

Brigitte Macke-Bruck

Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin

Zusammenfassung: Die berufliche Erfahrungswelt einer personenzentrierten Praktikerin zeichnet sich durch ihre jeweilige Einzigartigkeit aus und ist in einem ständigen Prozess von Weiterentwicklung befindlich. Aus der Perspektive der psychotherapeutischen Praxis werden die eigenen Beziehungen zur Theorie, zur beruflichen Praxis und zur Wissenschaft als Umgebung von Praxis untersucht. Dabei werden Bezüge zur Professions- bzw. Aktionsforschung hergestellt. Zuletzt wird die in der Praxis entstandene „Forschungskultur“ als eine der Quellen beruflicher Entwicklung beschrieben: Im Rahmen eines personenzentrierten Zugangs wird die, in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Empathieentwicklung einer Therapeutin gefördert.

Schlüsselwörter: Berufliche Erfahrungswelt, personenzentriertes Selbstverständnis, Selbstkonzept, Selbstreflexion, Empathieentwicklung, Symbolisierungsprozess, Intersubjektivität, Professions- bzw. Aktionsforschung

Résumé: Le monde empirique dans la pratique professionnelle – théorie et pratique du point de vue d'une praticienne. Le monde empirique professionnel d'une praticienne centrée sur la personne se distingue par son caractère chaque fois unique et se trouve dans un processus d'évolution constante. Ses relations personnelles à la théorie, à la pratique professionnelle et à la science en tant qu'environnement de la pratique sont étudiées dans la perspective de la pratique psychothérapeutique. Ainsi, les relations avec la recherche professionnelle et l'activité sont établies. Finalement, la « culture de la recherche » issue de la pratique est décrite comme instrument du développement professionnel: dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, le développement empathique contenu dans l'évolution du concept de soi d'une thérapeute est favorisé.

Mots-clés: Monde empirique professionnel, idée de soi centrée sur la personne, concept de soi, autoréflexivité, développement empathique, processus de symbolisation, recherche professionnelle et d'action.

Abstract: The world of experience in professional practice. Theory and practice from the practitioner's perspective. The professional's world of experience is characterised by its uniqueness and by an ongoing developmental process. From her perspective as a practitioner, the author explores her relationship with theory, professional practice and science as a background to professional practice. In this context, she refers to professional research and action research. She also describes the "research culture" which has emerged within that practice as an instrument for professional development: The person-centred way of working furthers the development of the therapist's empathy, which is implicit in the development of the self concept.

Keywords: World of professional experience, person-centred self-concept, capacity for self-reflection, development of empathy, symbolisation process, professional research, action research

1. Vorwort

Wieso wissen wir, wann wir gerade empathisch verstehen und wann nicht? Was in meinem Inneren sagt mir eigentlich, wie ich meinem Klienten jetzt begegnen werde? Ist es Gespür, eine Art „feeling“, Intuition, Können, Kunst? Metaphern umschreiben das tagtäglich Praktizierte, aber was ist es nun wirklich? Ist es Empathievermögen oder ein Wissen um die Verwandlung von „core conditions“

in taktvolles Benehmen oder die Kenntnis des rechten „timings“? – Die Therapietheorie und die wissenschaftlichen Untersuchungen zum Wirkvermögen der Personenzentrierten Psychotherapie verdeutlichen meines Erachtens nur zum Teil, was Praktikerinnen können und wie therapeutisches „Wissen“ in der täglichen professionellen Praxis verfügbar ist. Die empiriegestützte Theorie sagt aus, dass Personenzentrierte Psychotherapie „funktioniert“: Es gilt als das „sine qua non“ erfolgreicher Therapie, das empathische Verstehen

(Rogers 1975a) derart genau auszudrücken, dass die Klientin wahrnimmt, dass bzw. wie sich ihre Therapeutin in sie unbedingt positiv beachtend einfühlen kann. Im Herzstück personzentrierter Theorie, der Theorie von den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen“ für konstruktive Persönlichkeitsveränderung (Rogers 1957a), wird dies postuliert. Ein Feld förderlicher Bedingungen innerhalb einer Beziehung stellt zugleich die Matrix und die dialogische Voraussetzung dafür dar, dass sich Personen in Richtung von Erhaltung und Entwicklung, Autonomie und Gegenseitigkeit, Differenzierung und Ganzheitlichkeit (Rogers 1951, 1957a, 1959a) entfalten können. Diese Theorie ist Abstraktion – ein Modell, das auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit in ihrer Komplexität *verweist*. Schwierig wird es, das intersubjektive Geschehen der *konkreten* kritischen oder kreativen Momente *jenseits* der Einzelfalldarstellung theoretisch zu fassen und von etwas zu sprechen, das wir mit den Klientinnen eigentlich nur unmittelbar *erleben* können. Genau hier erhebt sich die Frage, ob nicht zusätzlich zur Perspektive des konventionellen wissenschaftlichen Zugangs ein Beitrag aus der beruflichen Praxis bereichernd sein kann.

Theorie und Praxis werden zumeist aus der Sicht der Wissenschaft thematisiert. In diesem Artikel stelle ich die Beziehung zur Praxis und zur Theorie *aus der Perspektive einer Praktikerin* dar. Von eigenen Erfahrungen und Entdeckungen zu erzählen ist mir als Praktikerin vertraut, ebenso, dies in andere (Fach-)Sprachen zu übersetzen. Angeregt durch die Professionsforschung (Schön 1983; Buchholz 1999), die in der Praxis *nicht die Anwendung* von Wissenschaft sieht, versuche ich hier meine Gedanken zum „Können“ von Praktikerinnen in eine Art Systematik zu bringen. Sie entspringen persönlichen Erfahrungen aus der freiberuflichen psychotherapeutischen Praxis und der stationären Tätigkeit in Krankenhäusern mit einem Versorgungsauftrag. Ich differenziere hier bewusst in praktische professionelle und wissenschaftliche Arbeitsbereiche, trenne in psychotherapeutische „Praktiker“ und „Wissenschaftler“, obwohl es natürlich Personen gibt, die in beiden Funktionen tätig sind. Praktikerinnen antworten auf sich im therapeutischen Raum spontan entfaltende lebendige Wirklichkeiten, während personzentrierte Wissenschaftlerinnen die Veränderungsprozesse dieser Wirklichkeit erklären und deren Gesetzmäßigkeiten verstehen wollen. Praktikerinnen, die mit Psychotherapie ihren Lebensunterhalt verdienen, üben einen Beruf aus. Insofern ist ihre Tätigkeit als „professionell“ zu betrachten. Therapie findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern innerhalb eines bestimmten, von Pluralität gekennzeichneten gesellschaftlichen Umfeldes. Eine Gesellschaft billigt den Mitgliedern einer Profession gewisse Privilegien zu, wie die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen durch Zugehörigkeit und den Schutz eigener beruflicher Interessen usw. Im Gegenzug erwartet die Gesellschaft von der jeweiligen Profession die Einhaltung ethischer Regeln und die des Berufscodex. Das bedeutet, dass Professionen als Teil eines historischen und gesell-

schaftspolitischen Prozesses in einem Wandel befindlich sind und grundsätzlich (als solche) problematisierbar sein müssen (siehe z. B.: Wilkening 1978).

Hier werde ich meinen Fokus nicht auf die Problematik von Professionalität richten, sondern ein Verständnis des „Besonderen“, Einzigartigen psychotherapeutischer Praxis, die auch professionell organisiert ist, skizzieren. Anders als Marlies Pörtner, die ausgewählte Therapeutinnen und Therapeuten zur eigenen Praxis interviewt hat (Pörtner 1994), werde ich hier aus dem Strom einmaliger psychotherapeutischer Erfahrungen zweierlei herausfiltern: die Besonderheiten dessen, was Therapeutinnen „können“ und wie sich ihre berufliche Erfahrungswelt weiterentwickelt. Da ich allgemeine Aussagen dazu tätige, müsste ich meine Sätze immer mit einem Hinweis auf die darin enthaltene *subjektive* Sichtweise versehen. Ich verzichte darauf mit der Bitte an die Leserin und an den Leser, diesen Aspekt „mitzudenken“. Ich habe mich für die weibliche Schreibweise entschieden und ersuche hiermit die männlichen Leser, sich ebenfalls „mitzudenken“. Wo ich mich auf Texte anderer Autorinnen und Autoren beziehe, habe ich deren grammatikalische Struktur verwendet und es als Zitat gekennzeichnet.

