

Wolfgang W. Keil

Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie

Zusammenfassung: Um die klinischen Aspekte der Personenzentrierten Psychotherapie deutlicher abzubilden, sollte deren Therapietheorie erweitert werden, dies jedoch nicht im Sinn einer Ergänzung durch andere Konzepte, sondern im Sinn einer Explikation des implizit Enthaltenen. Eine erste Erweiterung des Konzepts von Rogers kann in Gendlins Experiencing-Theorie gesehen werden. Hier wird die von den Grundeinstellungen des Therapeuten auszulösende Art und Tiefe des inneren Erlebens der Klientin, die für Psychotherapie erforderlich ist, und die von Rogers nicht ausformuliert wurde, voll ausgearbeitet.

Weitere klinische Aspekte werden explizit, wenn – ausgehend von Rogers' Persönlichkeitstheorie – bedacht wird, dass und auf welche Weisen der Psychotherapeut ermöglichen soll, dass inkongruentes, abwehrendes oder leeres Erleben der Klientin sich zu implizit wirksamem, authentischem Erleben verändern kann. Der Therapeut muss hierbei das Erleben der Klientin im Sinn einer prozessualen Diagnostik wahrnehmen und dieses allmählich mittels hermeneutischer Empathie aus der lebensgeschichtlichen Bedeutung heraus verstehen lernen. Darüber hinaus ist hier auch zu denken an schwer zu verstehende Erlebensformen, wie sie von frühen Störungen und Entwicklungsstagnationen her bedingt sind (u. a. „fragile processes“ nach Warner) sowie an „präsymbolische“ Erlebensformen (nach Prouty). Eine erweiterte personenzentrierte Therapietheorie sollte – und dazu wird in diesem Beitrag ein Versuch unternommen – demnach generell darlegen, wie der Therapeut solches Erleben wahrnehmen kann (diagnostisches Moment) und v. a. auf welchen Wegen die Veränderung solchen Erlebens zu implizit wirksamem Experiencing und kongruentem Erleben geschehen kann (Änderungswissen). Darüber hinaus ist auch zu umreißen, welche professionelle Kompetenz der Therapeut aufzuweisen hat, um derartige Veränderungen in der Praxis zu ermöglichen bzw. zu fördern. Diese Kompetenz wird hier v. a. in der Fähigkeit, eine intensive Arbeitsbeziehung herzustellen, sowie in der Fähigkeit, auf vielen verschiedenen Ebenen von Symbolisierung arbeiten zu können, gesehen.

Stichwörter: Dysfunktionales Beziehungsangebot, hermeneutische Empathie, (für Psychotherapie nötiges) Erleben, Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur, Personenzentrierte Psychotherapie, prozessuale Diagnostik, Symbolisierung, therapeutisches Handwerkszeug, Therapietheorie

Résumé : A propos de l'extension de la théorie de la thérapie centrée sur la personne – Pour représenter de manière plus claire les aspects cliniques de la psychothérapie centrée sur la personne, il convient d'en étendre la théorie de la thérapie, ceci cependant non pas dans le sens d'un complément par d'autres concepts, mais dans le sens d'une explication de son contenu implicite. Une première extension du concept de Rogers peut être vue dans la théorie du Gendlin's Experiencing. Sont élaborées ici dans le détail la nature et la profondeur de la vie intérieure de la cliente – à mettre en lumière par les attitudes fondamentales du thérapeute – ce qui est nécessaire pour la psychothérapie et n'a pas été formulé par Rogers.

D'autres aspects cliniques deviennent explicites lorsque – partant de la théorie de la personnalité de Rogers – on considère que et de quelles manières le psychothérapeute doit permettre que des expériences incongrues, défensives ou vides de la cliente puissent être transformées en expériences implicitement efficaces et authentiques. Le thérapeute doit en même temps percevoir l'expérience de la cliente dans le sens d'un diagnostic processuel et apprendre à comprendre progressivement ce processus par une empathie herméneutique à partir de la signification de l'histoire personnelle de la cliente. En outre, il convient de penser ici aussi aux formes d'expériences difficiles à comprendre, telles qu'elles sont conditionnées par des troubles de la petite enfance et des stagnations du développement (entre autres les « fragile processes » selon Warner) de même qu'aux formes d'expériences « pré-symboliques » (selon Prouty). Une théorie étendue de la thérapie centrée sur la personne devrait – et un essai dans ce sens est tenté dans cet article – par conséquent exposer d'une manière générale comment le thérapeute peut percevoir une telle expérience (moment diagnostique) et surtout par quelles voies la transformation de telles expériences en un experiencing implicitement efficace et congruent, peut se faire (savoir-faire transformationnel). Il convient par ailleurs également d'ébaucher de quelle compétence professionnelle le thérapeute doit faire preuve pour permettre ou favoriser de telles transformations dans la pratique. Cette compétence est vue ici surtout dans la capacité d'établir une relation de travail intense, de même que dans la capacité de travailler à de nombreux niveaux de symbolisation différents.

Mots-clés : Offre de relation dysfonctionnelle, empathie herméneutique, expérience (nécessaire pour la psychothérapie), hypothèses concernant la structure de la personnalité, psychothérapie centrée sur la personne, diagnostic processuel, symbolisation, outil thérapeutique, théorie de la thérapie

1. Einleitung¹

Die größte Bedeutung von Carl Rogers kann wohl darin gesehen werden, dass er einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Psychotherapie herbeigeführt hat. Er selbst beschreibt dies (1961a, 46) so, dass er von der Frage, wie er einen Menschen behandeln oder heilen könne, zur Frage gekommen sei, wie er eine Beziehung herstellen könne, die dieser Mensch zu seiner eigenen Persönlichkeitsentfaltung benutzen kann². Psychotherapie wird also nicht als einseitige Behandlung eines „Patienten“ durch einen Experten, sondern als persönliche Beziehung verstanden, wobei der „Klient“ als Experte (für sich selbst) angesehen wird. Rogers hat damit ein Modell geschaffen, das Psychotherapie als Wachstums- und Reifungsprozess versteht und er sieht den größten Unterschied zu den meisten anderen Therapieformen darin, „daß das medizinische Modell – mit Einschluß der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist“ (1980b, 188)³.

Der Paradigmenwechsel für die Psychotherapie kann also primär in der wesentlichen Hervorhebung der personalen Faktoren an Stelle der rein professionellen, diagnostischen und technischen Fähigkeiten des Therapeuten gesehen werden. So hat Rogers etwa nachdrücklich vertreten, „daß der therapeutische Erfolg nicht in erster Linie von der Ausbildung in Techniken oder von Fachkenntnissen abhängt, sondern vielmehr vom Vorhandensein bestimmter Einstellungen auf seiten des Therapeuten“ (1980b, 192). Die genauere Definition dieser Einstellungen und damit die Formulierung seiner Therapietheorie hat Rogers (1957a; 1959a) in seinen längst klassisch gewordenen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie zusammengefasst.⁴

2. Eindimensionales Missverständnis des Konzepts von Rogers

In der Folge wurde diese Wende, die Rogers in der Psychotherapie herbeigeführt hat, m. E. oft missverstanden. Ein erstes Missverständnis ist schon in der weit verbreiteten Auffassung zu sehen, dass diese Wende eben nur für die spezifische Richtung der Personzentrierten Therapie gelten würde. Rogers hat aber seine sechs Bedingungen als Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch jede Art von Psychotherapie postuliert.

