

# PERSON

Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

1 | 1997

**Schwerpunktheft: Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie  
am Wiener Weltkongreß 1996**

<b>Editorial</b>	3	<i>T. Len Holdstock: Paradoxes and Challenges Facing the Person-Centered Approach</i>	56
<i>Wolfgang W. Keil: Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie</i>	5	<i>Gerd-Walter Speierer: Personzentrierte Krisenintervention</i>	62
<i>Peter F. Schmid: „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ (E. Lévinas)</i>	14	<i>Marlis Pörtner: Wider die Belieblichkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie</i>	66
<i>Christine Butterfield-Meisel, Boglarka Hadinger, Wolfgang W. Keil, Wolfram Kurz, Felix de Mendelssohn, Peter F. Schmid, Marianne Schwager-Scheinost: Dialog der Schulen: Ähnlichkeiten und Differenzen</i>	25	<i>Maria Bruckbäck: Die Verbalisation des Selbst</i>	72
<i>Jochen Eckert: Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie?</i>	40	<i>Bernie Neville: The Person-Centred Ecopsychologist</i>	75
<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen: Eine klientenzentrierte Krankheitslehre</i>	48	<i>Ned L. Gaylin: Client-centered Family Therapy: Individual and Ecosystemic Issues</i>	82
		<i>Leon Niebrzydowski: Self-Disclosure Empathy and Sexual Satisfaction as the Factors Conditioning a Successful Marriage</i>	86

# PERSON. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

## Herausgeberinnen

APG – Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit, A-1090 Wien, Währingerstraße 50/1/13, Tel. / Fax: +43 / 1 / 315 41 01

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung, A-4020 Linz, Altstadt 17, Tel. / Fax +43 / 732 / 78 46 30

## Verleger

WUV-Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5, Tel. +43 / 1 / 310 53 56, Fax +43 / 1 / 319 70 50, E-mail verlag@wuv.co.at

## Redaktion

Peter Frenzel, Lore Korbei, Christian Korunka, Hans Peter Ratzinger, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Ilse Schneider, Elisabeth Zinschitz.

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Artikel können in Deutsch oder Englisch veröffentlicht werden.

Beiträge dürfen nicht gleichzeitig andernorts eingereicht werden. Das ausschließliche Copyright geht mit der Veröffentlichung einer Arbeit auf den Verlag über.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholen kann.

Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

## Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind zweifach schriftlich ausgefertigt (anderthalbzeilig, mit einem breiten Korrekturrand und nummerierten Seiten) und auf Diskette (nach Möglichkeit Format Winword) an eine der beiden Redaktionsadressen abzuliefern:

*Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze,*

*c/o Dr. Christian Korunka, Institut f. Psychologie der Univ. Wien, A-1010 Wien, Liebiggasse 5, Tel. +43 / 1 / 42 77 / 47 8 27,*

*Fax +43/ 1 / 406 64 22*

*oder*

*c/o Lore Korbei, A-1080 Wien, Langegasse 67/17, Tel. +43 / 1 / 403 06 84, Fax +43 / 1 / 403 06 844*

## Zusendungen sollen enthalten:

Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel

Abstract, ca. 10 Zeilen

Stichwörter (Keywords)

Text, allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.

Literaturverzeichnis

Angaben zum Autor oder zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)

Adresse

## Formale Hinweise:

Autorinnen und Autoren erhalten von der Redaktion ein Merkblatt über die Gestaltung des Textes in formaler Hinsicht, besonders bezüglich Quellen- und Literaturangaben.

## Zitationsweise:

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (Wien \*1997/98) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

## Erscheinungsweise:

1997 erscheinen zwei Sondernummern. Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Bezugspreis jährlich (2 Nummern) öS 360,—, DM 50,—, sFr 46,— zzgl. Versandkosten. Einzelpreis öS 200,—, DM 28,—, sFr 26,— zzgl. Versandkosten. Mitglieder von APG und ÖGwG erhalten PERSON im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde.

## Urheberrecht

Die in PERSON veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschließlich der Übersetzung in andere Sprachen, sind vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages ist jedwede Reproduktion untersagt. Ebenso bleiben die Rechte zur Wiedergabe durch Vortrag, Radio und Fernsehen oder Aufzeichnungen vorbehalten.

