

Garry Prouty

# Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz?

**Zusammenfassung**<sup>1</sup>: Anlässlich der Auseinandersetzungen bezüglich der Schaffung übergreifender Organisationen, die mittlerweile u. a. auch zur Umbenennung unseres Weltverbandes (in: „Weltverband für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung“) geführt haben, äußert Garry Prouty seine Sorge darüber, dass die Klientenzentrierte Therapie von einem experienziellen „Zeitgeist“ absorbiert und ihr Wesen darin eines Tages aufgelöst werden könnte. Die Betonung experienzieller Faktoren statt der Beziehung als wesentlichem therapeutischen Faktor stellt für Prouty einen mit Rogers nicht mehr zu vereinbarenden Paradigmenwechsel dar.

In seiner Argumentation erläutert Prouty zunächst, dass Rogers zwar durchaus von Gendlins experienziellem Konzept beeinflusst ist, er aber „experienziell“ immer als Resultat (abhängige Variable) der therapeutischen Bedingungen (Grundhaltungen) und nicht als Ursache (unabhängige Variable) der therapeutischen Veränderung verstanden hat. Als weiteres Wesensmerkmal des Konzepts von Rogers wird die nicht-direktive Haltung des Therapeuten herausgestellt. Die Tatsache, dass Rogers die nicht-direktive Haltung nicht definitiv in seine Therapietheorie eingebaut hat, wird von Prouty als äußerst bedeutsames historisches Versäumnis eingestuft. Auf theoretischer Ebene wird es dadurch grundsätzlich möglich, die Grundhaltungen, solange sie jedenfalls gegeben sind, mit Techniken und Methoden zu kombinieren.

Als prominentesten Vertreter der experienziellen Methoden erläutert Prouty in der Folge kurz den prozess-experienziellen Ansatz von Greenberg, Rice & Elliott und stellt dabei dessen Prozessdirektivität in den Mittelpunkt. Seine Analyse dieses Ansatzes ergibt dann vor allem eine technisch-diagnostische Ausgerichtetheit des Therapeuten, die einer vollen empathischen Ich-Du-Beziehung nicht entspricht, sowie einen phänomenologischen Reduktionismus, bei welchem das Experienziell der Person und nicht ihr Selbst insgesamt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wird. Mit seiner Darstellung möchte Prouty keinesfalls die Wirksamkeit des prozess-experienziellen Ansatzes bezweifeln, wohl aber dessen Dissonanz zum Konzept von Rogers aufweisen bzw. eine Diskussion dieser Thematik einleiten.

**Schlüsselwörter:** Experienziell, nondirektive Haltung, Gerichtet-Sein (intent) des Therapeuten, Prozess-Experienzieller Ansatz, prozessdirektiv, phänomenologischer Reduktionismus

## Einleitung

In den letzten Monaten entstand die Initiative zur Gründung einer internationalen personenzentrierten/experienziellen Organisation. Anfangs reagierte ich gelassen, da die Initiatoren sich auf denselben historischen theoretischen Rahmen von Rogers und Gendlin zu beziehen schienen, der mir bereits vertraut war. Einige Monate später wurde mir plötzlich klar, dass es um ein neues personenzentriert/experienzielles organisatorisches Leitmotiv ging. Die Befürworter dieser internationalen Organisation vertreten eine Sichtweise, die unterschiedliche experienzielle Ansätze mit einschließt (Greenberg, Watson & Lietaer, 1998). Da es ungefähr zwei

Dutzend experienzielle Methoden gibt (Mahrer und Fairweather, 1993), erscheint es angebracht, die vorgeschlagene theoretisch/organisatorische Fusion auf ihre Übereinstimmung mit den klientenzentrierten Prinzipien zu überprüfen. Diese Position versucht jedoch *keineswegs* die empirische Wirksamkeit der experienziellen Therapien in Frage zu stellen. Ebenso wenig ist dies ein Versuch einer erschöpfenden Klarstellung oder eines Vergleichs der Theorien. Statt dessen soll versucht werden, eine eventuelle theoretische Dissonanz zwischen Rogers und den experienziellen Ansätzen zu erörtern; ein solches Verständnis ist für die Entwicklung einer Organisation unabdingbar.