Das größere Missverständnis sehe ich aber in Form einer rigid eindimensionalen Auffassung vom personzentrierten Therapiekonzept. Dieses wird dabei so verstanden, dass therapeutische Intentionen und Absichten hier keinen Platz hätten, weil sie dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und das Selbstheilungs- und Entwicklungspotenzial des Klienten widersprechen würden. In diesem Verständnis verhindert Experte-Sein das Person-Sein. Therapeutische Diagnosen, therapeutische Methoden und Techniken, störungsspezifisches oder zielorientiertes therapeutisches Vorgehen u. Ä. werden als mit einer Personzentrierten Psychotherapie wesentlich unvereinbar angesehen. Diese sei vielmehr ausschließlich als un-mittelbare und absichtslose personale Begegnung zu verstehen. Weiterentwicklungen wie das Experiencingkonzept und die experiential therapy von Gendlin oder gar der Prozess-Experiencing-Ansatz von Greenberg sollen demnach als von essenziell anderen Ansätzen ausgehend vom Personzentrierten Ansatz ausgeschieden werden, wobei sie diesem allerdings immer noch näher stehen als andere Therapiekonzepte.⁵

Zusammenfassend möchte ich all diese Auffassungen so charakterisieren, dass sie gerade die professionell-klinischen Aspekte der Psychotherapie ablehnen. Die Folgen eines solchen Ausschlusses klinischer Aspekte aus dem Therapiekonzept zeigen sich übrigens m. E. in der Auffassung von Gesprächspsychotherapie bei Reinhard Tausch, der doch den Rogersansatz im deutschen Sprachraum überhaupt eingeführt hat. Wenn Gesprächspsychotherapie nur als eine bestimmte Art kurzzeitiger förderlicher Einzel- oder Gruppengespräche angesehen wird, dann entsteht folgerichtig die „klientenzentrierte Notwendigkeit“ (Tausch 1989), sie durch Verhaltenstherapie (Tausch 1994), durch andere psychotherapeutische Methoden oder überhaupt durch außetherapeutische Übungs- und Gesundheitsprogramme (Tausch 1991) zu ergänzen.

1 Wenn in diesem Beitrag von „dem Therapeuten“ oder „der Klientin“ die Rede ist, so sind immer beide Geschlechter gemeint.

2 „One brief way of describing the change which has taken place in me is to say that in my early professional years I was asking the question, How can I treat, or cure, or change this person? Now I would phrase the question in this way: How can I provide a relationship which this person may use for his own personal growth?“ (Rogers 1961a, 32).

3 Eine weitere deutsche Übersetzung dieses Artikels von Rogers liegt in der deutschen Fassung des Handbuchs von Corsini (1983 bzw. 1994⁴, 471–512) vor.

4 „For therapy to occur it is necessary that these conditions exist:

1. That two persons are in *contact*.
2. That the first person, whom we shall term the client, is in a state of *incongruence*, being *vulnerable*, or *anxious*.
3. That the second person, whom we shall term the therapist, is *congruent* in the *relationship*.
4. That the therapist is *experiencing unconditional positive regard* toward the client.

5. That the therapist is *experiencing an empathic understanding* of the client's *internal frame of reference*.

6. That the client *perceives*, at least to a minimal degree, conditions 4 and 5, the unconditional *positive regard* of the therapist for him, and the empathic understanding of the therapist.“ (Rogers 1959a, 213)

5 Belege und eine ausführlichere Erörterung dieser Auffassungen finden sich in Keil (2001).

Dem allen ist entgegenzuhalten, dass Psychotherapie per definitionem immer ein professionell strukturiertes, für bestimmte Zwecke eingerichtetes und zielorientiertes Unternehmen darstellt. In aller Deutlichkeit kommt dies etwa in der juristischen Interpretation der psychotherapeutischen Beziehung als „freier Dienstvertrag“ zum Ausdruck, bei welchem sorgfältiges und sachkundiges Wirken – im Unterschied zum am Ergebnis orientierten „Werkvertrag“ – gegen Entgelt vereinbart wird. Psychotherapie versteht sich darüber hinaus zunehmend als eigenständige Wissenschaft, die Konzepte vom Menschen und seinem psychischen Leben und Funktionen erarbeitet, untersucht, überprüft, in lehr- und lernbarer Form weitergibt und schließlich in Form der persönlichen therapeutischen Beziehung den Klientinnen und Klienten vermittelt und zumutet.

Wenn Rogers als hoch kompetenter Professionalist sein Expertentum radikal in den Hintergrund rückt, so darf man daraus keineswegs auf den Ausschluss dieser Dimensionen aus dem Therapiekonzept schließen. Man verfehlt das Wesen von Psychotherapie, wenn man diese einseitig entweder nur als technologisches „Interventionscluster“ (vgl. Baumann 2000) oder einseitig als absichtslose personale Begegnung versteht. Um Psychotherapie zu sein, muss auch eine Personenzentrierte Therapie beide Pole in dialektischer Verschränktheit integrieren. Dementsprechend ist es notwendig, dass die von Rogers geforderte Seinsweise oder die Grundhaltungen des Therapeuten so verstanden werden, dass die professionelle Kommunikationskompetenz, die dafür erforderliche diagnostische Wahrnehmungsfähigkeit und andere klinische Aspekte darin enthalten sind und nicht als Widerspruch deklariert und ausgeschaltet werden.

3. Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie

Um jedoch die klinische Dimension der Personenzentrierten Psychotherapie deutlicher abzubilden und damit zugleich die Integration der Gegenpole des Persönlichen und des Professionellen sicher zu stellen, plädiere ich für eine Erweiterung der Therapietheorie von Rogers. Etliche mehr oder weniger umfassende Erweiterungen wurden im Lauf der Weiterentwicklung des Ansatzes ja auch längst schon versucht. Ich verweise hier etwa auf die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie von Hans Swildens (1991; 2002), auf das Modell der Interaktionellen Orientierung (van Kessel / van der Linden 1991; van Kessel/ Keil 2002), auf das Differenzielle Inkongruenzmodell von Gert-Walter Speierer (1994; 2002) oder auf die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie von Rainer Sachse (1992; 2002). Viele dieser Konzepte versuchen aber – m. E. in unnötiger Weise – sich von der ursprünglichen Konzeption von Rogers abzugrenzen, indem sie diese als auf eine bloße „Basisvariablentherapie“ (Speierer 1994, 104), eine reine „Haltungskonzeption“ (Sachse 1992, 60ff.) oder eine das Existenzielle des Menschen nicht berührende „klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ (Swildens

1991) eingeschränkt verstehen und diese dann durch andere geeignete Konzepte rekonstruieren oder ergänzen möchten.

Ich möchte hingegen für eine Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie v. a. im Sinn einer Weiterentwicklung des durch sie Grundgelegten und weniger im Sinn einer Ergänzung durch fremde Konzepte plädieren. In Beachtung des von Rogers in den Hintergrund gestellten professionell-technischen Pols von Psychotherapie sollten dabei in erster Linie die klinischen Dimensionen der Personenzentrierten Psychotherapie zum Ausdruck kommen.

