vielschichtig“. Das, was Finke hier vorsichtig als Möglichkeit formuliert, kann man ruhig als grundsätzliche Gegebenheit annehmen, da die Klienten ständig ihre Lebensgeschichte, d. h. ihre Beziehungserfahrungen, insbesondere jene mit den frühen Bezugspersonen mit ihren ambivalenten, zum Teil uneingestandenen negativen Gefühlen und ihren Wünschen in die aktuelle therapeutische Beziehungen einbringen.

Für Rogers stellt Echtheit und Kongruenz des Therapeuten den entscheidenden Punkt in seiner Therapietheorie dar, „daß er [der Therapeut] exakt ‚er selbst‘ in der Beziehung ist“ (1973, S. 41). Was bedeutet nun diese Forderung, kongruent zu sein? Tatsächlich begegnen sich in der Therapie zwei Menschen, die beide mit ihrem Selbstkonzept und den Forderungen der Außenwelt konfrontiert sind, „jeder der beiden lebt mit seinen inneren Abhängigkeiten und seinen äußeren Ängsten und pathologischen Abwehrmechanismen“, wie die Analytikerin M. Krüger-Zeul (1983, S. 74) schreibt, und jeder ist in gewisser Weise „noch ein Kind mit seinen inneren Eltern“. Es kommt vielmehr darauf an, diese inkongruenten Erfahrungen zu (er)kennen, damit sie nicht unreflektiert in die Bezie-

hung zum Klienten einfließen. Dabei kommt der Selbsterfahrung im Rahmen der Lehrtherapie eine zentrale Rolle zu, die gar nicht überschätzt werden kann. Außerdem ist es wichtig, derartige Gegenübertragungsgefühle im Rahmen der Supervision zu klären, sofern sie die Beziehung belasten und den Therapeuten in seinen Grundhaltungen beeinträchtigen, soll die therapeutische Beziehung nicht zu einer *folie à deux* werden.

Das bedeutet nun, dass die Selbstempathie des Therapeuten hinsichtlich der eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen genauso wichtig ist wie dessen empathisches Verstehen gegenüber dem Klienten (wobei es, wie bereits erwähnt, einer epistemologischen und methodischen Klärung bedarf, inwieweit diese beiden Aspekte des Verstehens unabhängig sind). In der Psychoanalyse wird darauf hingewiesen, dass das Unbewusste des Analytikers das Unbewusste des Klienten aufnimmt. Dieser unmittelbare Kontakt auf einer basalen Ebene kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Therapeut als Antwort auf den Klienten in seiner *Gegenübertragung* wahrnimmt. Erst durch diese konkordante oder komplementäre Identifizierung mit dem Klienten auf einer unmittelbaren Ebene ist das Aufspüren von abgewehrten Tendenzen in der Kommunikation möglich (Racker, 1993, S. 160). *Konkordante*, also übereinstimmende Identifizierung setzt voraus, dass der Therapeut den Kontakt zu den eigenen kindlichen Erfahrungen und den oft nur teilweise gelungenen Anpassungsleistungen herstellen kann. Nur in dem Maße, wie er selbst zu diesem Kontakt fähig ist, kann er auch den Klienten bei der Exploration seines archaischen kindlichen Erlebens begleiten. *Komplementäre* Identifizierung bedeutet, dass der Therapeut die Rollenzuweisungen des Klienten annehmen und auch symbolisieren kann. Dies wiederum setzt voraus, dass der Therapeut seine Beziehungen und Abhängigkeiten zu den eigenen frühen Bezugspersonen aufgearbeitet hat oder sich dessen zumindest bewusst ist. Auch W. M. Pfeiffer (1995, S. 28) weist unter Bezugnahme auf Barret-Lennard darauf hin, dass es sich bei der Empathie nicht nur um ein einseitiges Sich-Einfühlen des Therapeuten in den Klienten handelt, sondern im Rahmen des „Empathie-Zirkels“ sind in jeder Phase des therapeutischen Dialogs beide Seiten bezüglich des Verstehensprozesses aktiv. Dasselbe gilt auch für die anderen Therapeutenvariablen.