Ein wichtiger Paradigmenwechsel von Rogers' Sichtweise (1959a), dass für die seelische Heilung die Beziehung ausschlaggebend ist, hin zu einer Betonung von experienziellen Faktoren ist womöglich ein historischer Wechsel, der nicht angebracht ist. Meine Hauptsorge gilt der Möglichkeit, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie in einen experienziellen „Zeitgeist“ absorbiert wird

<sup>1</sup> Dieser Artikel von Garry Prouty wurde zuerst in Person-Centred Practice 7 (1999), 1 veröffentlicht und vom Autor für den Abdruck in unserer Zeitschrift zur Verfügung gestellt. Die Übersetzung aus dem Amerikanischen besorgte Elisabeth Zinsschitz, die Zusammenfassung hat Wolfgang Keil verfasst.

und sich irgendwann darin auflöst. Der Gerechtigkeit halber sollte darauf hingewiesen werden, dass ich sowohl Entwicklungen in Rogers' Klientenzentrierten Psychotherapie als auch in Gendlins experientieller Theorie beschrieben habe, dies aber in einer deutlich von einander *abgegrenzten Form* (Prouty, 1994).

## Ist Rogers experientziell?

Auch wenn Rogers (1961) explizit den Einfluss von Gendlins experientieller Theorie auf seine eigene Arbeit anerkannte, übernahm er nicht die Sichtweise, dass das Erleben (experiencing) als eine unabhängige Variable in der Psychotherapieforschung zu betrachten sei. Er meinte, es sei eine abhängige Variable. Experiencing sei das *Ergebnis* der Therapie, nicht die *Ursache* (Prouty, 1994). Dies wird in „Process Conception of Therapy“ (Rogers, 1961a) verdeutlicht. Darin sagt er deutlich, dass die „Grundhaltungen“ die Bedingung für experientzielle Veränderungen sind. Auch in der Beschreibung des Wisconsin-Projekts zur Schizophrenie wird dies so dargestellt (Rogers, Gendlin et al., 1967). Dort wird Erleben (experiencing) wieder als eine Funktion der „Grundhaltungen“ beschrieben. Wenn Rogers Gendlins Experiencing als Ursache für die Therapie gesehen haben sollte, so wird das nicht einmal dort, wo sie am engsten zusammengearbeitet haben, in dieser Form präsentiert. Außerdem beschreibt Rogers „Offenheit für das Erleben“ als eine der Merkmale einer „Fully Functioning Person“ (Rogers, 1989) und sieht die Wurzeln dafür in einer sicheren und akzeptierenden Beziehung (Rogers, 1957a).

Ein Argument für die Abgrenzung des experientiellen Ansatzes Gendlins von Rogers' Sichtweise wird von Brodley (1990) angeboten, die Rogers als jemanden beschreibt, der sein Vertrauen in die *ganze Person* setzt, während in der experientiellen Therapie das Vertrauen dem *Erlebensprozess* gilt. Sie meint auch, dass in beiden Ansätzen anders „zugehört“ wird. Im experientiellen Ansatz von Gendlin richtet sich das Zuhören auf den Felt Sense (Hendricks, 1986). Ich sehe das, ebenso wie Brodley, als einen, so wie ich es bezeichnen würde, „phänomenologischen Reduktionismus“. Das bedeutet für mich, dass die *Person* auf den *Prozess* reduziert wird.

## Die nondirektive Haltung

Auch wenn das nicht formell ausgearbeitet wurde, ist der nondirektive Ansatz in der Psychotherapie eines der für die Klientenzentrierte Psychotherapie charakteristischen Merkmale. Dies wird besser verständlich, wenn zuerst dessen kulturelle Wurzeln erläutert werden. Rogers' frühe religiöse Erziehung und Ausbildung vollzogen sich innerhalb einer protestantischen Tradition. Martin Luthers revolutionäre Lehre hat den Ort der moralischen Bewertung von der Kirche hin zum Gewissen des Individuums verschoben. Das moralische Gewissen

erhielt seine vollgültige Eigenständigkeit. Rogers' (1977a) revolutionäre Lehre im Bereich der seelischen Gesundheit hat in ähnlicher Weise die Fähigkeit, das innere Erleben zu verstehen, vom Therapeuten auf den Klienten übertragen: Der Klient erhielt die Fähigkeit zugesprochen, die Bedeutung seines Erlebens selbst zu bestimmen. Rogers' nondirektive Haltung kann auf kultureller Ebene als eine Form von protestantischem Individualismus gesehen werden. Als Theologiestudent hatte Rogers Luthers Lehren studiert.