Ein in dieser Weise erweitertes Konzept, soll – ausgehend von den von Rogers formulierten Bedingungen der therapeutischen Beziehung – die folgenden therapeutischen Vorgänge und praxeologischen Aspekte beschreiben:

- Zunächst soll die klinische Konsequenz des wertschätzenden und empathischen Verstehens des Therapeuten dargestellt werden. Ich sehe sie darin, dass der Therapeut (zusammen mit der Klientin) über die Bildung und laufende Prüfung von Hypothesen bzgl. der Persönlichkeitsstruktur der Klientin zum Erfassen der Inkongruenz kommt (Kap. 5).
- Dies geschieht durch fortlaufende prozessuale Diagnostik, für welche ich mehrere Wege aufzeigen möchte (Kap. 6).
- Dafür sind spezifische therapeutische Fertigkeiten notwendig, die in ihrer generellen Charakteristik zu beschreiben sind (Kap. 7).
- Grundlegend dafür, dass die Veränderung in der Klientin zur Wirkung kommt, ist das Erreichen der für Psychotherapie nötigen Tiefe des Erlebens. Letzteres hat Gendlin bereits ausgearbeitet und ich sehe dessen Experiencing-Konzept als eine erste Erweiterung des Therapiekonzepts von Rogers. Dieses möchte ich im Folgenden erörtern (Kap. 4).

4. Das für Psychotherapie nötige Erleben

Ein psychotherapeutischer Prozess bedarf notwendigerweise einer bestimmten Art und Tiefe des inneren Erlebens. Rein kognitive Reflexion, bloß freundliche Kontaktnahme und oberflächliche Emotionen oder auch Suggestion allein reichen hier nicht aus. Klientin (wie Therapeut) müssen sich vielmehr auf sich selbst (und auf einander und auf die Welt) „wirklich“ einlassen können und wollen. Es geht dabei um ein spürbares Betroffensein und existenzielles Ernstnehmen. Zugleich ist es wichtig, das eigene innere Erleben in empathischer Aufmerksamkeit (also in einer gewissen inneren „Distanz“) präsent halten zu können und nicht etwa davon überschwemmt zu werden oder es in einer unwirklichen und „fremden“ Weise zu erleben. Eine solche für Psychotherapie nötige Art und Tiefe des Erlebens wurde von Gendlin sehr prägnant mit den Begriffen des implizit wirksamen Experiencing bzw. des Felt Sense definiert. Diese Begriffe wurden auch von Rogers übernommen und in sein Therapiekonzept integriert. Meines Erachtens ist hier bereits eine erste Erweiterung des Therapiekonzepts von Rogers eingeleitet worden,

die aber vielfach unerkannt geblieben ist und die auch Rogers selbst (m. E. vermutlich wegen seines nicht ausgetragenen Konflikts mit Gendlin) nicht deutlich und konsequent genug ausgearbeitet hat.

Bei der Umarbeitung seines Verständnisses von Empathie definiert Rogers (1975a) den Bezugspunkt, auf den sich die therapeutische Empathie richten soll, nicht mehr als „Zustand“, nämlich den inneren Bezugsrahmen der Klientin, sondern als einen „Prozess“, nämlich den Experiencing-Prozess der Klientin, der durch das empathische Miterleben des Therapeuten zugleich angestoßen und vertieft wird. Hier bezieht sich Rogers ausdrücklich auf Gendlin. „Wenn ich eine allgemein gültige Beschreibung darlegen sollte, würde ich das ‚Experiencing‘-Konzept von Gendlin (1962) heranziehen. ... Seine Auffassung ist, kurz zusammengefaßt, daß im menschlichen Organismus andauernd ein Strom von Erleben vorhanden ist, zu dem sich das Individuum immer wieder hinwenden, sich darauf beziehen kann, um dadurch die Bedeutung seines augenblicklichen Erlebens zu entdecken. Gendlin versteht Einfühlung als besonders sensibles Mittel, mit dem der Therapeut auf die vorbegriffliche Gefühlsbedeutung (felt meaning) hinweisen kann, um dem Klienten zu helfen, sich auf diese Gefühlsbedeutung zu konzentrieren und sie bis zu ihrem vollständigen und ungehinderten Erleben weiterzubringen.“ (1975a, 35f.)⁶

Meines Erachtens ist Rogers nun insofern inkonsequent geblieben, als er weiterhin nicht auch das für Psychotherapie nötige Erleben der Klientin, sondern nur das des Therapeuten als wesentlichen Wirkfaktor ansieht. Gendlin sieht dagegen den eigentlichen Wirkfaktor weniger im Therapeuten(erleben), sondern in einer bestimmten Art und Weise des Klientenerlebens.

Der Therapeut ist dabei dennoch nicht unwichtig, denn ein solches Erleben wird nur im Rahmen einer intensiven persönlichen Beziehung möglich. „Self-responding alone, in the absence of interaction, tends to circle and make problems“ (Gendlin 1974, 217). Die therapeutische Beziehung ist auch bei Gendlin als „notwendige Bedingung“ anzusehen. Die Akzentverschiebung gegenüber Rogers liegt jedoch darin, dass es dabei nicht um die Verwirklichung der Grundhaltungen und deren Kommunikation *als solche* geht, sondern darum, dass diese eine wirkliche *Interaktion*, ein Berühren, eine „Antwort“ darstellen, eine Reaktion auf den fortlaufenden Prozess, der durch diese weiterentwickelt wird.

Die Integration dieses Konzepts von Gendlin in die personzentrierte Therapietheorie beschreibt somit das für Psychotherapie nötige innere Erleben des Therapeuten *und* der Klientin als zentrales Element. Die Interpretation des Therapeutenerlebens als alleinig verursachende, *unabhängige Variable* und die des Klientenerlebens als *abhängige Variable* (vgl. Prouty 1999/2001; Schmid 2002) halte ich dementsprechend für unangebracht dichotomistisch. Gegen diese Einseitigkeit spricht auch die durch empirische Unter-

suchungen belegte Erfahrung in vielen Psychotherapien, in denen trotz verwirklichter therapeutischer Grundhaltungen das für psychotherapeutische Veränderung nötige Erleben der Klientin sich nicht quasi automatisch entwickelt.

Beide Pole gehören zusammen und sollten als integrale Bestandteile des personzentrierten Therapiekonzepts bzw. als voneinander abhängige Wirkfaktoren betrachtet werden. So verstehe ich übrigens auch das Forschungsdesign im Wisconsin-Projekt⁷, welches ausdrücklich aus einem Konzept abgeleitet wird, das dezidiert *sowohl* die habituell-personalen Einstellungen (und das daraus folgende Erleben und Verhalten) der Therapeuten *als auch* die Erlebensformen der Klienten als die wesentlichen Faktoren für therapeutische Veränderung enthält. Die Bedeutsamkeit dieser Sichtweise wird vielleicht noch dadurch unterstrichen, dass sowohl Rogers wie Gendlin diese beiden Elemente ausdrücklich als Wirkfaktoren in *jeder Art von Psychotherapie* und nicht nur als Merkmale der klientenzentrierten oder einer experienziellen Richtung verstehen (vgl. Gendlin / Rogers 1967).

5. Bildung von Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur der Klientin

Jobst Finke (1999) hat darauf hingewiesen, dass Rogers' therapietheoretische und behandlungspraktische Konzepte keinen unmittelbaren Bezug nehmen auf sein im Rahmen der Persönlichkeits-theorie entwickeltes Störungskonzept, in welchem es u. a. um die Entstehung von Inkongruenz, von Abwehr und von Erleben, das der Symbolisierung entzogen ist, geht. Finke weist darauf hin, dass dieser unthematisierte Gegensatz die Gefahr in sich birgt, „die beiden Antipoden dieses Widerspruchs undialektisch auseinanderfallen zu lassen, was sich nicht selten in Diskussionen zwischen ‚Technikern‘ einerseits und haltungs- bzw. einstellungsorientierten Gesprächspsychotherapeuten andererseits ... zeigt“ (ebd., 132).