Ein eindrucksvolles Beispiel für diesen gemeinsamen Austauschprozess ist die „projektive Identifizierung“, ein Begriff, der von der Kinderanalytikerin Melanie Klein (1946, S. 17) eingeführt worden ist. Damit wird das Phänomen einer interpersonellen Abwehr beschrieben, die darin besteht, dass besonders bei Klienten mit schweren narzisstischen Störungen oder einer Borderline-Symptomatik die für sie unerträglichen Anteile wie Vernichtungsängste, Hassgefühle usw. abgespalten und in der Interaktion unbewusst auf den Therapeuten projiziert werden. Das heißt, dass er die Hassgefühle auf den Vater oder andere frühe Bezugspersonen auf den Therapeuten projiziert und sich dadurch von ihm verfolgt fühlt. Der Klient versucht dabei in oft subtiler Weise im Therapeuten

diese projizierten Gefühle und Phantasien hervorzurufen und ihn dazu zu bringen, sich so zu verhalten, dass dies mit der projektiven Identifikation übereinstimmt. Es ist wichtig, dass der Therapeut diese Gefühle des Klienten im Sinne eines *Containing* (Bion, 1970) in sich aufnimmt und „aufbewahrt“ und in die gemeinsame Kommunikation, in den *interaktionellen Raum* einbringt, um sie hier einer gemeinsamen Affektbewältigung zuzuführen, so dass sie der Klient wieder gefahrlos re-introjizieren kann und es ihm erleichtert wird, selbst damit fertig zu werden.

Ich möchte diesen Vorgang an einem Beispiel demonstrieren:

Ein Mann im Alter von 28 Jahren, als Jurist tätig, ist vor drei Jahren zu mir in Therapie gekommen. Er ist zusammen mit einem drei Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen, der an einem kindlichen Diabetes litt und sich später mit 21 Jahren das Leben nahm. Die Mutter war nicht in der Lage, empathisch auf die Bedürfnisse des Klienten einzugehen, sie ist zwei Monate nach der Geburt des Klienten wieder ihrem Beruf nachgegangen und hat ihn von einem Kindermädchen betreuen lassen. Der Vater wurde von meinem Klienten als streng, unzugänglich und autoritär beschrieben. Besonders nach der Geburt des jüngeren Bruders fühlte sich der Klient von den Eltern vernachlässigt und zurückgesetzt. Als er mehrere Wochen in die Therapie gekommen war merkte ich, trotz seines an sich freundlichen Wesens, starke Spannungen und Widerstände in der Therapie. Er kam oft zu spät oder sagte die Stunde ab. Er war einerseits fordernd und anspruchsvoll und vermittelte mir andererseits, dass ich ihm nicht helfen könne und stellte meine Kompetenz als Therapeut in Frage. Er reagierte öfters aggressiv und voller Hass, wenn er sich nicht verstanden fühlte. Diese Spannung durch hohe Forderungen und Ansprüche einerseits, Unzufriedenheit, eiskalte Zurückweisung und Vorwürfe andererseits erzeugten in mir Ärger und Ablehnung. Erst später konnte er allmählich zugeben, dass er Angst hatte, wieder zurückgewiesen und mit seinen Bedürfnissen nicht ernst genommen zu werden. Dieser Zwiespalt zwischen dem Wunsch nach Zuwendung und Anteilnahme und der Angst vor neuerlicher Enttäuschung und Zurücksetzung führte beim Klienten zu Spannungen und Wut. Diese Wut projizierte er auf mich und fühlte sich von mir bedroht. Gleichzeitig hatte er starke Trennungsängste mir gegenüber. Ich selbst konnte sowohl meinen eigenen Ärger über seine Zurückweisungen spüren wie auch seinen Hass und die Bedrohung, die er auf mich projizierte. Ich ertappte mich dabei, wie ich überlegte, was er mir antun könnte.