Rogers (1942a) hat Nondirektivität innerhalb der Psychotherapie in verschiedenen Formen beschrieben. Erstens wird der Klient als derjenige gesehen, bei dem die Verantwortung für den Gesprächsverlauf liegt. Zweitens reagiert der Therapeut auf eine solche Art und Weise, dass er die vorgängige Botschaft des Klienten anerkennt. Der Therapeut geht auf das unmittelbare Gefühl sowie die unmittelbare Haltung des Klienten ein. Der Therapeut lässt erkennen, dass der Klient die Entscheidungen trifft und dass er diese akzeptiert.

Weiters fasste Rogers die Nondirektivität in einer Reihe von Werten zusammen, die der Therapeut haben soll. Der Klient hat das Recht, seine persönlichen Ziele festzulegen. Der Klient hat das Recht, psychologisch unabhängig zu sein und seine psychologische Integrität aufrechtzuerhalten. Der Klient hat das Recht zu entscheiden, was für ihn die richtige Realitätsanpassung ist. In moderneren Begriffen ausgedrückt, der Klient hat die größtmögliche Autonomie, die therapeutische Beziehung wird stärker demokratisch gestaltet und die Individuation des Klienten steht stärker im Zentrum. Es dürfte selbstverständlich sein, dass der Therapeut zur Umsetzung dieser Werte eine aufrichtige und kongruente Haltung einnehmen muss. Raskin (1951)<sup>2</sup> definiert die vorgehend beschriebenen Konstruktionen als „nondirektive Haltung“.

Ich würde sagen, dass Rogers einen Ansatz formulierte, welcher der psychologischen Freiheit des Klienten, sich selbst zu definieren und zu erschaffen, einen äußerst hohen Stellenwert einräumt. Weiter glaube ich, dass Rogers' formale Beschreibung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Therapie (bedingungslose positive Zuwendung, Empathie und Kongruenz) die „nondirektive Haltung“ *nicht ausschließt*. Rogers hat sich nie von der „nondirektiven Haltung“ distanziert. Sie ist in der Praxis der Klientenzentrierten Therapie inkludiert und integriert. Erstens impliziert die „nondirektive Haltung“ bedingungslose positive Zuwendung insofern, als eine weitreichende Akzeptanz des Klienten vorhanden ist. Zweitens wird die „nondirektive Haltung“ dadurch verkörpert, dass der Therapeut strikt dem Prozess des Klienten folgt, nämlich durch empathisches Verstehen. Drittens erfolgt die Integration der nondirektiven Haltung, der bedingungslosen positiven Zuwendung sowie der Empathie durch die Kongruenz des Therapeuten.

Ich glaube, dass es als Moment von großer historischer Bedeutung anzusehen ist, dass Rogers es unterließ, die „nondirektive

2 Unveröff. Manuskript; zitiert bei Rogers, 1951a, p. 29; dt.: 1973, S. 42

Haltung“ zusammen mit den anderen notwendigen therapeutischen Bedingungen formell zu definieren. *Das Ergebnis besteht darin, dass eine theoretische Situation geschaffen wird, innerhalb welcher, so lange die notwendigen und hinreichenden Bedingungen vorhanden sind, jede Technik mit ihnen kombiniert werden kann.* Auf der praktischen Ebene wird diese theoretische Verschiebung durch die von Rice (1974) vorgeschlagenen „evocative reflections“ und den „focused reflections“ (Hendricks, 1986) veranschaulicht. Diese beiden Autorinnen lenken die Technik in Richtung des Experiencingprozesses.

## Der Prozess-experienzielle Ansatz

Der Prozess-experienzielle Ansatz wird hier erörtert, da er in der Zusammenführung und Integration der Klientenzentrierten Therapie mit experienziellen Methoden auf theoretischer und organisatorischer Ebene eine richtungsweisende Führungsrolle inne hat.