Welche Konsequenzen könnten sich nun ergeben, wenn wir einen direkten Bezug zwischen dem Störungskonzept in Rogers' Persönlichkeitstheorie und seiner Therapietheorie herstellen? Meiner Meinung nach kann dann Personzentrierte Psychotherapie nicht einfach als unterschiedslose Begleitung der Klientin in ihrem Erleben, gleichgültig, ob dieses kongruent oder inkongruent ist, angesehen werden. Es geht hier ja gerade darum, die „tiefenpsychologische“ Dynamik des inkongruenten Selbst bzw. des Abwehrverhaltens und der Verleugnung von Erfahrung zu erfassen, mit dem Ziel des Gewährwerdens und damit der Überwindung von Inkongruenz.

⁶ auch in Rogers / Rosenberg (1980, 78)

⁷ Auch hier findet sich übrigens der explizite Verweis auf das Experiencing-Konzept von Gendlin: „The basic theory of experiencing as defined by Gendlin (1962) is fundamental to the whole conception.“ (Gendlin / Rogers 1967, 11f).

Wenn man aber einen Unterschied zwischen kongruentem und inkongruentem Erleben machen muss, dann beinhaltet Personenzentrierte Psychotherapie immer auch einen wesentlichen *diagnostischen* Aspekt. Dieser ist allerdings nicht im Sinne einer etikettierenden Status-Diagnostik, sondern vielmehr als fortlaufende *prozessuale Diagnostik* zu verstehen⁸. Das Charakteristikum eines „profoundly non-diagnostic mindset“ kann demnach m. E. auf keinen Fall so, wie dies etwa Barbara Brodley und Anne Brody (1996, 371) postulieren, als Wesenmerkmal der Personenzentrierten Psychotherapie betrachtet werden.

Diagnostik bedeutet darüber hinaus immer, dass man nicht beim bloßen Registrieren von Phänomenen stehen bleibt, sondern dass man in den Phänomenen und aus diesen heraus die Muster und Strukturen erschließt, welche jene in ihrer Eigenart charakterisieren. Dabei geht es weniger darum, individuelle Erlebensprozesse in überindividuelle (z. B. störungsspezifische) Kategorien einzuordnen, sondern vielmehr darum, den inneren Bezugsrahmen dieses Individuums, die jeweils relevanten Strukturen dieser Persönlichkeit zu erfassen, mit dem Ziel, zu einem empathischen Verstehen derselben zu kommen. In seiner Definition von innerem und äußerem Bezugsrahmen drückt Rogers dies so aus: „Empathische Schlussfolgerungen voll auszuschöpfen, führt zu einem Wissen über die subjektive Welt des Klienten, das die Grundlagen des Verhaltens ... besser verstehen läßt“ (1959a, 38)⁹.

Ich möchte demnach prozessuale Diagnostik definieren als laufende *Bilden und Überprüfen von Hypothesen über die Persönlichkeitsstruktur* der Klientin. Die Expertise des Personenzentrierten Psychotherapeuten besteht darin, aus seinen Wahrnehmungen vom Erleben und vom Kontext der Klientin sowie von seiner eigenen Resonanz darauf laufend *Verstehenshypothesen über die Persönlichkeitsstruktur* der Klientin zu bilden und das Verstandene kontinuierlich mit der Klientin zu überprüfen.

Diese Überprüfung geschieht einerseits dadurch, dass die in den Hypothesen enthaltenen persönlichen Bedeutungen vom Therapeuten probeweise ausgedrückt und fortlaufend in einem hermeneutischen Zirkel gegen die Bedeutungen der Klientin ausgetauscht werden. Zum anderen entwickelt sich besseres Verstehen der Klientin durch das zunehmende Erfassen und Verstehen der lebensgeschichtlichen Perspektive (Finke 1990), also des So-geworden-Seins und der Zukunftsentwürfe dieser Person. Von besonderer Bedeutung ist es dabei, die inkongruenten Anteile von ihrer Entstehung her, nämlich als notwendige („not-wendende“) Reaktionen in einer schwer zu bewältigenden Situation zu verstehen. Es sollten also Vorstellungen davon gefunden werden, wie familiäre Struk-

turen und Atmosphären sich anfühlen, die so eng oder so bedrohlich empfunden wurden, dass die inkongruenten Reaktionen einen überlebensorientierten Ausweg daraus darstellten. Es sollten Annahmen, Bilder und Hypothesen im Therapeuten entstehen, wie eine Person weiterhin an inkongruenten Mustern festhalten und darin ihre Identität und ihre phänomenale Welt in ihrer fixierten Selbstverständlichkeit erleben kann. Ein volles Verstehen gerade von inkongruenten Persönlichkeitsstrukturen wird vielfach erst dann möglich, wenn deren Entstehung in ihrer psychologischen Notwendigkeit intuitiv nachvollzogen werden kann.

6. Vier Wege der prozessualen Diagnostik

Begriffe wie Hypothesenbildung oder Diagnostik können in unserem Zusammenhang leicht einseitig technizistisch missverstanden werden. Ich möchte daher betonen, dass es besonders wichtig ist, *auf welche Art und Weise* Personenzentrierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu dieser Hypothesenbildung kommen und wie sie mit den Hypothesen arbeiten. Hier erweist es sich, ob die Integration bzw. die dialektische Verschränkung von personalem Begegnen und technisch-professionellem Vorgehen gelingt oder nicht. Grundsätzlich geht es dabei jedenfalls immer um unbedingt wertschätzendes und empathisches Verstehen. Dieses ist aber praktisch nie vom Anfang des Therapieprozesses an gegeben. Es soll vielmehr mittels prozessualer Diagnostik erreicht werden. Für eine prozessuale Diagnostik in der Personenzentrierten Psychotherapie sehe ich vier konkrete Wege. Dabei handelt es sich um:

- *Psychologisches Verstehen aus direktem empathischen Mitfühlen*
- *Hermeneutische Empathie durch Verstehen aus der eigenen Resonanz heraus*
- *Verstehen des dysfunktionalen Beziehungsangebots der Klientin*
- *Diagnostisches Einordnen in störungsspezifische Kategorien*

6.1. Psychologisches Verstehen aus direktem empathischen Mitfühlen

Dies ist der Königsweg der Personenzentrierten Psychotherapie in seiner klassischen Form. Der Therapeut kann das Erleben der Klientin empathisch mitfühlend wahrnehmen und die persönlichen Bedeutungen in deren Erlebensstrom von deren innerem Bezugsrahmen her verstehen, und zwar gerade so als ob er die andere Person wäre. Im Verlauf des fortwährenden Mitschwingens mit dem Erleben der anderen Person kommt es zu einem zunehmenden psychologischen Verstehen der Strukturen, die dieses Erleben charakterisieren und gestalten. Und indem der Therapeut dieses Verstehen in aller Offenheit für die Resonanz der anderen Person ausdrückt, prüft und erweitert er bzw. checken und erweitern beide zusammen dieses Verstehen. Mit dem zunehmenden empathischen Verstehen des

8 Zum Verständnis von Diagnostik in der Personenzentrierten Psychotherapie vgl. Sauer (2001)

9 „Utilizing empathic inference to the fullest, the knowledge thus gained of the client's subjective world has led to understanding the basis of his behavior ...“ (1959a, 212).

Therapeuten wächst so zunehmend das empathische Selbstverstehen der Klientin.

Zu bedenken ist hier allerdings, dass das spontane empathische Mitfühlen des Therapeuten nur soweit reichen kann, als es ihm die Grenzen seiner eigenen Erfahrung ermöglichen. Der Therapeut muss aber andererseits auch bei ihm fremden und unverständlichen Erlebensformen zu einem empathischen Verstehen kommen und damit therapeutisch arbeiten können. Die im Folgenden vorgeschlagenen Vorgehensweisen sollen dies ermöglichen.