Wesentlich war auch, dass er meine Hinweise auf Gefühlsregungen zwar intellektuell akzeptierte, aber nichts damit anfangen konnte; er sagte immer wieder: „Es mag schon sein, was sie da behaupten, ich finde es interessant, aber es sagt mir nichts, es hat nichts mit mir zu tun.“ Als er von einem guten Freund im Stich gelassen wurde, zeigte er keine Anzeichen von Trauer oder Wut, er sagte, er spüre nichts, er fühle sich nur leer. Nach etwa zwei Jahren stellte

er wieder fest, dass ohnehin niemand da sei, an den er sich wenden könne, wenn er etwas brauche. Nach einer kurzen Pause fügte er hinzu: „Aber sie sind ja da für mich“. Ich wiederholte: „Ja, ich bin für sie da“. Da begann er plötzlich zu weinen und konnte erstmals seinen Wunsch nach Anteilnahme und Zuwendung annehmen. Wesentlich für diese Art der Störungen ist auch der Umstand, dass Bereiche des Erlebens nicht zugänglich sind. Es kommt von diesen Klienten oft der Hinweis, dass sie das verstehen, was ich sage, aber sie können nichts damit anfangen, es hat für sie keinen Bezug zu ihrem Erleben. K. Heinerth (2002) unterscheidet zwischen verzerrten und abgewehrten Erfahrungen bei der Entwicklung des Selbstkonzepts und veranschaulicht dies anhand der Metapher eines Hauses mit unterschiedlichen Räumen, die verschiedenen Erfahrungsbereichen, wie Bindungs- oder Aggressionserfahrungen entsprechen. Fehlt in der frühen Phase der Selbstentwicklung eine Bezugsperson, die das Erleben des Kindes empathisch begleitet und beantwortet, so kann dieses Erleben nicht in das Selbstkonzept aufgenommen werden, diese Erfahrungsbereiche sind nicht zugänglich. Wem als Kind z. B. nie vermittelt worden ist, dass es geliebt wird, oder wer unberechenbaren und in das kindliche Selbst nicht integrierbaren Bindungsgefühlen ausgesetzt war, weiß mit dem Gefühl der Verbundenheit oder Nähe nichts anzufangen. „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“ (ebd., S. 155). Damit entwickelt sich ein bruchstückhaftes Selbst und ein mangelndes Identitätsgefühl, das vor allem durch eine rigide Abwehr in Form von Spaltung, Projektion und Verleugnung insbesondere vor den heftigen affektiven Impulsen geschützt werden muss. „Hier zeigt sich der Unterschied gegenüber dem neurotischen Selbstkonzept“, betont auch Swildens (1991, S. 195). „Dem ‚Borderline‘-Selbstkonzept ermangelt Zusammenhang, Kontinuität und Sicherheit. Daher ist es stets verletzlich; neue Erfahrungen können nicht auf zielstrebige Weise dem Selbstkonzept angepasst werden, weil dieses in sich selbst widersprüchlich ist, keine Kontinuität von ausreichendem Gewicht zeigt und deshalb nicht konsequent zu verteidigen ist.“ In der Therapie muss es daher vor allem darum gehen, durch Empathie und das Ansprechen von Gefühlen – etwa im Sinne einer Prätherapie (Prouty, 1976, 1990) – die der Erfahrung versperrten Bereiche wieder zugänglich zu machen.