2. Das „Können“ von Praktikerinnen

2.1 Praxis überschreitet die Anwendung von Theorie

Im Alltagsbewusstsein scheint der Unterschied zwischen Theorie und Praxis klar, und das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis deutlich trennbar zu sein. Bei genauerer Betrachtung droht sich diese Differenz aufzulösen. Seit etwa fünfzig Jahren regt sich, nicht nur im Bereich der Humanistischen Psychologie, Kritik an der Vorstellung, der professionellen Praxis läge ein „Modell technischer Rationalität“ zugrunde: Logisch gefolgert würde das nämlich bedeuten, Praxis *sei* die Anwendung theoretischen Wissens zur Problemlösung. Die dazu erforderlichen Theorien würden außerhalb der Praxis entwickelt, seien allgemein gültig und standardisiert. Eine Praktikerin sei die Expertin für die Lösung der anstehenden Probleme. – In professionelle Praxis gehen zwar die Erkenntnisse von Wissenschaft ein, aber die Praxis ist *niemals identisch* mit der *Anwendung* von Wissenschaft (Schön 1983, 23f). Aus der Sicht von Praxis ist auch Personzentrierte Psychotherapie weitaus mehr. Die oben erwähnte Unschärfe erzeugt beim Versuch, die komplexe Wirklichkeit von Psychotherapie *eindeutig* zu definieren, unterschiedliche Auffassungen: Psychotherapie als Wissenschaft bzw. als „psychotherapeutisch-wissenschaftliches Verfahren“ (siehe z. B.: Österreichisches Psychotherapiegesetz 1991), als „Konfession“ oder „Profession“ (Grawe/Donati/Bernauer 1994). Psychotherapie als (Heil-)Kunst, ein Lernvorgang, ein psychosoziales Beeinflussungsverfahren oder als Persönlichkeitsveränderung durch Beziehung.

Die psychotherapeutische Praxis selbst hat zu ihrer Umgebung wichtige Bezüge: exemplarisch seien neben den Angehörigen der Klientinnen die Wissenschaften, wie Ethik, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Medizin und Neurowissenschaften, Biologie, das Rechts- und das Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, die Künste sowie Religionen erwähnt. Die Wissenschaftstheorie lehrt, zur Verwendung gelangende Begrifflichkeit offen zu legen. Wenn „Praxis“ im Kontext der altgriechischen Bedeutung von „handeln“ ein Verändern eines Zustandes, einer Situation, noch allgemeiner, eines „Sachverhaltes“ ist, bedeutet „Theorie“, ursprünglich von „schauen“ kommend, „Erkennen“, bloßes Erblicken oder Wahrnehmen von etwas, das sich durch unser Wahrnehmen nicht verändert (Seifert 1992). Den Begriff „Wissenschaft“ verwende ich hier in einem weitgefassten Sinn: Wissenschaft ist die methodisch-systematische Erweiterung unseres Wissens im Zusammenhang mit einer Verbreiterung der empirischen Basis und der Ausarbeitung einer Theorie. Jetzt wird klar, dass sich die pure, klassische Bedeutung von „Theorie“ erweitern muss. Unter Theorie verstehe ich somit ein sich nicht widersprechendes System von Aussagen, das die empirischen Daten bzw./oder die Basissätze ordnet und uns ermöglicht, über unsere Erfahrungen nachzudenken und zu sprechen.

Das „Wissen“ umfasst alle Erfahrungen, die einer Überprüfung durch Erfahrung standhalten. Vorhandenes Wissen kann auf die Wahrnehmung strukturierenden Einfluss haben: Es sagt uns, was wir erkennen oder wie wir sehen, hören, fühlen sollen. Zugleich gilt auch, dass Hypothesen, wissenschaftliche Meinungen, Modellbildungen durch korrigierende Erfahrungen *veränderbar* sind. „Verstehen“ ist ein komplexer Prozess, der auf der Fähigkeit des Menschen wahrzunehmen basiert, was wiederum von seiner biologischen Ausstattung, seinen kognitiven und affektiven Möglichkeiten sowie von seinen Gedächtnisleistungen abhängt (Kriz/Lück/Heidbring 1996). Es ist subjektabhängig und konstituiert (gesellschaftliche) Wirklichkeit (Schütz/Luckmann 1979, 38f; Berger/Luckmann 1980), kann sinnstiftend sein, konstruktiv und die Komplexität strukturierend, oder Handlungscharakter haben (Kriz/Lück/Heidbring 1987; Schwemmer 1987).

Theoretische Modelle bilden die komplexe Wirklichkeit der therapeutischen Praxis ausschnittsweise ab, ordnen das „Chaos“ der Flut lebensweltlicher Vielschichtigkeit (Kriz 1997). Ihr Verhältnis zur Wirklichkeit ist gewissermaßen vergleichbar dem einer Landkarte zur Landschaft. Dabei soll nie vergessen sein, dass jede Gesellschaft und jede Zeit ihre eigenen „Landkarten“ hervorgebracht hat und innerhalb einer Gesellschaft verschiedene Sorten von Landkarten nützlich sind. Eine Landkarte wird nur Teile der ganzen Wirklichkeit abbilden, weil sie sonst nicht mehr übersichtlich genug wäre, zugleich soll sie für den jeweiligen Bedarf „genau genug“ sein. In der Wissenschaft hervorgebrachte Modelle, Konzepte – „Landkarten“ – werfen aus unterschiedlichen Perspektiven ein Licht auf die

komplexe Wirklichkeit des Forschungsgebietes und beeinflussen somit auch die Wahrnehmung für die „Landschaft“ selbst. Diese Perspektiven können einander ergänzen oder irritieren, beziehungsweise die Verstehensprozesse der Praxis anreichern. Insofern ist die Praxis „wissensbasiert“ (Buchholz 1999, 95f) und Theorie konstruktivistisch (siehe Kriz/Lück/Heidbrink 1996; Höger 2000; Janich 1996).

2.2 Psychotherapeutische Praxis als Gegenstand von Aktionsforschung

Das empathische Verstehen der Praxis, als ein sich erweiternder und vertiefender Prozess, knüpft am vorhandenen Wissen der Praktikerin an. Theorie kann in ihr dieses Verstehen anregen und Anlass geben, das therapeutische Geschehen und eigene Handeln zu reflektieren. Wo die Wissenschaft ein auf Machen-Können gerichtetes Wissen, also Technik, hervorbringt, bedeutet in Gegenüberstellung dazu das person-gebundene „reflexive Wissen“ der Praxis eine sich stets mehrende Erfahrung, die sich im einzigartigen Bezug zur aktuellen Situation auch immer erst bildet. In diesem Sinne erfordert Praxis stets Wahl und Entscheidung zwischen Möglichkeiten. Hier wird weiters besonders deutlich, dass ein Praktiker immer auch Werte-Entscheidungen trifft (Gadamer 1972; Rogers 1961a, 212). Diese auf anthropologischen Vorannahmen beruhenden Werthaltungen sind implizit immer gegenwärtig. In den Humanwissenschaften spiegeln sie sich, unabhängig davon, ob sie offengelegt worden sind oder nicht (Hagehülsmann 1984; Holzkamp 1973), sowohl im Menschenmodell, das einer Theorie zu Grunde liegt, wider als auch im Selbst-Verständnis der Praktikerin, die sich auf diese Theorie bezieht.

Praxis ist von Wissenschaft angeregtes Können, sie *wird* gewissermaßen zur Kunst, und je mehr ein Praktiker sein Können „beherrscht“, desto mehr Freiheit besitzt er gerade gegenüber diesem „Können“. Dieses Können bekommt dann etwas von Leichtigkeit, Schönheit, Selbstverständlichkeit (Gadamer 1972). Ihre Tätigkeit erfordert von Praktikerinnen einmalige Antworten. In „The Reflective Practitioner“ charakterisiert der Aktionsforscher Donald A. Schön die Situation professionell tätiger Personen: Praktiker sind immer selbst ein Teil der Situation, die sie gestalten. Dadurch *und* an sich sind diese Situationen instabil, unsicher, einzigartig, vielfältig-komplex, vieldeutig und durch Wert- und Interessenkonflikte gekennzeichnet (Schön 1983, 39f).

Wenn die Psychotherapieforschung gedanklich der professionellen Praxis übergeordnet wird, würde die Lebendigkeit der Praxis stark eingeschränkt werden, warnt Michael Buchholz in seiner professionstheoretischen Analyse (Buchholz 1999). Buchholz knüpft dabei an die Tradition der Aktionsforschung im englischsprachigen Raum

an (Schön 1983; Argyris/Schön 1999, 45f), wo es mittlerweile üblich ist, die Praxis gleichberechtigt neben die Wissenschaft zu positionieren. Er plädiert für eine eigenständige Beforschung professioneller Praxis neben klassischer Psychotherapieforschung. Wo Praktikerinnen systematisch ihr therapeutisches Handeln und Erleben reflektieren, findet die Aktionsforschung konkrete Verwirklichung: Ausführlich angelegte Therapieprotokolle, Fragetagebücher oder Intervisionsgruppen ermöglichen, interessante Fragestellungen gezielt zu bearbeiten und die eigene Arbeitsweise weiter zu entwickeln sowie im kollegialen Austausch neue Sichtweisen zu gewinnen. Diesseits und jenseits des Freudschen Junktims vom Heilen und Forschen hat sich im Bereich professionell betriebener therapeutischer Praxis eine *Kultur* der Reflexion, des Befragens und Erforschens entwickelt.