Die Unterscheidung von Rice (1983) zwischen Beziehung und therapeutischer Aufgabe hat zur Entwicklung des Prozess-experienziellen Ansatzes geführt, der die Grundeinstellungen mit vielfältigen Methoden des Processings von innerem Erleben vermischt (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). „Den Prozess lenken, nicht den Inhalt“ ist der Leitsatz, der diese Sichtweise vielleicht am besten zusammenfasst. Das zeigt, welche Konsequenzen die „Trennung“ der Nondirektivität von den therapeutischen Grundbedingungen hat, und illustriert die philosophische und theoretische Sichtweise des Experiencing als „Ursache“ und nicht als „Ergebnis“ der Therapie.

Die Prozess-experienzielle Psychotherapie kann am Einfachsten als eine Kombination der klientenzentrierten Haltung mit verschiedenen *prozessdirektiven* experienziellen Methoden oder Techniken beschrieben werden. Vielleicht lässt sich diese Sicht am Deutlichsten anhand des folgenden Zitates erläutern:

„Unser Ansatz umfasst eine Kombination von und eine Balance zwischen klientenzentrierten empathischen Reaktionen und dem prozessdirektiven Element der Experienziellen Psychotherapie und der Gestalttherapie. In diesem Ansatz ist der Therapeut in hohem Ausmaß auf die Gefühle und das Erleben des Klienten von Moment zu Moment eingestimmt. Er ist zugleich *direktiv in Bezug auf den Prozess* und leitet den Klienten zu verschiedenen Zeitpunkten dazu an, sich auf bestimmte entscheidungsfördernde affektive Informationsverarbeitungsstrategien einzulassen. Auf diese Weise fördert der Therapeut den Prozess des Klienten, einerseits indem er empathisch auf das Erleben des Klienten eingeht und andererseits indem er Anweisungen und Anregungen zu Handlungen oder mentalen Schritten gibt, die der Klient zu einem gewissen Zeitpunkt ausprobieren könnte, um den Verarbeitungsprozess zu unterstützen. Das Ziel liegt darin, ein neues Gewahrsein, ein neues Erleben und eine neue Bedeutungsbildung in Gang zu setzen, *nicht* aber Einsicht darin zu verschaffen oder Kognitionen zu verändern.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 15)

Eine zweite „Säule“ des prozess-experienziellen Ansatzes besteht darin, dass der Prozess die Grundlage für eine Diagnose bildet. Die *Art und Weise*, wie der Klient sein Erleben verarbeitet, liefert einen Anhaltspunkt dafür, welche experienzielle Technik jeweils angemessen ist. Dies stellt eine *Prozessdiagnose* dar. Unterschiedliche Verarbeitungsprobleme führen zu einer unterschiedlichen Anwendung der Technik. Diese Sichtweise wird im folgenden Zitat zum Ausdruck gebracht.

„Abhängig von seiner Wahrnehmung, in welchem Zustand der Klient sich befindet, greift der Therapeut zu verschiedenen Zeitpunkten auf unterschiedliche Interventionsarten zurück, um bestimmte Formen von konstruktiver Informationsverarbeitung zu fördern. Diese Interventionen werden mittels einer Art „Prozessdiagnose“ des aktuellen Zustands des Klienten bestimmt, sie sind aber auch von Ideen darüber inspiriert, was dem Klienten zu einem gewissen Zeitpunkt am hilfreichsten bei seiner kognitiven/affektiven Verarbeitung zu unterstützen vermag.

Bei der Prozessdiagnostik geht es also darum, „marker“ für bestimmte emotionale Verarbeitungsprobleme zu identifizieren. Wenn in einem Erlebensprozess ein solcher „marker“ auftaucht, unterstützt der Therapeut bestimmte Formen von Verarbeitungsmodi, die dem Klienten helfen sollen, das in diesem Moment erlebte Verarbeitungsproblem zu lösen. Ein Beispiel dafür wäre, dass, wenn der Klient einen inneren Konflikt erlebt, auf die Technik der zwei Stühle aus der Gestalttherapie zurückgegriffen würde. Oder dass Focusing angewendet wird, wenn der Klient einen undeutlichen Felt Sense spürt. Der Therapeut ist der Prozess-Experte.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 17)

Da direktives Vorgehen einen anerkannten Bestandteil des Prozess-experienziellen Ansatzes darstellt, ist es wichtig, die Bedeutung von „direktiv“ in dieser Therapieform vollständig und auf faire Weise zu erläutern. Das gelingt vielleicht am Besten anhand des folgenden Zitates.