Dabei stellt sich das Problem, dass die versperrten und auch verzerrten Erfahrungen oft durch Rationalisierungen kaschiert werden, etwa im Sinne von, „das entspricht mir nicht“, „das ist mir zu einfach“ oder „das ist etwas für Kinder (Frauen bzw. Männer)“. Diese Rechtfertigungen oder „Begründungen“ werden vielfach durch gesellschaftliche Normen gestützt; so werden eher Leistungen und Disziplin gefordert als Selbstempathie und spontane Äußerung von Gefühlen, eher Egoismus und Selbstverwirklichung auf Kosten anderer als Solidarität; man hat „vernünftig“ und „erwachsen“ zu sein. Damit wird es dem Einzelnen erschwert, die realen Erfahrungen wieder zugänglich zu machen, die Abwehr aufzuheben, da sich das Netz der gesellschaftlich normierten Sprache darüber gelegt

hat. Es wird ein unverdächtiger Text hergestellt, um die Einheit und Geschlossenheit des Selbst zu wahren. Die Sprache dient damit der Verschleierung mit den Stilmitteln der Gesellschaft. Auch in der Therapie muss diese symbolische Welt vorerst gegenüber dem Therapeuten verteidigt werden, um das Selbstkonzept zu schützen und die Persönlichkeit vor Desintegration zu bewahren, vor allem, wenn beim Klienten der Eindruck entsteht, dass der Therapeut die Partei des abgewehrten organismischen Erlebens ergreift und zur Sprache bringen will. Es ist daher vor allem in der ersten Phase wichtig, dass diese symbolische Welt des Klienten anerkannt wird sowie die Leistungen und Bemühungen, aber auch Entbehrungen, die mit der Ausbildung und Aufrechterhaltung seines Selbstkonzepts verbunden sind.

Ich hatte einen Klienten, der seine aggressiven Impulse, insbesondere gegenüber Frauen stark unterdrücken musste und gute Argumente dafür angeben konnte, dass es rücksichtslos ist, dem „schwächeren Geschlecht“ gegenüber aggressiv zu sein. Er wurde von einer als schwach erlebten Mutter als Bündnispartner gegen einen aggressiven und strengen Vater missbraucht und glaubte, die Mutter schützen zu müssen, um sie nicht zu verlieren. Später wurde er von den von ihm bevorzugten Partnerinnen vorerst in seiner „sanften Art“ bestärkt, was ihn in seiner Beschützerrolle bestätigte, sowie als Vertreter des „neuen“, emanzipierten Mannes. Als ich ihn (offensichtlich zu früh) darauf hinweisen wollte, dass es möglich sein sollte, auch Frauen gegenüber seinen Ärger auszudrücken, übertrug er auf mich die Rolle des aggressiven und strengen Vaters, vor dem er die Frauen schützen musste. Ich verstärkte nicht nur seine Abwehr, sondern er drehte den Spieß um, indem er mich aufklären wollte, dass es machohaft ist, sich Frauen gegenüber durchsetzen zu wollen. Allerdings stellte sich in der Folge immer wieder heraus, dass die Partnerinnen – im Unterschied zur Mutter – auch etwas anderes erwarteten als beschützt zu werden, weshalb nach einer gewissen Zeit die Beziehungen regelmäßig abgebrochen wurden, da er diese Erwartungen aufgrund seines „emanzipierten“ Konzepts von Beziehung nicht erfüllen konnte. Er weigerte sich vorerst, einen Zusammenhang zwischen diesen Beziehungsproblemen, deretwegen er gekommen ist, und seiner betont nicht-aggressiven Art zu sehen. Erst als wir die Gründe für dieses Verhalten in seiner Geschichte aufzeigen konnten, war es möglich, diese Abwehr und die damit verbundene Rationalisierung aufzulösen und ein neues Konzept zu etablieren.

Auch hier erschweren es die Wertvorstellungen und Verhaltensnormen der Gesellschaft, vermittelt durch die Eltern oder eine soziale Gruppe, jene Anteile des Selbstkonzepts in Frage zu stellen, die das Erleben des Klienten blockieren und verzerren. Der Anspruch, dem organismischen Selbst zum Durchbruch zu verhelfen und jene Selbstanteile zurückzudrängen, die unsere Wahrnehmung und unser Erleben verfälschen, bedeutet auch, die bestehenden normativen und regulierenden Kategorien unserer Kultur in Frage

zu stellen, wie die Definition sozialer Rollen, die pädagogischen Grundsätze sowie die insbesondere in einer globalisierten Welt vorherrschende Zweckrationalität und angeblichen Sachzwänge. Durch den Prozess der gegenseitigen Anerkennung, insbesondere im Rahmen der therapeutischen Beziehung, gilt es, einen anderen Lebensentwurf zu entwickeln, der Wachstum sowie Spontaneität im Ausdruck der Gefühle und Wünsche beinhaltet.