2.3 Einmaligkeit in der therapeutischen Erfahrungswelt

Berufliche Praxis ist an die Person der Therapeutin gebunden, an ihre Wesensart und Flexibilität. Ihre persönliche Lebenserfahrung, beginnend von klein an und die Lebenslerngeschichte bis zu den Entwicklungs- und Sozialisierungsprozessen, die in Aus- und Weiterbildungen stattfinden (Berger/Luckmann 1980), sind in der Praxis letztlich unhintergebar. Das reflektierte eigene Geworden-Sein wird eine Ressource für die Praktikerin darstellen können. Im Laufe ihres beruflichen Entwicklungsweges vergrößert sich der Erfahrungsschatz an je *einmaligen* therapeutischen Begegnungen: Sie verdankt ihren Klientinnen immer auch eigenes zwischenmenschliches Wachsen. Es vertieft sich ihre therapeutische Identität, Kompetenz und Klarheit bezüglich des eigenen professionellen Selbst-Verständnisses (Gaul/Macke-Bruck 2000, 261). Die berufliche Erfahrungswelt der Psychotherapeutin ist in ihrer Komplexität dauernd im Fluss und in Entwicklung. Jede psychotherapeutische Beziehung ist ein einzigartiges intersubjektives Geschehen. Die Praktikerin ist selbst an dieser Beziehung beteiligt und gestaltet sie von Moment zu Moment mit.

Eine Psychotherapeutin arbeitet tagtäglich, meist über längere Zeiträume hinweg mit ihren Klientinnen und Klienten. Im Gegensatz zu den, nach wissenschaftlichen Kriterien, spezifisch ausgewählten Personengruppen für die Forschungsdesigns, kommen in eine psychotherapeutische Praxis Klientinnen mit sehr unterschiedlichen Entwicklungs-Bedürfnissen, in vielerlei Leidenszuständen, teilweise mit unklaren „Arbeitsaufträgen“ oder außergewöhnlichen Erwartungen an Psychotherapie. Sie sind weder vorselektiert noch vordiagnostiziert worden und haben mitunter unangenehme Zuweisungserfahrungen gemacht. Würde man die Klientinnen zu Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit im Prozesskontinuum (Rogers 1961a, 130ff) einstufen, befänden sich einige der sehr verletzlichen Klientinnen in den Bereichen „eins bis zwei“. Bei

Personen mit einem fragilen Selbstbezug (vgl. Warner 2000; Binder 1994; Eckert/Biermann-Ratjen 2000; Reisch 1994; Swildens 1991; Coffeng 2001, Prouty/Van Werde/Pörtner 1998) kann es mitunter ungleich schwieriger für Klientin und Therapeutin sein, eine tragfähige Beziehung zu etablieren als mit Klientinnen aus den Bereichen drei bis fünf im Prozesskontinuum. Letztere sind meist gut motiviert und können das therapeutische Angebot für sich aktiv nutzen. Einer erfahrenen Praktikerin ist es möglich, sich auf diese Gegebenheit flexibel einzustimmen und kreative persönliche Lösungen zu finden. Es genügt einfach nicht, reines psychopathologisches Wissen anwenden zu können. Weder das Wesen der personzentrierten Praxis, deren Annahmen zur Natur des Menschen, noch das entwicklungsorientierte Verständnis von Störung im PCA erlauben das. Wenn personzentrierte Therapeutinnen erleben, wie unterschiedlich es sein kann, mit so verschiedenen Menschen in Beziehung zu treten, wie es „schmecken“ kann, sie in ihren Grenzgängen zu begleiten, entwickelt sich therapeutische/klinische Erfahrung.

2.4 Therapeutische Identität spiegelt sich in person-gebundenem Wissen

Identität und personzentriertes Selbst-Verständnis einer Therapeutin zeigen sich am kongruenten, erfahrungsoffenen selbst-reflexiven Da-Sein für die Klientin. Das impliziert die Fähigkeit, jeweils an der *Person* der Klientin oder des Klienten orientierte Rahmenbedingungen für die therapeutische Arbeit entwickeln zu können. Es bedeutet, sich *immer neu* Klarheit über die eigene Verantwortung in der therapeutischen Beziehung zu verschaffen. Wo Personzentrierte Psychotherapie zum Beruf geworden, also auch gesellschaftlich legitimiert ist, zeigt sich die Professionalität einer Therapeutin auch in der Bereitschaft (Gaul/Macke-Bruck 2000, 263), ihr Handeln jedes Mal neu ethisch zu verankern, die einschlägige Therapietheorie integriert und deren spezifische anthropologischen Vorannahmen reflektiert zu haben (vgl. Höger 2000; Schmid 2002). Dies erscheint mir insofern bedeutsam, als die eigene therapeutische *Identität* den therapeutischen Prozess beeinflussen kann: In einer Studie haben Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen gezeigt, welchen heimlichen Wirkfaktor die „Theorie“ des Therapeuten, nämlich seine Vorstellungen von der psychischen Entwicklung des Menschen, von der Entstehung psychischer Störungen und den therapeutischen Bedingungen zur Behebung dieser Störungen darstellt. Beim quantitativen Vergleich erwiesen sich die gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungen im Mittel als gleich erfolgreich, in der qualitativen Analyse wurden spezifische Veränderungsmerkmale sichtbar. Etwas vereinfacht dargestellt, fanden sich folgende Ergebnisse. Nach der Gesprächspsychotherapie beachteten die Klienten stärker ihr Selbst in Interaktion mit der Umwelt, vor allem mit den wichtigsten Bezugspersonen, ihre Kontakt- und Beziehungsfä-

higkeit wuchs, während für psychoanalytisch behandelte Personen die eigene innere und äußere Autonomie stärker zunahm (Eckert/Biermann-Ratjen 1990).

Das Person-Gebundene der Praxis spiegelt sich im Selbstkonzept bzw. Selbstbild der Therapeutin wider. Ihre selbst-reflexiven Fähigkeiten definieren das Empathievermögen (Fonagy 2000; Daudert 2001), ihren Bewertungsprozess und beeinflussen die Entwicklung ihrer anthropologischen Annahmen, wie Welt-, Menschen- und Selbstbild und den Zugang zur Therapietheorie: Die Tätigkeit der personenzentrierten Praktikerin wurzelt in der Vorstellung, dass sich Personen unter bestimmten günstigen Bedingungen selbst regulieren und entfalten können (Rogers 1959a). Persönlichkeitsentwicklung, selbst-reflexives Potenzial, Lebenserfahrung, Bildung und therapeutisch-klinische Erfahrung sowie die therapietheoretischen Kenntnisse verdichten sich wiederum zum Wissen einer Therapeutin. Dieses Wissen ist ihr als integriertes, „implizites“ Wissen, „tacit knowing“ würde es Michael Polanyi bezeichnen (Polanyi 1964), grundsätzlich zugänglich. Sie kann es sich explizit verfügbar machen (vgl. Gendlin 1964). Das „Wissen“ einer Praktikerin ist folglich person-gebunden und in Entwicklung befindlich.

Therapeutische Praxis wird nicht immer im gleichen Maße als „gelingend“ erlebt. Bereitschaft und Sensibilität, dieses Faktum zu reflektieren, sind sowohl individuell als auch situativ unterschiedlich vorhanden. Sie gehören grundsätzlich zu lebendiger personenzentrierter Praxis und spiegeln sich in der Fähigkeit zur Selbstreflexion wider. Das Reflektieren als ein sich Vergegenwärtigen der eigenen Praxis bleibt immer der einzelnen Person selbst überlassen. Meines Erachtens wird eine Therapeutin genau in jenen Augenblicken zur „Erforscherin“ der eigenen Praxis, in welchen sie ihr Erleben in seiner *Einmaligkeit* zum Gegenstand des Fragens macht. Während im Wissenschaftsbetrieb die Kultur des Erforschens weitgehend klar definiert ist und man sich innerhalb eines Paradigmas an Übereinkünfte der scientific community zu halten bereit ist, gibt es dergleichen Reglementiertes in der professionellen Praxis nicht. Abseits der Verpflichtung zur Supervision liegt es im Verantwortungsbereich der Praktikerin, für die Förderung ihrer therapeutischen Kompetenz zu sorgen.

3. Weiterentwicklung in der beruflichen Praxis

1.1 Zum Verhältnis von Praxis und Theorie im PCA

Personenzentrierte Psychotherapie basiert auf der Vorstellung, dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen wischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Michael Buchholz entwirft in seiner Publikation „Psychotherapie als Profession“ (Buchholz 1999) ein professionstheoretisches Rahmenmodell für

die psychotherapeutische Praxis. Dabei bekommt der Gedanke zentralen Stellenwert, dass lebendige therapeutische Praxis wissensbasiert, aber keinesfalls die technische Anwendung von Theorie ist. Ein solches Konzept kann Praktikerinnen Strukturierungshilfe bei der *Weiterentwicklung ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit* sein. Obwohl Buchholz dieses Modell am Beispiel der Psychoanalyse konkretisiert, drängte sich mir beim Lesen seines Buches der Gedanke auf, dass viele der Kriterien dieses professionstheoretischen Modells im personenzentrierten Konzept bereits verwirklicht sind. Dies erscheint insofern nicht weiter verwunderlich, als Rogers ein erfahrener Praktiker war, der zunehmend tiefer in die Erforschung seiner beruflichen Erfahrungswelt eindrang (Rogers 1959a, 12ff).