6.2. Hermeneutische Empathie durch Verstehen aus der eigenen Resonanz heraus

Das empathische Mitschwingen des Therapeuten hat seine Grenzen zunächst einmal dort, wo das Erleben der Klientin in ihm eine nicht-akzeptierende Resonanz weckt. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995) haben dargelegt, dass die unbedingte Wertschätzung den funktionalen Charakter einer Kontrollbedingung für das empathische Verstehen hat. Wenn die Klientin bestimmte Gefühle oder Werthaltungen erkennen lässt, die im Therapeuten Gefühle wie etwa Angst oder Ablehnung auslösen, kann dieser seine unbedingte Wertschätzung nicht aufrecht erhalten und sein Verstehen der Klientin wird eingeschränkt. Der Therapeut kann somit an seiner vorhandenen oder fehlenden Wertschätzung den Grad seines empathischen Verstehens ablesen.

Das Nicht-wertschätzen-Können ist nun nicht als Fehler oder Versagen des personzentrierten Therapeuten anzusehen, es hat vielmehr eine ganz wesentliche diagnostische und hermeneutische Funktion für den Therapieprozess. Aus der Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung von Rogers (1959a) ergibt sich, dass Inkongruenz von Kommunikationspartnern besser wahrgenommen werden kann, als vom Betroffenen selbst, und dass Inkongruenz bei Kommunikationspartnern tendenziell negative Reaktionen auslöst. Die Spirale einer durch Inkongruenz zunehmend gestörter werden Beziehung ist allerdings unterbrechbar, wenn der Kommunikationspartner kongruent genug ist, um der Inkongruenz des anderen gewahr zu werden. Auf die Therapiesituation übertragen bedeutet dies, dass der Therapeut die Inkongruenz der Klientin tendenziell besser spüren und wahrnehmen kann als diese selbst.

Der Zugang dazu eröffnet sich vorzugsweise in den nicht-wertschätzenden und nicht-verstehenden Reaktionen des Therapeuten. Wenn es ihm gelingt, dieser Reaktionen selbstwertschätzend und exakt gewahr zu werden und wenn es ihm weiter gelingt, in aller Redlichkeit auszumachen, welches Erleben und Agieren der Klientin genau seine Resonanz ausgelöst haben mag, bekommt er eine Ahnung davon, was bei der Klientin inkongruent sein könnte. Und damit beginnt er, Hypothesen von deren Persönlichkeitsstruktur zu bilden. In dem Maß, in dem in der Folge die darin enthaltenen Bedeutungen vom Therapeuten probeweise ausgedrückt und in

einem hermeneutischen Zirkel gegen die Bedeutungen der Klientin ausgetauscht werden, entwickelt sich aus dem Verstehen der eigenen nicht-wertschätzenden Resonanz des Therapeuten hermeneutische Empathie¹⁰ für die Klientin.

Für ein derartiges Vorgehen wurden im Übrigen innerhalb der Personzentrierten Richtung bereits einige spezifische Konzepte entwickelt. Ich verweise hier auf die sogenannte Interaktionelle Orientierung (van Kessel/van der Linden 1991; van Kessel/Keil 2002) oder auf die prozessuale Diagnostik durch szenische Rekonstruktion von Karl Sommer (2001).

6.3. Verstehen des dysfunktionalen Beziehungsangebots der Klientin

Die Möglichkeit des Therapeuten, die eigenen nicht-wertschätzenden Reaktionen wahr- und ernst zu nehmen, kann ebenfalls auf Grenzen stoßen. Eine solche Grenze wird erreicht, wenn der Klient in einer Weise auf den Therapeuten reagiert, in welcher dieser sich überhaupt nicht wiederfinden oder sehen kann, oder wenn der Klient den Therapeuten in eine Rolle drängen möchte bzw. in einer Rolle auf keinen Fall haben kann, die für den Therapeuten gänzlich unmöglich ist. Es kann hier beispielsweise an Erlebensformen und Reaktionen von Personen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen, borderline-artigen Erlebensmustern u. Ä. gedacht werden.

Sachse (1997) bezeichnet solche Reaktions- und Erlebensmuster als dysfunktionale Interaktionsstile und sieht diese als Kern der sogenannten Persönlichkeitsstörungen. Ein dysfunktionaler Interaktionsstil wird klar, wenn der Therapeut sich bewusst macht, was genau der Klient auf der Ebene seiner (unbewussten) Interaktionsdynamik vom Therapeuten wollen bzw. nicht haben kann. Was möchte der Klient, das ich glauben oder tun soll? Was möchte der Klient, was ich auf keinen Fall denken, glauben oder tun sollte? Es geht also darum, die Position des für den Klienten bedeutsamen (imaginären, gewünschten) Anderen zu erfassen. Der Selbstpsychologe James Fosshage (1999) nennt dies „Zuhören aus der Position des (für den Patienten) bedeutungsvollen Anderen“ im Unterschied zum „empathischen Modus der Wahrnehmung“.

Eine gute Hilfe zum Verstehen solcher dysfunktionaler Beziehungsangebote bietet Margaret Warners Konzept der „fragile processes“ (1991; 1997). Dabei werden diese dysfunktionalen Interaktionsformen zurückgeführt auf fragile Formen des Processings eigenen Erlebens. Die Fragilität besteht darin, dass eigenes Erleben nicht innerlich in empathischer Aufmerksamkeit gehalten werden kann und dass die Perspektiven von Kommunikationspartnern innerlich nicht ohne die Angst, dass dabei die eigenen Erfahrungen völlig

10 Eine ausführliche Darstellung des Konzepts der Hermeneutischen Empathie findet sich in Keil (1997), eine kritische Ergänzung dazu in Spielhofer (1999).

vernichtet werden, übernommen werden können. Besonders von Letzterem her wird es verständlich, warum viele kommunikative Reaktionen eines Gegenüber so bedrohlich empfunden und abgewehrt werden müssen. Dieses völlig ungenügende Processing eigenen Erlebens wird zurückgeführt auf gravierende Mankos im Erleben von Empathie durch die relevanten frühkindlichen Bezugspersonen. In ähnlicher Weise haben auch Biermann-Ratjen / Eckert / Schwartz (1995) die sogenannten frühen Störungen definiert und als existenzielle Blockaden und Stagnationen bei der Entwicklung des Selbst beschrieben. Um dies besser verstehen zu können, ist somit der Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive unerlässlich.

Was das therapeutische Vorgehen betrifft, ist es hier besonders wichtig, dass der Therapeut ohne Ablehnung oder Aggressivität eine kontinuierlich wertschätzende und empathische Beziehung aufrecht erhalten kann. Nur unter solchen Bedingungen kann ein Nachreifen der blockierten und abgebrochenen Entwicklung des Selbst der betroffenen Person in Gang kommen. Zusätzlich ist es wesentlich, dass der Therapeut – wie es etwa Sachse (1997) formuliert hat – dabei die ihm auf der Ebene des Interaktionsspiels zugeordnete komplementäre Rolle zwar voll und ganz wahrnehmen muss, aber sie in keiner Weise einnehmen und erfüllen darf, da sonst jede therapeutische Veränderung ausgeschlossen würde.