„Der Klient wird jedoch als Experte dafür gesehen, was er jeweils erlebt, sowie als jemand, der den Veränderungsprozess aktiv trägt. Während der Therapie nimmt der Therapeut, auch wenn er prozessdirektiv ist, die fragende Haltung eines ‚Nicht-Wissenden‘ ein. Diese Position bedingt eine Einstellung, die von Neugierde und Vorschlägen und nicht von einer wissenden Autorität geprägt ist. Die Handlungen des Therapeuten sowie seine Haltung zeigen, dass er mehr über das Erleben des Klienten erfahren möchte, und er macht Vorschläge, um das Implizite explizit zu machen; er vermittelt dem Klienten jedoch nicht, dass Therapeuten mehr wissen und nach verborgenem Material suchen. Diese Haltung des „Weniger-Wissens“, die von Prozess-experienziellen Therapeuten eingenommen wird, steht im Gegensatz zur Position des „Mehr-Wissens“ eines interpretierenden Ansatzes, in dem der Therapeut aufgrund theoretischer Wahrheiten oder professionellen Wissens als Experte für das Erleben des Klienten auftritt. Prozessdirektiv arbeiten heißt nicht, dass der Therapeut die Bedeutungsbildung für die Klienten vornimmt oder irgendwelche Erlebensmuster identifiziert, Verdecktes aufspürt oder bessere Sichtweisen des Klienten oder seiner Welt vorschlägt. Der Therapeut führt oder fördert den Klienten eher dahingehend, dass er sich auf gewisse Aktivitäten zur Informationsverarbeitung einlässt, von denen er glaubt, dass sie schematisch gewordene Verarbeitungsformen verbessern. Dies sollte dann dazu beitragen, dass der Klient sein Erleben reorganisieren und in bestimmten Problembereichen neue Bedeutungen bilden kann. Gerade durch die selbst herbeigeführte Reorganisation in Bereichen, wo Veränderung erwünscht ist, gelingt es den Menschen, eine neue Sichtweise ihrer selbst und ihrer Welt zu formen.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 16)

## Die direkte Haltung

Das Thema der „direktiven Haltung“ ist nicht leicht zu artikulieren, da es auf sehr subtile Weise in den therapeutischen Ansätzen von Gendlin, Rice und Greenberg enthalten ist. Diese Theoretiker schlagen alle vor, den Klienten mit seinem Erleben in Kontakt zu bringen. Diese Haltung findet ihren Ausdruck in Begriffen wie: *führen, vorschlagen, fördern, explizit machen, verbessern*. Sie sieht vor, dass der Therapeut theoriegeleitet und selektiv zuhört, und zwar mit einem *technischen Gerichtet-Sein (technical intent)*, und sie impliziert auch das Problem, auf das bereits früher hingewiesen wurde – das Problem des *phänomenologischen Reduktionismus*.

In meinem Verständnis therapeutischer Erfahrung bringt genaues empathisches Verstehen den Klienten in Kontakt mit seinen nächsten auf organismischer Ebene entstandenen Erlebnisschritten, das heißt, einem Muster von „non-direktivem Experiencing“, wo der Erlebensfluss auf *natürliche Weise* dem Organismus folgt. Erleben als natürliche Folge im Gegensatz zum Erleben, das aus dem Gerichtet-Sein des Therapeuten hervorgeht, das unterscheidet Rogers von experientiellen Sichtweisen. Weshalb ist das wichtig?

## Das technische Gerichtet-Sein

Das Thema des Gerichtet-Seins des Therapeuten ist lediglich wichtig, wenn es als Gegengewicht zum Gerichtet-Sein des Klienten angeschaut wird. Es erscheint angemessen, wenn wir einen der Unterschiede zwischen Rogers und den experientiellen Therapien in dem Gerichtet-Sein des Therapeuten orten. Das Ziel der experientiellen Therapien liegt darin, den Klienten zum Experiencing zu „führen“. Das entspricht nicht Rogers' Sichtweise in der Klientenzentrierten Therapie, welche die *Selbstbestimmtheit des Klienten* stärkt, indem der Therapeut sich der Führung des Klienten „unterordnet“.