Ich möchte jetzt an den zentralen Konzepten Rogers' von 1957 und 1959 zeigen, dass erfolgreiche personenzentrierte Praxis keine *Anwendung* der Therapietheorie darstellt. „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1959a) beinhaltet *keine* konkreten Handlungsanleitungen oder genauen Beschreibungen eines erforderlichen Verhaltens, sie beschreibt *grundlegende Prinzipien* therapeutischen *Geschehens* (Höger 2000; Finke 1994) im Rahmen einer *gelingenden* Beziehung. „Die hinreichenden und notwendigen Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers 1957a) sagen aus, was geschieht, wenn das *Feld der beschriebenen Bedingungen* in relativ hohem Ausmaß und über einen gegebenen Zeitraum hinweg verwirklicht ist: Persönlichkeitsveränderung als Entwicklung von Empathie und in Richtung auf größere Erfahrungsoffenheit, Selbstentfaltung, Differenzierung, Komplexität und Wechsel- bzw. Gegenseitigkeit (Hutterer 1992). Dieses Konzept ist eine Beschreibung der von Klienten erfahrenen und Forschern wie Beratern usw. „beobachteten Momente“ einer *gelingenden* Therapie: zu mangelndem Gelingen enthält es keine expliziten Aussagen.

Gerade mit der Formulierung der Therapietheorie auf hohem Abstraktionsniveau hat Rogers meines Erachtens einen *professionstheoretischen Rahmen* für die Personenzentrierte Psychotherapie verfasst: Wenn jemand diese therapietheoretischen Konzepte direkt in einer mechanistischen Art und Weise *anwenden* will, wird er scheitern. Es liegt nicht in der Macht der Therapeutin, empathisches Verstehen zu erzeugen, sich zu unbedingt positiver Beachtung zu verpflichten oder die Klientin dazu zu bringen, dass sie wenigstens in einem geringen Ausmaß die bedingungslose positive Beachtung ihr gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin wahrnimmt. Ebenso wenig wird die Therapeutin bewusst verhindern können, dass sie inkongruent in der Beziehung zur Klientin wird – das widerfährt ihr naturgemäß ungewollt. Sich in Kontakt *befinden*, empathisch den inneren Bezugsrahmen der Klientin in einer „als ob“ Modalität *erfahren* und positive Beachtung *empfinden* geschieht ebenfalls jenseits aktiver, „rein kognitiver“ Steuerung. Es

ist Ausdruck einer inneren Einstellung und Bereitschaft innerhalb der Beziehung und wird Therapeutin und Klientin vielmehr zuteil.

Carl R. Rogers wusste, dass die Theorie von 1957 eine Gefahr in sich birgt: Manchmal gerät sie Praktikerinnen zur idealisierenden Norm. Wenn es sozusagen zu wichtig ist, die Therapeutenvariablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz in allerhöchstem Maße zu *erfüllen*, gerät die Person der Klientin verloren und die Therapeutin erlebt nicht mehr, dass und wie ihr empathisches Verstehen usw. von der Klientin erfahren wird. Hier stimmen, wie in empirischen Untersuchungen (z. B. Raskin 1974 in Rogers 1975a) gezeigt werden konnte, Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens nicht überein. Gerade deshalb erscheint es mir besonders hilfreich, personzentrierte Theorie mit dem *korrektiven Moment* einer professionstheoretischen Rahmung zu lesen. Das dient insbesondere dort als Aufforderung zur Reflexion, wo die Therapeutin aus ihrem Gegenwärtig-Sein geraten ist, sich in der Beziehung zur Klientin als inkongruent erlebt bzw. ihr Erleben der therapeutischen Situation in der Supervision als solches identifiziert (Gaul/Macke-Bruck 2000). Weil Theorien auch handlungsleitend sind und die personzentrierte Therapietheorie die Beschreibung besonders günstiger Bedingungen enthält, ist eine Therapeutin in zweifacher Weise zur Selbstreflexion aufgefordert: Zur Spurensuche in Richtung von mangelnder Übereinstimmung mit den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen konstruktiver Persönlichkeitsveränderung“ und in Richtung eigener blinder Flecke bezüglich eines unreflektierten therapeutischen Selbstideals.

1.2 Praxis als gelingende therapeutische Beziehung

Eine Theorie, die in so stark verallgemeinerter, besser vielleicht übergeordneter Weise verfasst ist, bietet Praktikerinnen die Möglichkeit, sich von Moment zu Moment in *einzigartiger*, also in nicht beliebiger Weise in einen Beziehungsprozess einzulassen. Die Darstellung in Gestalt „hinreichender und notwendiger Bedingungen“ ermöglicht der Therapeutin, sich im Verstehensprozess zwischen dem Ganzen und dem Spezifischen zu balancieren, ebenso zwischen Flexibilität und Fokussierung. Theorie stellt einen Rahmen dar, innerhalb dessen sich Therapeutinnen bewegen können, und gibt Sinn: Die gelebte Praxis wird diskutierbar, im Einzelfall kritisierbar und ermöglicht der Praktikerin, immer wieder neue Vorstellungen, neue Bilder darüber zu entwickeln, wie „Verstehen verändert“. Personzentrierte Theorie legt nicht die Interpretation eines von der Klientin dargestellten Problems/Themas fest, sondern eröffnet der Klientin und der Therapeutin eine Perspektive dafür, die gefühlte Bedeutung des thematisierten Sachverhaltes zu erfassen. Sie erlaubt (– ja fordert implizit geradezu von –) der Praktikerin, ihr empathisches Verstehen so exakt, also feinfühlig in passenden Worten, gewählten Gesten, „anschlussfähigen“

Bildern, stimmigen Metaphern zu vermitteln, dass sich die Klientin als wahrgenommen *erfährt*.

Schließlich dient diese Theorie wie ein Kompass zur Orientierung, sie hilft der Therapeutin, sich selbst zu verstehen: Bin *ich* kongruent in der Beziehung, wofür *empfinde* ich unbedingte positive Beachtung, wo bin *ich* nicht *in Kontakt*, *erlebe* ich empathisches Verstehen, wie *nimmt* die Klientin *mich wahr*? Eine professionstheoretische Sicht definiert Psychotherapie zugleich als instabile Situation (vgl. Schön 1983), weil sie von der Person der Praktikerin abhängig ist. Wenngleich es der Forschung möglich ist, aufgrund des Bestehens bestimmter Bedingungen zu Therapiebeginn, deren Gelingen zu prognostizieren (Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001), wird es in der Praxis keine Erfolgsgarantie geben können.

Weil lebendige Praxis an die *Person* der Therapeutin gebunden ist, erfordert sie eine intersubjektive bzw. interaktionelle Definition. Personzentrierte Theorie impliziert diese Konzeption und sollte als Feldtheorie begriffen/gelesen werden (Kriz 1997; Höger 2000; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001, 86). Das bedeutet einerseits, dass die Tradition, von der „Verwirklichung der drei Therapeutenvariablen“ zu sprechen, den Nachteil in sich birgt, die intersubjektive Wirklichkeit der therapeutischen Situation auszublenden.

Eine Praktikerin lässt sich von der Eigenart einer Klientin anmuten. Intersubjektives und interaktionelles Verstehen erweitern den Blickwinkel auf das Beziehungsangebot der Klientin und deren Art, ein Beziehungsangebot aufzunehmen (Höger 2001). Stellen wir uns vor, eine Klientin wird sehr lange und sehr genau von ihren Versuchen, etwas Schwieriges zu bewältigen sprechen und die Therapeutin nicht gerne zu Wort kommen lassen. Zugleich ist sie auf Hilfe hoffend eingestellt. Vielleicht wird sich die Therapeutin als hilflos erleben, möchte sie die Klientin in keine beschämende Situation bringen. Sie fühlt, wie wichtig es für ihre Klientin ist, diese bedrohliche Situation zu vermeiden. Das unbedingt positiv beachtende empathische Verstehen der Therapeutin erfasst gleichermaßen a.) den Beziehungsaspekt zwischen ihr und der Klientin, b.) deren Bedürfnis, die Selbst-Achtung zu *erhalten* und die damit verbundene Schwierigkeit, sich dem eigenen Problem c.) freier zuzuwenden. Die erfahrene Praktikerin wird die auftauchende eigene Resonanz wahrnehmend das Verwirrende der Situation erfassen. Sie wird, sich in einem Abstimmungsprozess mit der Klientin befindend, ihr empathisches Verstehen *situativ* angemessen äußern. Einmal wird es passend sein, den Wunsch zu artikulieren, besser verstehen zu wollen, einmal vielleicht, wenn sich die Beziehung gerade als angemessen sicher erweist, das „Verwirrende“ der Situation ins Spiel oder das eigene Beziehungserleben als Selbstöffnung zur Sprache zu bringen. Im Gegenwärtig-Sein entsteht eine Antwort auf die ganze Klientin ihrem Bedürfnis nach Selbstachtung wird empathisch verstehend begegnet (vgl. Biermann-Ratjen 1998, 119f).