Literatur:

- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Cremerius, J. (1984). Die Konstruktion der biographischen Wirklichkeit im analytischen Prozess. In Ders. (Hrsg.), *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*, Bd. 2 (S. 398–425). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Ederer, E. M. & Gruber, H. (2002). Therapeutische Präsenz und ihre prozessuale Entfaltung im dynamischen Beziehungsfeld: Vorstellung eines Modells und seiner methodisch-didaktischen Umsetzung. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 270–285). Köln: GwG.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frenzel, P. (1991). *Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Personzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers im Lichte von Konstruktivismus und Postmoderne*. Regensburg: Roderer.
- Frenzel, P., Keil, W. W., Schmid, P. F. & Stölzl, N. (Hrsg.). (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierung. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. & Wissemann, H. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Husserl, E. (1963). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge, Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iseli, C., Keil, W. W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P. F. & Wacker, P. (Hrsg.). (2002), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1 (1), 5–13.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien-New York: Springer.
- Kirkegaard, S. (1909). *Das Eine, was not tut. Gesammelte Werke, Bd. 2*. Jena: Diderichs.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In *Gesammelte Schriften, Bd. 3* (S. 1–41). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Krüger-Zeul, M. (1983). Gegenübertragung – ein Stiefkind der Psychoanalyse. In H.-M. Lohmann (Hrsg.), *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift* (S. 71–85). Frankfurt/M.: Qumran.
- Linster, H. W. & Panagiotopoulos, P. (1991). Zu den anthropologischen und psychotherapeutischen Implikationen des Menschenbildes des Personzentrierten Ansatzes. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *Macht Therapie glücklich. Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 141–167). Köln: GwG.
- Lorenzer, A. (1970). *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1983). Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 2, 97–115.
- O'Hara, M. (1998). Personzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter. *Person*, 2 (1), 5–14.
- O'Hara, M. (1999). Eine feministische Analyse des Gesprächs Rogers – Sylvia. *Brennpunkt*, 79, 7–18.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27–32.
- Prouty, G. (1976). Pre-therapy. A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy*, 13, 290–295.
- Prouty, G. (1990). Pre-therapy. A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 645–658). Leuven: University Press.
- Racker, H. (1993). *Übertragung und Gegenübertragung*. München, Basel: Reinhardt.
- Rogers, C. R (1951a/1973). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*, Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1958b/1973). A process conception of psychotherapy. In Ders. (1961), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* (pp. 125–159). Boston: Houghton Mifflin; dt.: Psychotherapie als Prozess. In Ders. 1973, *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 130–162). Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der*

- Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1977). Klientenzentrierte Theorie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). München: Kindler.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie*. Bd. 1: Solidarität und Autonomie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1997). „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“ (E. Levinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 1 (1), 14–24.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Zum Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 3 (1), 122–130.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (1993). Über die differentielle Behandlung der psychogenen Erkrankungen. In J. Eckert & D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1, Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 109–116). Köln: GwG.
- Tabucchi, A. (2002). *Es wird immer später. Roman in Briefform*. München: Hanser.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock; dt. 1985: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett.

Autor

Hermann Spielhofer, 1946, Personzentrierter Psychotherapeut, Mitglied der ÖGwG.

Korrespondenzadresse

Dr. Hermann Spielhofer
 Josefstädter Straße 35/12
 A-1080 Wien
 E-Mail: hermann.spielhofer@chello.at