Der Ausdruck „technisches Gerichtet-Sein“ bezieht sich auf eine Haltung, in der dem *Wie* des experientiellen Prozesses Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Therapeut ist „empathisch eingestimmt“ auf das „*Wie*“ des Erlebens. Das klingt nach einem *selektiven Zuhören*, das auf den Prozess gerichtet ist und auf therapeutisch relevantes Experiencing abzielt. Es vermittelt nicht die existenzielle Haltung des darauf Hörens, wie der Klient seine „*Realität*“ begreift – das wäre eine treffende Beschreibung von genauem empathischen Verstehen. Das Problem ist, dass Empathie für die technischen Überlegungen des Therapeuten in bezug auf das „*Wie*“ des Prozesses als Grundlage für eine diagnostische Intervention *verwendet* wird, – das ist aber schwerlich eine echte „*Ich-Du*“ Antwort.

Wie wohlwollend oder hilfreich das Gerichtet-Sein des Therapeuten sicherlich auch sein mag, es gibt komplexe und schwierige klinische Situationen rundum das Thema der direktiven Haltung. Erstens gibt es da das Thema des bewussten Widerstandes des Klienten. Es gibt Situationen in der Therapie, wo „*Erleben*“ für den

Klienten bedrohlich ist – d. h. in denen sich die Angst des Klienten zeigt. Solches „*Erleben*“ kann sogar das Selbst desintegrieren, zum Beispiel wenn homosexuelle Gefühle, psychotische Erlebnisse oder gewisse Aspekte einer multiplen Persönlichkeit integriert werden sollen. Diese können als Beispiele für den von Warner (1991) beschriebenen „*fragile process*“ gelten. Das sind Gefühle, bei denen *nur* die Bedeutung des Klienten einen sicheren Weg bietet. Ich habe oft gesehen, dass gewisse „*Erlebnisse*“ zu bedrohlich für „*direktives*“ Experiencing sind. Nur eine langsame Annäherung an das „*natürliche*“ Erleben und dessen Integration scheint hier Sicherheit zu bieten – und gewiss nicht Interventionen, die von dem Gerichtet-Sein des Therapeuten getragen dem Prozess voraus sind. Das gilt weitgehend für psychotisches und psychose-ähnliches Erleben.

## Phänomenologischer Reduktionismus

Eine Klientin berichtete von einer Erfahrung, welche das Problem des „*phänomenologischen Reduktionismus*“ veranschaulicht. Sie erinnerte sich daran, dass sie die empathische Präsenz und Reaktion ihres Therapeuten brauchte. Statt dessen wurde sie zu ihrem Experiencing „*hingeführt*“. Sie berichtete von einem „*viszeralen Gefühl*“, dass er nicht mit ihr in Kontakt war. Sie fühlte, dass ihr „*Selbst*“ ignoriert wurde, und sie erlebte mehr das Gerichtet-Sein des Therapeuten als seine Empathie. Dieses Beispiel benennt das Problem des „*phänomenologischen Reduktionismus*“, der eher als Empathie *für das Erleben* denn als Empathie *für das Selbst* definiert werden kann. Das Selbst ist auf das Erleben reduziert. Der Therapeut ist in empathischem Kontakt mit dem *Prozess* des Erlebens, und nicht so sehr mit dem *ganzen existenziellen Wesen* des Selbst.

Das folgende Beispiel stammt aus meiner Erfahrung als Therapeut. Ich arbeitete mit einer Klientin, die schizophren und gemeingefährlich war. Ihr Erleben beinhaltete den Drang zum Töten. Die Klientin sagt, dass meine Fähigkeit, zwischen ihrem Selbst und ihrem Erleben zu unterscheiden, ihr am Meisten geholfen habe. Ihr existenzielles Selbst war nicht ihr Erlebensprozess. Wiederholte Male brachte sie das Gefühl zum Ausdruck, dass „*das nicht Ich bin*“. Die Unterscheidung zwischen Selbst und Erleben hatte empathische und langfristige therapeutische Konsequenzen.

## Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Dieser Artikel ist ein Versuch, eine Diskussion über die Dissonanz zwischen der Klientenzentrierten Theorie von Carl Rogers und dem Experientiellen Ansatz einzuleiten. Die Grundlage für ein solches Bemühen ist die Sorge darüber, dass die Klientenzentrierte Theorie und Therapie gedankenlos in einen experientiellen „*Zeitgeist*“ absorbiert und mit diesem organisatorisch zusammengewürfelt wird.

Der erste Grund für diese Sorge lag darin, dass es ungefähr zwei Dutzend experienzieller Methoden gibt und dass dabei größere Klarheit erforderlich ist. Wichtiger war jedoch noch die Erörterung des Prozess-experienziellen Ansatzes, der hier in empirischer und organisatorischer Hinsicht eine Führungsposition einnimmt. Es sei klargestellt, dass nicht dessen empirische Validität hinterfragt wurde, sondern dass eher Themen auf den Ebenen der Theorie und der Praxis erörtert wurden.

Als Erstes wurde die Frage erörtert, ob Rogers' Klientenzentrierte Therapie als „experienziell“ gesehen werden könnte. Das wurde als ein Hauptthema betrachtet, da es einige Wissenschaftler gibt, die Rogers dem Experienziellen Ansatz zuordnen. In Rogers' Werk wird das Erleben (Experiencing) zwar berücksichtigt, wird aber als eine Funktion der Grundhaltungen gesehen, und zwar als deren Resultat. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Erleben (Experiencing) bei Rogers eine Ergebnisvariable ist. Es wird sowohl im Wisconsin-Projekt als auch in seiner „Process Conception of Therapy“ als solche behandelt. Zusätzlich ist die „Offenheit für das Erleben“, die als kennzeichnend für die „Fully Functioning Person“ gesehen wird, eine Funktion der Grundhaltungen. Für Rogers ist Erleben (Experiencing) also ein Ergebnis und nicht die Ursache für Therapie.

Das nächste wichtige Thema, das diskutiert werden musste, war die theoretische Konstruktion der „Grundhaltungen“ durch Rogers. Auch wenn er nie seine nondirektive Sichtweise ablegte, baute er sie formell nicht in seine Therapietheorie ein. Das Ergebnis dieser Auslassung war eine Interpretation, dass, so lange die Bedingungen gegeben sind, jede Methode angewendet werden kann; das öffnet selbstverständlich die Tür für direkte Techniken. Und das ermöglicht eine subtile Verschiebung hin zur Direktivität, sowohl in den Ansätzen von Gendlin (Focusing) und Laura Rice (evocative reflections) als auch viel expliziter im (prozess-direktiven) Ansatz von Greenberg et al.

Aufgrund seiner Rolle bei der vorgeschlagenen organisatorischen Fusion von Klientenzentrierten und Experienziellen Therapeuten wurden die Grundsätze des Prozess-experienziellen Ansatzes überprüft. Dieser stellt sich selbst als eine Fusion von „traditioneller“ Klientenzentrierter Psychotherapie und direktiven experienziellen Techniken dar, welche auf diagnostisch relevante „marker“ ausgerichtet sind. Diese Sichtweise ließe sich mit dem Spruch „Lenke den Prozess, nicht den Inhalt“ charakterisieren. Die Grundlage dafür bildet die Gestalttheorie über die Aufmerksamkeit für das „Wie“ der Verarbeitung auf Erlebensebene.

Auf der praktischen Ebene wurden verschiedene Themen vorgebracht. Zuerst das des Gerichtet-Seins des Therapeuten. Die Selbstbestimmung des Klienten wurde mit der direktiven Absichtlichkeit des Therapeuten verglichen. Das Gerichtet-Sein des Therapeuten auf das „Wie“ des Erlebens wurde als technisches Gerichtet-Sein analysiert, und das ist kein völlig empathisches Gegenwärtig-Sein. Zuhören mit „empathischer Einstimmung“ auf das „Wie“ des Erlebens wurde beschrieben als selektives Zuhören, das die Empathie

für das existenzielle Selbst des Klienten gefährdet – also ein sehr kritisches Thema.