1.3 Empathieentwicklung und Selbstreflexivität

Carl R. Rogers betont in seinem Spätwerk erneut die Bedeutung der Empathie von Therapeutinnen als besonders wichtige Bedingung für die Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens einer Klientin sowie für das Verständnis von deren Persönlichkeitsdynamik (Rogers 1975a, 75f). In der Psychotherapieforschung wurde entdeckt, dass die Selbsteinschätzung von Therapeutinnen bezüglich ihrer Empathie weniger verlässlich ist als die Fremdeinschätzung von unbefangenen Beurteilerinnen oder von den Klientinnen selbst (Rogers 1975a, 84; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001). Ob empathisches Verstehen gelingt oder missglückt glauben Praktikerinnen dennoch meistens klar sagen zu können. Was sie gerade empathisch sein lässt, ist schon schwerer in Worte zu fassen und erfordert meist Reflexion. Ich möchte nun zeigen, wie Therapeutinnen sich dieser Problematik in kreativer Weise stellen können. Wo die Erforschung der eigenen Praxis in einem *personzentrierten Rahmen* stattfindet und auf der *Theorie der Persönlichkeit des PCA* (Rogers 1959a) basiert, sind spezifische philosophische Implikationen zur „Natur des Menschen“ enthalten. Für Klientin und Therapeutin müsste daher gleichermaßen gelten, dass sie die „Fähigkeit besitzen, sich selbst zu leiten, zu regulieren und zu kontrollieren unter der Voraussetzung, dass bestimmte definierbare Bedingungen bestehen. Nur“, schreibt Rogers weiter, „wenn diese Bedingungen fehlen, werden äußere Kontrolle und Regulation des Individuums erforderlich“ (Rogers 1959a, 47).

Sowohl während als auch nach den Therapiestunden gibt es im Gewahrsein einer Therapeutin Momente des Driftens zwischen einem Zustand des „self in process“ und einem „self as process“: Ich bin entweder in einem Fluss des Erlebens, also in einem (Selbst-)Erlebensprozess befindlich oder ich *vergegenwärtige* mir das eigene Erleben, trete also in *Beziehung* zum eigenen Erlebensstrom. Je weniger ich mich in einer Situation als ängstlich oder bedroht erfahre, desto leichter werde ich zwischen diesen Verfassungen des Selbsterlebens hin- und herschwingen können. Mein Erleben ist frei oder kaum strukturgebunden (Gendlin 1964; Rogers 1975a). Wo ich als Therapeutin in meinem Erleben gerade sehr stark strukturgebunden bin, wird mir kein Oszillieren zwischen diesen Selbstzuständen mehr möglich sein, ich werde mich als „inkongruent“ wiederfinden. Gleichzeitig ist die Beziehung zu Konstrukten ebenfalls relativ starr geworden: Vorstellungen über die Bedürfnisse der Klientin oder bezüglich des Selbstideals der Therapeutin, über therapietheoretische Konzeptionen und von früheren therapeutischen Erfahrungen geraten zum Hindernis erfahrungsoffenen, freien Verstehens.

Das Wissen um die Vorformen von Empathie, „Empathieentwicklung“ (Binder 1994) und die entwicklungspsychologische Dimension der Persönlichkeitsentwicklung (Rogers 1959a, 48–65; Biermann-Ratjen 1998, 106–118) vertiefen dabei das Verstehen.

Empathisches Verstehen bedeutet kraft der eigenen selbst-reflexiven Fähigkeiten, also der Erfahrung innerhalb einer sicheren Bindungsbeziehung von einer selbstreflexiven Person als geistig-seelisches Wesen anerkannt und verstanden worden zu sein, den intentionalen Standort einer anderen Person genau zu erfassen und mitteilen zu können (Fonagy 2000). Dies spiegelt sich im aktuellen Vermögen der Praktikerin zur Selbstexploration und Selbstreflexion wider. Das Symbolisieren relevanter Erlebnis-inhalte ist Ausdruck der Selbstaktualisierung. Erfahrungen, die im Selbstkonzept integriert sind, sind affektiv bewertete, vollständig symbolisierte und damit bewusst gemachte Erfahrungen. Jene Erfahrungen, die in Widerspruch zum eigenen Selbst geraten, können nicht vollständig symbolisiert werden und behindern als Inkongruenz damit auch, für die Klientin unbedingt positive Beachtung zu *empfinden* und empathisches Verstehen zu *fühlen* (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1996, 81f). Eine prozessuale Auffassung und ein entwicklungsorientiertes Verständnis von Empathie scheinen mir in der Praxis unerlässlich zu sein.

Im sich Vergegenwärtigen und beim Reflektieren kann das „Noch-Nicht“ empathischen Verstehens auftauchen und somit gewahrt werden. Das Erleben wird sich (wieder) stärker in Richtung eines vollständigeren Symbolisierens entfalten können. Wer beispielsweise das eigene Erleben und Handeln beim ausführlichen Protokollieren (siehe Kap. 4) eines psychotherapeutischen Beziehungsprozesses zu reflektieren beginnt, vergegenwärtigt sich die unmittelbare Erfahrung noch einmal und sieht in der Folge die Reaktionen der Klientin und die eigenen in etwas anderem Lichte. Beim Schreiben kann erneut nach wirklich *passenden* Worten für das Erlebte gesucht werden. Der empathische Verstehensprozess des Gehörten, Gefühlten verfeinert sich und schreitet ein wenig voran: Als Therapeutin werde ich von einem, „Ah, das wollte sie mir vielleicht auch noch sagen ..., – war es das ...?“ erfasst.

Die subjektive Perspektive wird dabei vorerst weder in der Selbsterforschung noch bei der Praxisforschung im Rahmen einer Interventionsgruppe überschritten. In jenem Maße, in welchem es Praktikerinnen gelingt, diese Auseinandersetzung in einem personzentrierten Klima gegenseitiger Achtsamkeit stattfinden zu lassen, ist immer auch persönliches Wachstum und signifikantes Lernen möglich. Dies bedeutet, die in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Entwicklung des Empathievermögens von Praktikerinnen zu fördern. Die Auseinandersetzung mit eigener Theoriebildung und mit den eingangs bereits erwähnten „in der Umgebung der Therapie befindlichen Konzepten“ (Buchholz 1999) unterstützen diesen Prozess: Sich deren Anregung, Irritation oder einer Kritik auszusetzen, kann die eigene Position erhellen und bereichern (siehe Kap. 4).

1.4 Implizites Wissen und Handeln in der Praxis

Gegenwärtig-Sein und therapeutisches Verstehen haben zugleich Begegnungs- und Handlungscharakter. Der *intersubjektive* Verstehensprozess selbst schwingt zwischen dem Wunsch oder dem Bemühen zu verstehen und dem Erleben von Verstehen hin und her. Wo Empathie etwas von einem „Sich-anmuten-Lassen“ hat, also als Resonanz zum von der Klientin Gefühlten, Gemeinten, Gezeigten verstanden wird, ist immer auch die *interaktionelle* Dimension der Therapie beschreibbar (Biermann-Ratjen 1996; Finke 1994, 1998a; Binder 1994; Reisch 1994; Swildens 1991). Die konkrete Lebendigkeit der Praxis entspricht nicht idealtypischer Einförmigkeit: Es gibt Phasen, des „Im-Fluss-befindlich-Seins“ und weniger gleichförmig dahinfließende Situationen, Zeiten des Stagnierens oder starker Turbulenzen. In der „Aktionsforschung“ hat Donald A. Schön aufgrund von Fallstudien bestimmte Formen des Zusammenspiels von „Wissen“ und „Handeln“ in der Praxis beschrieben (Schön 1983, 49): Der Handlungstypus auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“, weiters der Handlungstypus auf der Basis einer „Reflexion-in-der-Handlung“ und drittens jener auf der Basis einer „Reflexion-über-die-Handlung“.