6.4. Diagnostisches Einordnen in störungsspezifische Kategorien

Das Bemühen um empathisches Verstehen kann über alle bisher beschriebenen Möglichkeiten hinaus immer noch an die Grenzen von fremden und nicht mitvollziehbaren Erlebens- und Verhaltensformen stoßen. Hier ist nicht nur etwa an psychotisches oder „prä-expressives“ (Prouty 1998) Erleben zu denken, sondern auch an die hartnäckige Nicht-Veränderung von Erlebensmustern oder an kaum nachvollziehbare Motive und Impulse innerhalb von sonst gut mitfühlbarem Erleben. Ein Beispiel für Letzteres bilden etwa die von Ute und Johannes Binder (1991) so hervorragend beschriebenen Motivbildungen wie Ewigkeitsnorm, Basisharmonie, Omnipotenzpflicht u. a. m. im Rahmen von depressivem Erleben. Ähnliches lässt sich in fast allen Störungsformen finden. Darüber hinaus sind auch Erlebensformen, bei welchen massiv-negative emotionale Schemata („primary maladaptive emotions“ nach Greenberg / Rice / Elliott 1993) aktiviert werden, wie sie bei grundlegenden frühen Bindungsstörungen, nach Missbrauch oder nach Trauma-Erfahrungen entstehen, ebenfalls schwer bis gar nicht wirklich mitvollziehbar.

Bei derartigem Erleben und Verhalten gilt, dass unbedingte Wertschätzung und empathisches Verstehen ohne ein genügendes klinisches Wissen um die Motive, Formen und Entstehungssituationen dieser Erlebensformen kaum möglich sind. Dies bedeutet, dass der Psychotherapeut solche Erlebensformen zunächst überhaupt erst einmal einer zutreffenden störungsspezifischen Kategorie in der Art einer Status-Diagnose zuordnen muss. Der Begriff der

Status-Diagnose ist hier allerdings insofern missverständlich, als es eben nicht um eine Etikettierung, sondern um den Beginn eines wechselseitigen Verstehensprozesses geht. „Überall, wo Erleben und Verhalten den gewöhnlichen Kommunikationsstandards und den alltagsweltlich eingespielten Bedeutungszuschreibungen nicht mehr entsprechen, wo es also zunächst ‚unverständlich‘ ist, kann das ‚Vor-Wissen‘ um solche Störungen den verstehenden Zugang zu diesen Patienten erleichtern“ (Finke / Teusch 2002, 154). Empathie wird hier also erst durch „mitfühlendes Wissen“¹¹ ermöglicht.

Im therapeutischen Umgang mit den hier gemeinten Erlebensformen muss unbedingt beachtet werden, dass es dabei oft wichtig ist, dieses Erleben nicht noch zu intensivieren, zu vertiefen oder ausführlich zu explorieren. Dies gilt speziell für „maladaptive emotion schemes“, basale negative Erfahrungen, für die ein besserer bzw. erträglicher Umgang gefunden werden muss und die nicht immer wieder neu belebt werden sollen. Darüber hinaus hat Prouty (1998) eindrücklich beschrieben, dass psychotisches oder geistig behindertes Erleben zu einem großen Teil präsymbolisches Erleben ist, d. h. ein Erleben, in welchem die Person zu sich selbst noch keinen wirklichen Kontakt hat und daher auch mit Anderen nicht in Kontakt kommen kann. Hier geht es zunächst darum, die relevanten Kontaktfunktionen wieder herzustellen. Proutys Prätherapie bietet hierfür ein hervorragendes theoretisches und praxeologisches Konzept. Es dürfte jedenfalls einleuchtend sein, dass das therapeutische Vorgehen in diesem gesamten Bereich sich wesentlich an störungsspezifischen Konzepten orientieren muss.

7. Therapeutisches Handwerkszeug

Die entscheidende und wesentliche Grundlage für die Personenzentrierte Psychotherapie bilden bestimmte persönliche Einstellungen auf Seiten des Therapeuten. Rogers weist aber auch explizit darauf hin, dass eine Grundeinstellung allein, ohne passende Methoden nichts bewirkt. Es „kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, dass sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen“ (1951a, 34).¹²

Um die Bedeutung der Grundhaltung zu sichern, wurden Methoden und Techniken im Rahmen der Personenzentrierten Psychotherapie jedoch immer wieder (auch z. T. von Rogers selbst) abgewertet oder gänzlich abgelehnt. Dem möchte ich entgegenhalten, dass es in professioneller wie in ethischer Hinsicht unververtretbar ist, auch nur den Anschein zu erwecken, Personenzentrierte Therapie könne ohne methodische Kompetenz oder ohne professionelle Kommunikations-

11 Dieser Begriff wurde von Jochen Eckert (1985) geprägt.

12 „... the counselor whose attitudes are of the type which facilitate therapy may be only partially successful, because his attitudes are inadequately implemented by appropriate methods and techniques.“ (Rogers 1951a, 19f.).

fertigkeit betrieben werden. Die Entwicklung therapeutischer Interventionsformen kann nicht einfach der Intuition des Augenblicks bzw. der individuellen Kreativität des einzelnen Therapeuten überlassen werden. Abgesehen davon, dass dies auch eine ungerechtfertigte Überforderung für den Einzelnen darstellen würde, muss therapeutisches Handeln immer *theoriegeleitet* sein. Genauer gesagt: es ist dabei immer die dialektische Verschränkung und Integration von zwei Gegenpolen gefordert. Therapeutisches Handeln muss intuitives und persönliches Sich-auf-den-Anderen-Einlassen sein und sich zugleich als aus einem überindividuell überprüften Konzept ableitbar erweisen.¹³

Es sollte klar sein, dass hier nicht die Verwendung bestimmter einzelner Techniken wichtig ist, sondern eine generelle professionelle Fähigkeit, die erst gelernt und ausgebildet werden muss. Für diese professionelle Fähigkeit verwende ich auch die Bezeichnung *therapeutisches Handwerkszeug*.

7.1. Zugänge zu innerem Erleben

Die wichtigste Fähigkeit eines personzentrierten Therapeuten sehe ich darin, dass er den für Psychotherapie nötigen Erlebensprozess ermöglichen, aufrecht erhalten, gestalten und vertiefen kann. Welche Wege dafür generell genommen werden können, haben etwa Greenberg/Rice/Elliott (1992) umrissen, indem sie vier Zugänge der Person zum eigenen inneren Erleben ausgemacht haben. Der Therapeut sollte dabei wahrnehmen, welche Zugänge für welche Klientin in welchen Situationen angebracht und hilfreich sind. Die vier Zugänge sind:

- Aufmerksames Gewahren von Sinnesempfindungen und Körpersituationen
- Bewusstes und aktives Ausdrücken von innerem Empfinden
- Bewusst erlebter Kontakt mit dem Gegenüber, ohne dabei das eigene innere Erleben zu verlieren
- Direkte Bezugnahme auf das innere Erleben (i. S. des Felt Sense) sowie Explizieren der persönlichen Bedeutung (i. S. von „*carrying forward*“ und „*felt shift*“)

7.2. Ebenen von Symbolisierung

Die Entwicklung vom noch unklar-bedeutungsvollen Felt Sense zum bewussten Gewahrsein persönlicher Bedeutung stellt die wichtigste

Form von Symbolisierung inneren Erlebens dar. Es ist dabei jedoch zu beachten, dass dieser Symbolisierungsprozess nicht in einem einzigen Schritt vom impliziten Fühlen zum sprachlich gefassten Gewahrsein besteht. Dieser Prozess umfasst vielmehr viele Zwischenstufen der Symbolisierung inneren Erlebens. Der ganze Reichtum und die Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und bedeutungstragender Symbolisierungen sind hier mit einzubeziehen. Als solche Zwischenstufen oder Ebenen von Symbolisierung erachte ich etwa die folgenden:

- Nonverbale Ausdrucksformen (Mimik, Gestik, aber auch individuelle Bilder, Töne, Musik, Tanz u. Ä.)
- Alle Formen von Imagination (Fantasien, Personifizierung von eigenen Impulsen und anderen Ich-Teilen, kreative Gestaltungen, Szenen, Spiele u. v. a. m.)
- Kognitive Konstrukte (Selbstbilder, persönliche Glaubenssätze usw.)
- Emotionen (was Gefühle mir sagen, was hinter ihnen verborgen ist usw.)
- Träume
- Körperliche Prozesse und Gestalten (Körpergestalt, Bewegungsformen, Krankheiten und Gesundheit usw.)
- Gestaltung der eigenen Beziehungen und des eigenen sozialen Netzes
- Gestaltung und Umgang mit den eigenen realen Lebenswelten

Der Therapeut sollte dementsprechend auf allen diesen Ebenen von Symbolisierung arbeiten können. Er muss dabei grundsätzlich zwei Fähigkeiten haben. Einmal muss er fähig sein, den Felt Sense der Klientin (besonders dann, wenn dieser sich nicht von selbst einstellt) hervorzurufen und zu berühren, d. h. er muss verstehen, dass und wie man über schon gegebene oder auch nur fantasierte Symbolisierungen zu einem weiteren Felt Sense kommt. Zum Anderen muss er die Explikation und Entfaltung von Symbolen in der Vielfalt und Differenziertheit von persönlicher Bedeutung und Sinnfindung begleiten können. Es geht dabei nicht um einen Maximalanspruch in dem Sinn, dass jeder Therapeut in jeder Therapie über alle Formen von künstlerischer Gestaltung verfügen müsste, sondern darum, dass ausgehend von den eigenen Vorlieben und Neigungen ein ausreichendes, kommunikatives Repertoire für eine wirklich Personzentrierte Psychotherapie erworben und ausgebildet wird.

7.3. Ebenen des therapeutischen Prozesses

Wenn der Personzentrierte Therapeut mit dem inneren Erleben arbeiten soll, dann ist es ganz wichtig, zu verstehen, ob und wann und in welcher Form der Klientin der Umgang mit ihrem inneren Erleben jeweils möglich ist bzw. werden kann. Für die Entwicklung geeigneter Kriterien hierfür scheint mir die Sichtweise von Rainer Sachse (1992; 2002) hilfreich, der den therapeutischen Prozess unter drei Perspektiven betrachtet. Sachse unterscheidet drei Ebenen, auf

¹³ Auf einer konkreteren Ebene hat Tschudin (1992) die Integration der Gegenpole in seinem Konzept einer Differenziellen Klientenzentrierten Therapie dargestellt. Demnach soll jede therapeutische Intervention immer zugleich sowohl das „Basisverhalten“ (z. B. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung) als auch die jeweilige „differenzielle“ therapeutische Intention (z. B. Konfrontation vs. Bestätigung) zum Ausdruck bringen.

denen der Therapeut spezifische Informationen gewinnen, spezifische therapeutische Ziele verfolgen und spezifische Interventionen setzen kann. Diese drei Ebenen sind:

- die Inhaltsebene
- die Bearbeitungsebene
- die Beziehungsebene

Inhaltsebene meint dabei die gesamte Auseinandersetzung und Explikation im Erleben von Problemen, Motiven, Gefühlen, Situationen usw., während auf der Bearbeitungsebene die Aufmerksamkeit darauf gerichtet wird, *wie* die Klientin (und der Therapeut) sich mit diesen Inhalten auseinandersetzen. Die Bearbeitungsebene stellt somit ebenso wie die Beziehungsebene eine Meta-Ebene für die Inhaltsebene dar. Das bedeutet, dass es notwendig ist, immer dann auf die Metaebene zu wechseln, wenn das fortlaufende empathische Erleben und das Gewährwerden von dessen Bedeutungen gestört, blockiert oder noch gar nicht möglich ist. Es müssen dann zunächst die Formen von Blockierung und Vermeidung (auf der Bearbeitungsebene) oder von dysfunktionaler Interaktion (auf der Beziehungsebene) wahrgenommen, angenommen, in ihrem Sinn verstanden und damit allmählich verändert werden.

Zum Handwerkszeug des Therapeuten sollte es dementsprechend gehören, dass er verschiedenste Formen von dysfunktionalem Erlebens-Processing oder von dysfunktionaler Beziehungsgestaltung sensibel wahrnehmen und verstehen kann, sowie dass er genügend spezifische Vorgehensweisen zur Verfügung hat oder entwickeln kann, um damit therapeutisch umzugehen.

7.4. Phasen des therapeutischen Prozesses

Hans Swildens (1991; 2002) hat eine existenzielle Perspektive von den Blockaden und Störungen ausgearbeitet, die ein authentisches Erleben und ungestörtes Gewährwerden auf der Inhaltsebene verhindern. Demnach stagniert dann, je nach gegebener Psychopathologie, Persönlichkeitsstruktur und Eigenart des inneren Erlebens, im Wesentlichen der *existenzielle „Prozess, der die Person ist“*. Psychotherapie soll die Wiederaufnahme dieses Werdensprozesses ermöglichen. Dazu muss aber überhaupt erst der existenzielle Bedeutungszusammenhang der Symptome erkundet bzw. die Bereitschaft und Motivation des Klienten hiezu geweckt und gefunden werden. Die existenziell-phänomenologische Betrachtungsweise des therapeutischen Geschehens ergibt dabei die Unterscheidung von Prozessphasen, die von sehr unterschiedlichen Zielsetzungen und Vorgangsweisen gekennzeichnet sind. Swildens definiert hier neben der Prämotivations- und der Symptomphase, die eigentlich als Prätherapie aufzufassen sind, die Konflikt-, die existenzielle und die Abschiedsphase.

Darüber hinaus möchte ich darauf hinweisen, dass jeder Therapieverlauf in seiner gesamten Eigenart immer erst spezifisch konstituiert werden muss. Dazu gehört etwa zu Beginn, dass in den Erst-

kontakten und im Erstgespräch die Indikation abgeklärt, das Setting bestimmt, ein Therapievertrag erarbeitet und die Aushandlung der Therapieziele begonnen wird, was sich ja auch noch weit in den Therapieverlauf hinein erstrecken kann. Für den Therapeuten beginnt gleichzeitig die fortlaufende prozessuale Diagnostik, die Bildung und Weiterentwicklung von Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur der Klientin und die dementsprechende Therapieplanung. Gegen Ende der Therapie geht es darum, eine eigene Phase einzurichten, in der das gemeinsam Erlebte im Hinblick auf die Ziele reflektiert werden und dann auch bewusst Abschied genommen werden kann.

Alle diese verschiedenen Phasen in ihrer tieferen Bedeutung zu verstehen und adäquat konstituieren und gestalten zu können gehört ebenfalls zum therapeutischen Handwerkszeug.