Schließlich wurde noch das Thema der „phänomenologischen Reduktion“ erörtert. „Phänomenologische Reduktion“ wird als Empathie für den Erlebensprozess definiert, im Gegensatz zu einer Empathie für die gesamte Seinsweise. Wir können das Thema mit den Begriffen der Ich-Es-Beziehung im Gegensatz zur Ich-Du-Beziehung beschreiben. Der Philosoph Levinas (1989) schlägt vor, dass, wenn wir von psychologischen Zuständen (Verarbeitung auf der Erlebensebene) von Menschen sprechen, wir im Modus der Objektivierung Ich-Es, und nicht vom existenziellen Ich-Du-Modus sprechen – von *Person zu Person*.

Die letzte Lösung dieser grundlegenden Themen bleibt natürlich dem einzelnen Therapeuten überlassen. Die Frage ist, ob wir dem selbst-aktualisierenden, nondirektiven Gerichtet-Sein von Rogers' empathischer Sichtweise folgen, oder jenem einer therapeutischen Sichtweise, die der Empathie eine geringere Bedeutung zuweist.

#### Literatur:

- Brodley, Barbara (1990), Client-centered and experiential: two different therapies. In: Lietaer, Germain / Rombauts Jan & van Balen, Richard (Eds.): Client-Centered and Experiential Therapies in the Nineties. Leuven (Leuven University Press) 1990, 87–107
- Greenberg, Leslie / Rice, Laura & Elliot, Robert (1993), Facilitating emotional change. New York (Guilford Press) 1993
- Greenberg, Leslie / Watson, Jeanne & Lietaer, Germain (1998), Handbook of experiential therapy. New York (Guilford Press) 1998
- Hendricks, Mary (1986), Experiencing level as a therapeutic variable. *Person-Centered Review*, 1 (2), 141–162
- Levinas, Emmanuel (1989), Martin Buber and the theory of knowledge. In Hand, S. (ed.), *The Levinas Reader*. Cambridge, Mass (Blackwell) 1989
- Mahrer, Al & Fairweather, D. (1993), What is 'experiencing'? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. *The humanistic Psychologist*, 21 (Frühling), 2–25, 1993
- Prouty, Garry (1994), Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses, Westport (Praeger Publishers) 1994
- Rice, Laura (1974) The evocative function of the therapist. In: Wexler, David & Rice, Laura (eds.), *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York (John Wiley), 1974
- Rice, Laura (1983), The relationship in client-centered psychotherapy. In Lambert, J.J. (ed.): *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, IL (Richard D. Irwin), 36–60 (1983)
- Rogers, Carl R. (1942a), *Counseling and psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, München (Kindler) 1972; ab 1985 Frankfurt/M. (Fischer Tb)
- Rogers, Carl R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1973; ab 1983: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* Frankfurt/M. (Fischer Tb.)

- Rogers, Carl R. (1957a), The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103, dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. & Schmids, Peter F. (1991), *Person-zentriert*, Mainz (Grünewald), 165–184
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of science*, Vol III, 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, Carl R. (1961a), A Process conception of therapy. In Rogers, Carl R., *On becoming a person*. Boston (Houghton Mifflin), dt.: Psychotherapie als Prozeß. In: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 1961, 130–163
- Rogers, Carl R. (1989), A therapist's view of a good life: the fully functioning person. In Kirschenbaum, Harold, Henderson, Valerie (Eds.), *The Carl Rogers Reader*. Boston (Houghton Mifflin), 1989.
- Rogers, Carl R. (1997a), Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact. London (Constable), dt.: Die Kraft des Guten, München (Kindler) 1978; ab 1985 Frankfurt/M. (Fischer Tb.)
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison, Wis. (University of Wisconsin Press) 1967
- Warner, Margaret (1991), *Fragile Process*. In Fusek, L. (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations*. Chicago (Counseling and Psychotherapy Reserch Center), 41–58, 1991

**Autor:**

*Garry Prouty, Begründer der Prätherapie, Psychologe; Ausbildung in Personzentrierter/Experienzieller Psychotherapie 1962–1966 bei Gendlin, Autor vieler wissenschaftlicher Publikationen und Gastreferent an vielen amerikanischen und europäischen Kliniken und Universitäten; dzt. Fellow am Chicago Counseling Center, Ehrenmitglied der Chicago Psychological Association, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von Psychotherapy: Theory, Research and Practice sowie beim International Journal of Mental Imagery; eingeladen zur Frieda-Fromm-Reichmann-Memorial-Vorlesung 2002 an der Washington School of Psychiatry*