Denken und Handeln sind nicht getrennt, wenn Praktikerinnen gerade auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“ arbeiten. Sie befinden sich „wie im Fluß“. Den Mustern ihres Handelns ist ein Gefühl für die Situation, in der sie sich befinden, implizit. Sie haben ihr Handeln nicht durch intellektuelle Operationen bewusst geplant oder vorbereitet. Sie wissen mehr als sie auszusprechen vermögen. Sie machen sich nicht explizit bewusst, wo /wie sie dieses Wissen erworben haben (Schön 1983). In einer personenzentrierten Sprache bedeutet das: Mein empathisches Verstehen vollzieht sich: Ich fühle genaues Verstehen dessen, was mir die Klientin vermittelt, als ob ich in ihrer Lage wäre. Ich erlebe, wie sich einfühlsames Verstehen gleichsam zwischen uns ereignet, zugleich bin ich mir (tlw. an der Schwelle meines Gewahrseins) dessen bewusst, dass ich *meine* Wirklichkeit, nicht ihre Wirklichkeit erfahre. Ich drücke das Verstehen meiner Klientin gegenüber aus, ohne eine bestimmte intellektuelle Strategie zu verfolgen. In meinem Erleben sind Empfinden, Fühlen, Vorstellungen, Denken und Handeln ganzheitlich und nicht voneinander getrennt. Ich selbst nehme wahr, dass meine *empfundene* unbedingt positive Beachtung und *gefühlte* Empathie der Klientin in gewissem Maße wahrnehmbar sind. – Es stellt für die Therapeutin kein Problem dar, in der Beziehung zur Klientin kongruent und erfahrungsoffen zu bleiben. Sie stellt sich auf Unerwartetes, auf Bizarres empathisch ein und kippt nicht aus dem Gegenwärtig-Sein (Gaul/Macke-Bruck 2000, 257f).

Aber wie in anderen beruflichen Kontexten ist die therapeutische Situation nicht immer so ruhig dahinfließend. Praktikerinnen kennen Phasen, die größere Herausforderungen an sie darstellen,

weil sie das Verhalten der Klientin als verwirrend erleben oder aus der Fülle dessen, was verstanden sein will, nicht alles auf einmal beantworten können. Im Einzelfall wird sich die Therapeutin stärker dem eigenen Erleben zuwenden und deutlicher ein Oszillieren vom empathischen Verstehen zwischen sich und der Klientin fühlen. Bei Donald A. Schön würde dies unter den „Handlungstypus“ einer „Reflexion-in-der-Handlung“ gereiht werden. Im Vergleich zur ruhig fließenden therapeutischen Arbeit birgt hier die Erfahrung von Komplexität ein wenig Verunsicherung. Das Reflexive des Erlebens tritt deutlicher ins Bewusstsein der Therapeutin, ohne dabei immer verbalisiert werden zu müssen. Donald A. Schön sagt, wenn jemand „in-der-Handlung-reflektiert“, wird er zu einem „Forscher im Kontext der Praxis“ (Schön 1987, 56, 68). Wo die Lage besonders interessant oder sehr problematisch und schwierig geworden ist, ruft sie explizit nach Reflexion. Die Praktikerin beginnt ihr Erleben zu verbalisieren, zu hinterfragen, ausführlicher als sonst zu protokollieren und zu beforschen. Sie geht in Supervision, Intervision oder in eine Fortbildung. Es kommt zu einer „Reflexion-über-die-Handlung“ (Schön 1983, 76f). Dort kann eine neue und lebendige Beziehung zur eigenen Erfahrung hergestellt werden, eine Chance für die Praktikerin, in der Beziehung zur Klientin wieder kongruent zu werden.

4. Eine spezifische Forschungskultur

4.1 Forschung und Kultur

Nun stellt sich die Frage, ob es legitim ist, die Reflexionsstile der Praxis als „Forschung“ zu bezeichnen. Meines Erachtens sprechen zwei Argumente dafür, Praxisforschung als spezifische Form von Forschung zu betrachten. Wenn erstens der subjektive Faktor, den der Mensch in der Erforschung des Menschen und seiner Beziehungen darstellt, nicht länger als einflussnehmende Größe gelehnet wird (Kriz 1997) und wenn zweitens Forschung dabei dienen soll, „Wirklichkeit“ diesseits *und* jenseits der subjektiven Erfahrung zu verstehen. Sie erweitert das signifikante Lernen psychotherapeutischen Arbeitens um eine besonders wichtige Dimension: die mit einer Weiterentwicklung des Selbstkonzepts einhergehende Entwicklung des Empathievermögens von Therapeutinnen. Wichtig ist dabei allerdings, den *Unterschied* von wissenschaftlichen Forschungsprozessen und Praxisforschung, als Weiterentwicklung und Erforschung eigener Berufstätigkeit, nicht aus den Augen zu verlieren.

Carl R. Rogers ging in der Psychotherapieforschung ebenfalls direkt von seinen unmittelbaren Erfahrungen der therapeutischen Tätigkeit aus (Rogers 1959a, 69ff). Es bestand für ihn lange eine schier unüberbrückbare Kluft zwischen seiner Praxis und dem wissenschaftlichen Forschen (Rogers 1961a, 196ff). Erst als er seine Vor-Annahmen zur wissenschaftlichen Tätigkeit veränderte, löste

sich dieser Widerspruch auf. Rogers formulierte das, in Anlehnung an Kenneth W. Spence, so: Insbesondere in der kreativen Initialphase des Forschens entspringen die Daten aller Wissenschaften der unmittelbaren *Erfahrung* eines beobachtenden Menschen. Die Früh- und die Explorationsphase im naturwissenschaftlichen Forschungsprozess sei genauso durch das Vorherrschen von intuitivem Fühlen [...] gefärbt. Erst später werden diese subjektiven Annahmen im Stile der Wissenschaft über Hypothesenbildung u. ä. methodisch geprüft und innerhalb der Forschergemeinschaft validiert (vgl. Rogers 1959, 69; Rogers 1961a, 213ff; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2002). Die Quelle für das Fragen und den Prozess des Forschens ist bei Praktikerinnen und Wissenschaftlerinnen vorerst ähnlich, nämlich die subjektive Erfahrung. Dann beginnen aber aufgrund anderer Motive unterschiedliche Weiterentwicklungen.

Die Forschungskultur der Praxis hat primär förderliche Aufgaben. Sie ist unabhängig von der Forderung nach Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen entstanden. Neben der Supervision sind ausführliches Protokollieren, Forschungstagebücher, die Gründung kollegialer Intervisionsgruppen oder Focusingpartnerschaften ein integraler Bestandteil im individuellen beruflichen Entwicklungsprozess von Therapeutinnen geworden. In Vorträgen, Workshops oder in theoriegeleiteter Supervision bieten Praktikerinnen einander an, ihre Erfahrungen im Kreis von Kolleginnen zur Diskussion zu stellen. Der immanente Selbsterfahrungsanteil eröffnet wiederum Gelegenheiten zur Reflexion eigenen therapeutischen Begegnens und Handelns, was die Entwicklung eines Zugangs aus einer *neuen Perspektive* zu den inneren Einstellungen bedeutet. Ähnliches ist im, von wechselseitiger Wertschätzung getragenen Klima bei (interdisziplinären) Teamsitzungen oder im Austausch mit anderen Berufsgruppen möglich; in der Differenz zueinander wird sich eigenes Erleben „klären“ können.

Darüber hinaus hat Michael H. Rønnestad in einer großen Langzeit-Studie über professionell tätige Psychotherapeuten gefunden, dass sich relativ viele Therapeuten und Therapeutinnen im Zuge ihrer beruflichen Laufbahn wieder in Selbsterfahrung begeben. Laut Rønnestad erhöht sich dadurch ihre Fähigkeit, auch in sehr schwierigen, komplexen und nicht im vorhinein planbaren Situationen empathisch zugegen zu sein (Rønnestad/Skovholt 2001).

Ein therapeutischer Blick, ein solcher Zugang oder therapeutisches Wissen ist gesellschaftlicher Bestandteil von Kultur geworden. Die Kultur des Er-Innens und des Erzählens, mit der die Praxisforschung immer beginnt, kann in kunstvolle Ereignisse münden. Jenseits der Einsamkeit der therapeutischen Praxis und der Stille von Verschwiegenheitsverpflichtungen halten manche Therapeutinnen etwas vom *Wesen* ihrer reflektierten Erfahrungen fest, wenn sie z. B. beginnen, Romane, Krimis, Geschichten, Märchen zu schreiben oder ihre Erfahrungen zu humorvollen Botschaften für das Kabarett oder

Theater verarbeiten. Die Welt der Psychotherapie wird einer gesellschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Wie es sich anfühlt, in Psychotherapie zu sein, weiß man erst, wenn man sich selbst in Therapie begeben hat. Professionell tätige Praktikerinnen geben in Informationsveranstaltungen einem interessierten Personenkreis Wissenswertes über ihre eigenen Arbeitsfelder und das Wesen von Therapie mit ihren Chancen und Grenzen weiter. Hier sind sie in ihrer Domäne, nämlich von etwas zu erzählen, wovon zu sprechen eigentlich unmöglich ist: Therapeuten ermöglichen anderen, in sich Vorstellungen beziehungsweise Bilder über Therapie zu entwickeln.