8. Schlussbemerkung

Nach diesen kurzen Hinweisen auf das für eine Personzentrierte Psychotherapie nötige therapeutische Handwerkszeug möchte ich mein Anliegen für eine erweiterte Ausformulierung der Therapetheorie noch einmal abschließend zusammenfassen. Carl Rogers hat das Verständnis von Psychotherapie sozusagen vom Kopf auf die Füße gestellt. Psychotherapie ist demnach eine persönliche Beziehung, die wesentlich von einer bestimmten operationalen Philosophie, von einer Seinsweise, getragen ist. Diese Grundanschauung hat Rogers immer wieder in Form einer zentralen Hypothese seines Ansatzes zu formulieren versucht. Die letzte Fassung davon lautet: „Der oder die einzelne besitzt in sich selbst unermeßliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzepts, der Einstellungen und des selbstbestimmten Verhaltens – und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann“ (1986h, 239).¹⁴ Dieses Beziehungsklima hat Rogers in seinen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie definiert. Dabei werden die therapeutischen Grundhaltungen betont und die eigentlichen fachlichen bzw. klinischen Aspekte bleiben im Hintergrund. Wenn dieser Hintergrund aber nicht gesehen wird, kommt es zu einem eindimensionalen Missverständnis in Richtung professioneller Inkompetenz. Mein Anliegen ist es hingegen, die klinische Potenz der Personzentrierten Therapie zum Ausdruck zu bringen und v. a. der praktischen Umsetzung der Personzentrierten Therapie eine adäquate konzeptuelle Hilfestellung zu bieten.

14 „It is that the individual has within himself or herself vast resources for self-understanding, for altering his or her self-concept, attitudes, and self-directed behavior – and that these resources can be tapped if only a definable climate of facilitative psychological attitudes can be provided“ (Rogers 1986h, 197).

Literatur

- Baumann, U. (2000), Wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren – was ist das?, in: *Fundamenta Psychiatrica* 4, 14, 162–171
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 7. Aufl., Stuttgart (Kohlhammer)
- Binder, U./Binder, J. (1991), Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, Psychosomatisches Erleben, Depressives Leiden, Eschborn (Klotz)
- Brodley, B./Brody, A. (1996), Can one use techniques and still be Client-centered?, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Hg.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Lang) 369–374
- Corsini, R.J. (1983), *Handbuch der Psychotherapie*. 2 Bde, Weinheim (Beltz) bzw. Weinheim (Psychologie Verlags-Union) 1994⁴, 471–512
- Eckert, J. (1985), Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze?, in: *GwG-info* 59, 115–122
- Finke, J. (1990), Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozeß, in: Meyer-Cording, G./Speierer, G.-W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit*, Köln (GwG) 115–129
- Finke, J. (1999), Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie, in: *PERSON* 3, 2, 131–138
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 147–162
- Fosshage, J. L. (1999), Zuhör- und Erlebensperspektiven im Hinblick auf die fördernde Responsivität, in: Bartosch, E./Hinterhofer, H./Pellegrini, E. (Hg.), *Aspekte einer neuen Psychoanalyse. Ein selbstpsychologischer Austausch*, Wien-New York (Verlag Neue Psychoanalyse) 21–36
- Gendlin, E. T. (1962), *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*, New York (Free Press of Glencoe)
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, P./Byrne, D. (Eds.), *Personality change*, New York (Wiley) 206–247; dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in: Bommert, H./Dahlhoff, H.-D. (Hg.), *Das Selbsterleben in der Psychotherapie*, München (Urban & Schwarzenberg) 1978, 1–62
- Gendlin, E. T. (1974), *Client-centered and experiential psychotherapy*, in: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Eds.), *Innovations in client-centered therapy*, New York (Wiley) 211–246
- Gendlin, E.T./Rogers, C. R. (1967), The conceptual context, in: Rogers, C. R./Gendlin, E. T./Kiesler, D.J./Truax, C.B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison (University of Wisconsin Press) 3–22
- Greenberg, L.S./Rice, L.N./Elliott, R. (1993), *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*, New York (Guilford Press)
- Keil, W.W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Therapie, in: *PERSON* 1, 1, 5–13
- Keil, W.W. (2001), Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personzentrierter und Experienzieller Ansatz gehören zusammen., in: *PERSON* 5, 2, 90–97
- Prouty, G. (1998), Die Grundlagen der Prä-Therapie, in: Prouty, G./Pörtner, M./van Werde, D., *Prä-Therapie*, Stuttgart (Klett-Cotta) 15–83
- Prouty, G. [1999] (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: *PERSON* 5, 1, 52–58
- Rogers, C. R. (1951a), *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1973; ab 1983: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt/M. (Fischer)
- 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 (Grünwald) 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) 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 therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Rogers, C. R. (1975a), Empathic – An unappreciated way of being, in: *The Counseling Psychologist* 5, 2, 2–10; dt.: Eine neue Definition von Einfühlung, in: Jankowski, P./Tschulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F. (Hg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*, Göttingen (Hogrefe) 1976, 33–51; auch: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R.L. (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta) 75–93
- Rogers, C. R. (1980b), *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, H.I./Sadock, B.J./Freedman, A.M. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, III*, Baltimore, MD (Williams and Wilkins) 2153–2168; dt.: *Klientenzentrierte Psychotherapie*, in: Rogers, C. R./Schmid, P.F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 1991, 185–237
- Rogers, C. R. (1986h), A client-centered/person-centered approach to therapy, in: Kutash, I. L./Wolf A. (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*, San Francisco (Jossey Bass) 197–208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P.F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 1991, 238–256
- Rogers, C. R./Rosenberg, R. L. (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Sachse, R. (1992), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1997), *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 265–284
- Sauer, J. (2001), *Unterschiedliche Vorgangsweisen der Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie*, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P. F./Stölzl, N. (Hg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas) 205–225
- Schmid, P.F. (2002), *Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person*, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 75–105

- Sommer, K. (2001), Prozessuale Diagnostik durch szenische Rekonstruktion, oder die Kunst, Geschichte(n) zu verstehen, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P.F./Stölzl, N. (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (Facultas) 191–204
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell, Heidelberg (Asanger)
- Speierer, G.-W. (2002), Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 163–185
- Spielhofer, H. (1999), Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 3, 2, 122–130
- Swildens, H. (1991), Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- Swildens, H. (2002), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 187–206
- Tausch, R. (1989), Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit, in: Behr, M./Petermann, F./Pfeiffer, W.M./Seewald, C. (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychotherapie und Psychologie Bd. 1, Salzburg (Otto Müller) 257–269
- Tausch, R. (1991), Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und klientorientiertes Psychotherapieprogramm. Fortschritte in Theorie und Praxis, in: Behr, M./Esser, U. (Hg.), „Macht Therapie glücklich?“ Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie, Köln (GwG) 239–262
- Tausch, R. (1994), Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie: Notwendigkeit der Ergänzung und Möglichkeiten der Kombination, in: Behr, M./Esser, U./Petermann, F./Sachse, R./Tausch, R. (Hg.), Jahrbuch Personenzentrierte Psychotherapie und Psychologie Bd. 4, Köln (GwG) 145–162
- Tscheulin, D. (1992), Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention, Göttingen (Hogrefe)
- van Kessel, W./Keil, W.W. (2002), Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 163–185
- van Kessel, W./van der Linden, P. (1991), Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt, in: GwG-Zeitschrift 90, 18–28
- Warner, M.S. (1991), Fragile process, in: Fousek, L. (Ed.), New directions in client-centered therapy. Practice with difficult client populations, Chicago (The Chicago Counseling and Psychotherapy Center) 41–58
- Warner, M.S. (1998), Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative, in: Bohart, A.C./Greenberg, L.S. (Eds.), Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy, Washington, DC (American Psychological Association) 125–140

Autor:

Keil, Wolfgang Walter, 1937, Mag. rer. soc. oec., lect. theol., freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien, Ausbilder, Lehrtherapeut und Ehrenobmann der „Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung“ (ÖGwG), Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik“ (ÖAGG)

Korrespondenzadresse:

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at*