2.2 Die eigene Erfahrung als Ausgangspunkt

Während in Ausbildungskontexten, im stationären Bereich oder bei Praktikerinnentreffen die Dokumentationspflicht gelegentlich als lästige Notwendigkeit thematisiert wird, kann die Aufzeichnung eigener Notizen über Therapiebeziehungen auch zu einer Bereicherung werden. Praktikerinnen, die schon lange ausführlich verfasste Therapieprotokolle anlegen, sehen darin den persönlichen Entwicklungsprozess oder Ausdruck ihrer Forschungsinteressen widergespiegelt. Relativ oft haben jene Therapeutinnen mit genauen Schilderungen der Eingangssituationen und des Stundenverlaufs begonnen. Später kam es zu einer Zentrierung auf phänomenologische Darstellungen von Momenten der Veränderungen oder von schwierigen Phasen. Praktikerinnen beschreiben diese als Änderungen in der Beziehung zu Konstrukten, zu Symptomen, zum Körpererleben, zum Ort der Bewertung, im Verhalten zu Beziehungspartnern oder im beruflichen Bereich entlang des Prozesskontinuums. Das Interesse kann sich auf strukturgebundenes Erleben, Experiencing- oder Symbolisierungsprozesse richten, weiters auf das Erleben von Konflikten von unerträglicher Widersprüchlichkeit bis zu aushaltbarer oder gar stimulierender Spannung oder sich auf die Schilderung der Spannungen zwischen Selbstdideal und Selbstkonzept der Klientin beziehen. Manchmal wird im Lauf der Jahre nur noch das Wesentliche festgehalten: ein Bild, Wort, Gefühl, eine Szene oder Metapher als Ausdruck dessen, was in der Therapiestunde aufgetaucht oder besonders wichtig geworden ist.

Diese Aufzeichnungen beinhalten meist auch persönliche Notizen über Gefühle und Gedanken, die während der Stunde aufgetaucht sind, über Vorstellungen oder Fragen, die sich zur Situationen aufgedrängt haben, aber nicht mitgeteilt wurden, da sie nicht das unmittelbar von der Klientin Mitgeteilte berührt haben. Es können Leitfragen für das Protokollieren entwickelt werden: Was genau will verstanden werden? Wie kommt es zum Verstehen im Dienste der selbsterhaltenden Komponente der Selbstaktualisierungstendenz? Was an Erfahrungen ist zu bedrohlich und wird deshalb vermieden und was davon aktualisiert sich innerhalb der therapeutischen Beziehung? Das Experimentieren mit lust- und sinnvollen Formen

des Protokollierens oder das Anlegen von Forschungstagebüchern zu bestimmten Fragestellungen gestattet, eigene therapietheoretische Ideen zu verfolgen: Wenn ein bekanntes theoretisches Konstrukt das individuelle Erleben nicht ausreichend genau zu erklären vermag, kann im „Bilden“ eigener „Theorien“ eine Sammlung von persönlichem „Erfahrungsmaterial“ angelegt werden.

4.2 Erforschung der eigenen Praxis als Empathieentwicklung

Eine kollegiale Intervisionsgruppe kann ebenfalls ein Ort der Erforschung beruflicher Praxis sein. Die konsequente Bereitschaft, sich im Rahmen einer vertrauensvollen personenzentrierten Atmosphäre schwierige Situationen der eigenen Praxis zu vergegenwärtigen, verändert die berufliche und gleichzeitig die persönliche Erfahrungswelt: Auch in unbekanntem, verwirrenden oder bedrohlichen Situationen ist es dann eher möglich, empathisch zugegen zu bleiben. Jene Momente in der therapeutischen Beziehung, wo das nicht möglich war, werden früher als solche wahrgenommen und weniger ausgeblendet. Damit ist verbunden, dass sich die Sensibilität gegenüber eigenem Inkongruent-Werden erhöht. Zugleich steigt auch die Bereitschaft, sich darin „auszuhalten“ und selbst besser kennen zu lernen: was erlebe ich innerhalb der therapeutischen Beziehung als bedrohlich usw.? Das bedeutet: Das (Selbst-)Ideal bzw. der Anspruch, die therapeutischen Bedingungen stets in höchstem Maße verwirklichen zu müssen, wird immer neu relativiert zu Gunsten der therapeutischen Realität, der Kongruenz und realen eigenen Möglichkeiten, empathisch zu verstehen und zugegen zu bleiben.

Dies sind wiederum Veränderungen im Sinne von Empathieentwicklung. Es wird leichter, den aktuellen intentionalen Standort der Klientinnen zu spüren und zu beachten: also zu sagen, worin die Klientin gerade ganz genau verstanden sein möchte. Beispielsweise darin, dass sie gerade nicht weiter weiß, sich zu sehr bedroht fühlt, um sich neuen, ins Gewahrsein drängenden Bewusstseinsinhalten zuwenden zu können, sich der Beziehung zur Therapeutin neu versichern möchte oder vielleicht in einem Experiencingprozess nicht gestört, sondern ganz sensibel begleitet werden möchte usw. Die Achtsamkeit gegenüber dem Mit-Geteilten wächst auch insofern, dass sich die Therapeutinnen nicht mehr so leicht im thematischen Verstehen verstricken, sondern eher die gefühlte Bedeutung des Erzählten, also die Selbst-Entwicklungsbedürfnisse von Klientinnen beantworten. Ihre Sensibilität im szenischen Verstehen usw. wächst und lässt die Therapeutinnen weniger verwirrt angesichts schwieriger Beziehungsangebote bzw. Beziehungserwartungen von Klientinnen zugegen bleiben. Im Bereich des therapietheoretischen Wissens gibt es eine Bewegung zu ganzheitlicher Integration und einem personengebundenen Erfahrungswissen. Die Therapietheorie wird auch eher bezugnehmend auf den inneren Bezugsrahmen der betroffenen Klientin formuliert.

Diese Veränderungen haben in jener Intervisionsgruppe stattgefunden, der ich selbst seit Jahren angehöre und die mir ein sehr wichtiger Ort des Innehaltens geworden ist. Freude und Interesse führen uns regelmäßig zusammen und das Klima gegenseitiger Wertschätzung und Achtsamkeit vertieft sich. Es wird zunehmend selbstverständlich, während des Intervisionsprozesses eine Balance zu halten zwischen dem Verstehen für die Therapeutin, für die Klientin, die sich zwischen beiden entfaltende Beziehung und für unsere je eigene Resonanz darauf. Wir lernen, die persönlichen Arbeitsstile immer tiefer wert zu schätzen. Wir geraten dabei weniger leicht in Konkurrenz über unausgesprochene Fragen: „Wer könnte den Fall besser lösen; wer begegnet der Klientin mütterlicher, einfühlsamer?“ Das impliziert, dass wir alle in einem empathischen Prozess sind, der jeder von uns ermöglicht, zu spüren, aus welcher Perspektive sie jeweils gerade zuhört, antwortet, mitfühlt oder uns etwas zu erklären versucht. Man befindet sich gerade in einer Beziehung von Gegenseitigkeit, in einer Alter-Ego Beziehung, in einer Art von Identifikation mit der geschilderten Klientin, in einer Übertragungssituation oder in einer facilitating-Position für die ganze Intervisionsgruppe.

4.4 Die Vielfalt im verstehenden therapeutischen Zugang ist bereichernd

Wenn Praktikerinnen beginnen, die eigene Tätigkeit über das Einholen externer Perspektiven zu befragen, gewinnt die Situation mit der Außenansicht eine zusätzliche Bereicherung. Jene Praxisforschung, die den „subjektiven Bereich“ nicht überschreitet, ist auf die Überprüfung an der unmittelbaren Realität in den nächsten Therapiestunden angewiesen. Diese „Grenzen“ werden durch die Arbeit mit Klienten-Fragebögen oder mit Tonbandaufzeichnungen der Sitzungen etwas nach außen verschoben. Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg solcher Unternehmungen ist meines Erachtens das sensible Etablieren dieser Methoden, da sie per se den therapeutischen Beziehungsprozess beeinflussen. Als Therapeutin selbst kann ich bei der Erforschung der eigenen Praxis natürlich keine echte externe Perspektive einführen – zur Transzendierung der persönlichen Perspektive bin ich immer auf andere, die zu einer systematischen Außenschau fähig und bereit sind, angewiesen. Aktionsforschung befasst sich dann empirisch-wissenschaftlich mit professioneller Praxis. Perspektivenwechsel als Erweiterung der eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten finden aber nicht nur in der Praxisforschung selbst statt, sondern auch in der Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen der empirischen Wissenschaften und durch die Reflexion der eigenen Beziehung zur methodenspezifischen Theoriebildung.

Psychotherapeutinnen reflektieren die eigene Erfahrungswelt am Einzelfall. Da mit der Empathieentwicklung im Laufe der beruflichen

Weiterentwicklung auch die Sensibilität für das „Nicht-Gelungende“ in der Praxis wächst, verändert sich auch der Bezug zu therapietheoretischen Modellen. Weil gelingende personenzentrierte Arbeit eine *sich verwirklichende* achtsame und empathische Begegnung innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung darstellt, entzieht sie sich einer Anwendung oder Idealisierung von Therapietheorie. Wenn Personenzentrierte Praktikerinnen die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Beziehung verlassen, können sie dies an den Rückmeldungen ihrer Klientinnen spüren oder, wie bereits beschrieben, im Reflektieren der eigenen Tätigkeit entdecken. In der Praxisforschung wird die verzerrte Wahrnehmung mit der unreflektierten oder erstarrten Beziehung einer Therapeutin zu therapietheoretischen Konstrukten in Verbindung zu bringen sein.

Der hohe Abstraktionsgrad personenzentrierter Theorie erfordert sowohl für die Forschung als auch für die konkrete gelebte Praxis Explizierungen. In den hierarchisch strukturierten Einteilungen dieser therapietheoretischen Explizierungen werden vier Verstehensebenen mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad von einander differenziert (z.B. in Höger 1989, 2000; Biermann-Ratjen et al. 1996, 59f; Finke 1994, Gaul/Macke-Bruck 2000). Obwohl sich diese Modelle inhaltlich unterscheiden, enthalten sie die selben Vorstellungen von deren ordnender und strukturierender *Funktion*: In der jeweils hierarchisch übergeordneten Ebene wird festgelegt, was in der darunterliegenden verwirklicht sein muss. Die oberste Ebene definiert die Beziehung als psychotherapeutische und enthält anthropologische Vorannahmen. Darunter befindet sich Rogers' Therapietheorie als Prinzip oder Regulativ für alle sich daraus entwickelnden Explizierungen. Das bedeutet, dass in der nächsten Ebene erkennbar ist, ob ein therapietheoretisches Modell tatsächlich zur Verwirklichung Personenzentrierter Psychotherapie beitragen kann. Die vierte bzw. letzte Ebene stellt die Ebene der konkreten einmaligen therapeutischen Begegnung dar.

In der Welt des PCA tragen die therapietheoretischen Explizierungen bzw. Modelle die Handschrift ihrer Autorinnen und Autoren. Sie ermöglichen einer Praktikerin, sich von ihnen anregen oder auch irritieren zu lassen. Als personenzentrierte Therapeutin lese ich selbst diese Modelle niemals als Handlungsanweisungen oder als therapietechnische Manuale. Da ich glaube, dass Modelle auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit nur verweisen können, sind sie in der Praxis nicht wie Rezepte anzuwenden. Theorien, die dem personenzentrierten Konzept immanente Aspekte erhellen, erweitern mir die einmaligen Zugangsmöglichkeiten im Verstehensprozess. Sie eröffnen einen neuen Blick auf das Altbekannte, werfen Licht auf zu eng gewordene Denkgewohnheiten. Da, wo Therapietheorie Muster therapeutischen Handelns expliziert oder beschreibt, dient sie mir in der reflexiven Rückschau auf die eigene gelebte Praxis: „Technik“ im ursprünglichen Sinn von „kunst-voll“, Methodik von „methodicos“ kommend als „nicht beliebig“, als mögliches Korrektiv. Die

Vielfalt im verstehenden Zugang wird dann von Praktikerinnen als Bereicherung erlebt und vertieft ihre Möglichkeiten, empathisch verstehend zugegen zu bleiben. Eine Auffassung von Empathie als prosozial, im Gegensatz zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Bischof-Köhler 1989 in Binder 1994), die primär eigene Befindlichkeit absichert, verhindert, dass Theorie gezielt angewendet wird und sich Praktikerinnen strategischerweise oder nach Belieben bei therapietheoretischen Modellen bedienen. Das selbst-reflexive Potenzial und die Kultur der Praxisforschung ermöglichen der Praktikerin, sich im Prozess des Reflektierens immer neu empathisch verstehend nachzustimmen. In der Beziehung mit der Klientin und in der Begegnung der eigenen Person gegenüber wird eine Therapeutin immer mehr als sie selbst zugegen bleiben.

Literatur

- Argyris, Ch./Schön, D. A. (1999), Die lernende Organisation: Grundlagen, Methoden, Praxis, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Berger, P. L./Luckmann, T. (1980), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann et al. (Hg.) (1996), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), Incongruence and Psychopathology, in: Thorne, B./Lambers, E., Person-Centred Therapy. A European Perspektive, London (Sage), 119–130
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1975, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn, Frankfurt (Klotz)
- Buchholz, M. B. (1999), Psychotherapie als Profession, Gießen (Psychosozial-Verlag)
- Coffeng, T. (2001), Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation, in: Wyatt, G./Sanders, P. (eds.), Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Vol 4, Contact and Perception, Ross-on-Wye (PCCS Books), 153–167
- Daudert, E. (2001), Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Hamburg (Kovac)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (1990), Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten, in: Tschuschke, V./Czogalik, D. (Hg.), Psychotherapie – welche Effekte verändern? Berlin (Springer)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (2000), Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: Kernberg, O. F./Dulz, B./Sachsse, U. (Hg.), Handbuch der Borderline-Störungen, Stuttgart (Schattauer), 595–612
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J. (1999a), Beziehung und Intervention, Stuttgart (Thieme)

- Fonagy, P. (2000), Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst, in: Petermann, F./ Niebank, K./Scheithauer, H. (Hg.), Risiken der frühkindlichen Entwicklung, Göttingen (Hogrefe), 241–254
- Gadamer, H.-G. (1972), Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd. 1, Stuttgart (Thieme), 9–37
- Gaul, S./Macke-Bruck, B. (2000), Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./ Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 257–269
- Gendlin, E. T. (1964), A Theory of Personality Change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality Change, New York (Wiley), 206–247
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)
- Hagehülsmann, H. (1984), Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, in: Petzold, H. (Hg.), Wege zum Menschen, Bd. 1, Paderborn (Junfermann) 1984, ⁶1994
- Holzkamp, K. (1973), Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Psychologische Anthropologie. Bd. 5, Stuttgart (Thieme)
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? In: PsychotherapeutenFORUM 5, 5–17
- Höger, D. (2001), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person 2, 42–45
- Hutterer, R. (1992), Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personzentrierte Theorie der Motivation, in: Stipsits, R./Hutterer, R. (Hg.), Perspektiven rogerianischer Psychotherapie, Wien (WUV), 146–171
- Janich, P. (1996), Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Korunka, Ch./Nemeskeri, N./Sauer, J. (2001), Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung, in: Person 2, 68–89
- Kriz, J. (1997), Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Kriz, J./Lück, H. E./Heidbrink, H. (1996), Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler, Opladen (Leske + Budrich)
- Pörtner, M. (1994), Praxis der Gesprächspsychotherapie: Interviews mit Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Prouty, G./Van Werde, D./Pörtner, M. (1998), Prätherapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Reisch, E. (1994), Verletzbare Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten, München (Pfeiffer)
- Rogers, C. R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) ³1981
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: 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) 1991, 165–184
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta) ⁵1985
- Rogers, C. R. (1975a), Empathic—an unappreciated way of being, in: The Counseling Psychologist 5, 2, 2–10; dt.: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, 75–93
- Rønnestad, M. H./Skovholt T. M. (2001), Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists, in: Professional Psychology: Research and Practice 32, 181–187
- Schmid, P. F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie, in: Person 1, 16–33
- Schön, Donald A. (1983), The Reflective Practitioner, London (Temple Smith)
- Schütz, A./Luckmann, Th. (1979), Strukturen der Lebenswelt. Bd. 1, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Schwemmer, O. (1987), Handlung und Struktur. Zur Wissenschaftstheorie der Kulturwissenschaften, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Seifert, H. (21992), Einführung in die Wissenschaftstheorie. Bd. 3, München (Beck)
- Swidens, H. (1991), Prozeßorientierte Gesprächstherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- Vogler, P. (1972), Disziplinärer Methodenkontext und Menschenbild, in: Neue Anthropologie (Bd. 1–6), Gadamer, Hans-Georg/Vogler, Paul (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd 1, Stuttgart (Thieme), 3–21
- Warner, M. S. (2000), Client-centered therapy at the difficult edge: Work with fragile and dissociated process, in: Mearns, D./Thorne, B. (eds.), Personcentred therapy today: New frontiers of theory and practice, London, Thousand Oaks, New Dehli (Sage)
- Wilkening, H. J. (1978), Das Psychotherapeut-Patient-Verhältnis als berufliche Beziehung, in: Keupp, H./Zaumseil, M. (Hg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 407–437

Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr., Psychotherapeutin und Supervisorin (PP) in freier Praxis, Lehrtherapeutin im Forum/APG, Lehrbeauftragte im Universitätslehrgang des IFF „Palliative Care und Organisationsethik“ (Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck und Graz), bis 1993 auch als Ärztin im stationären Bereich tätig.

Korrespondenzadresse

*Dr. Brigitte Macke-Bruck
Meynertgasse 8/5, 1090 Wien
E-Mail: b.mackebruck@nexta.at*