Gedruckt mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr

## Inhaltsverzeichnis

Editorial .....	3
<i>Wolfgang W. Keil</i>	
Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie .....	5
<i>Peter F. Schmid</i>	
„Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ (E. Lévinas) .....	14
Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes	
<i>Christine Butterfield-Meisel, Boglarka Hadinger, Wolfgang W. Keil, Wolfram Kurz, Felix de Mendelssohn, Peter F. Schmid, Marianne Schwager-Scheinost</i>	
Dialog der Schulen: Ähnlichkeiten und Differenzen .....	25
Podiumsdiskussion im Rahmen des Weltkongresses für Psychotherapie 1996	
<i>Jochen Eckert</i>	
Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie? .....	40
Entwicklung und Stand der Indikationsfrage in der Klientenzentrierten Psychotherapie	
<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen</i>	
Eine klientenzentrierte Krankheitslehre .....	48
<i>T. Len Holdstock</i>	
Paradoxes and Challenges Facing the Person-Centered Approach .....	56
<i>Gerd-Walter Speierer</i>	
Personzentrierte Krisenintervention .....	62
<i>Marlis Pörtner</i>	
Wider die Beliebigkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie .....	66
<i>Maria Bruckbäck</i>	
Die Verbalisation des Selbst .....	72
<i>Bernie Neville</i>	
The Person-Centred Ecopsychologist .....	75
<i>Ned L. Gaylin</i>	
Client-Centered Family Therapy: Individual and Ecosystemic Issues .....	82
<i>Leon Niebrzydowski</i>	
Self-Disclosure Empathy and Sexual Satisfaction as the Factors Conditioning a Successful Marriage .....	86

# Editorial

Wir freuen uns, das erste Heft der Zeitschrift ‚Person‘ vorstellen zu können.

Dieses und das im Spätherbst erscheinende zweite Heft sind das Ergebnis einer ersten konstruktiven Zusammenarbeit der ÖGwG und der APG auf diesem Sektor.

Die neue Zeitschrift ‚Person‘ verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Die schon bisher qualitativ hochwertigen Beiträge der beiden Vereinszeitschriften sollen einem größeren Publikum – innerhalb *und* außerhalb der beiden Vereine – zugänglich gemacht werden. Mittelfristig könnte sich die Zeitschrift zum Publikationsmedium aller am Personzentrierten Ansatz interessierten Personen entwickeln und auch über den österreichischen Raum hinaus einen Leserkreis finden.
- Dem Stellenwert der Klienten- bzw. Personenzentrierten Psychotherapie und dem Personzentrierten Ansatz entsprechend sollen durch eine neue Fachzeitschrift die Inhalte einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- Es soll ein Forum geschaffen werden, in dem verschiedene Positionen und Standpunkte auf eine konstruktive und kreative Art ausgetauscht werden können. In Zukunft wäre dies z.B. in der Form von Themenheften möglich.

Die professionelle Produktion in Zusammenarbeit mit dem „WUV-Universitätsverlag“ und die synergetischen Effekte durch die Zusammenlegung der Produktion ermöglichen die Realisierung einer Zeitschrift, die sich durch professionelle Layoutierung und Herstellung sowie eine Verbesserung des Bekanntheitsgrades (ISSN-Nummer, Aufnahme der Beiträge in CD-ROM-Datenbanken, Vertriebsnetz, leichter Zugang zu Abonnements außerhalb der Vereine etc.) auszeichnet.

Beide Vereine besitzen seit Jahren interne Vereinszeitschriften, die sich in Inhalt, Konzeption und sogar im Layout weitgehend ähnlich sind. In beiden Vereinsorganen fanden sich immer wieder ausgezeichnete Beiträge zu verschiedensten Aspekten des Personzentrierten Ansatzes, wobei sogar Anzahl und Umfang der Beiträge in den beiden Zeitschriften ähnlich waren. Da die beiden Zeitschriften in der Regel nur jeweils den Vereinsmitgliedern zugänglich sind, fanden viele am Personzentrierten Ansatz Interessierte kaum Zugang zu den Veröffentlichungen. Vor allem Personen außerhalb der beiden Vereine

wurden kaum erreicht. Die engere Zusammenarbeit der beiden Vereine in der letzten Zeit hatte darüber hinaus zur Folge, daß einige Beiträge in beiden Zeitschriften erschienen sind. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee einer Zusammenarbeit auf diesem Sektor. Die Kooperation ist derzeit auf zwei ‚Probehefte‘ der neuen Zeitschrift vereinbart. Die beiden Hefte, das vorliegende und ein im Spätherbst erscheinendes Heft, werden zeigen, welche Möglichkeiten sich aus einer Zusammenarbeit auf diesem Sektor ergeben.

Das vorliegende Heft ist aus unserer Sicht schon ein gutes Beispiel für die neue Zeitschrift. Im ersten Teil sind Beiträge zu finden, die modellhaft für die zukünftige Kooperation sein können. Der zweite Teil besteht aus den schriftlichen Fassungen von Referaten, die Vertreterinnen und Vertreter des Personzentrierten Ansatzes letztes Jahr in Wien beim WCP-Kongreß gehalten hatten.

Das erste Heft wird eingeleitet von zwei Artikeln prominenter Vertreter der beiden Vereine, die Licht auf die aktuelle Theorieentwicklung des Personzentrierten Ansatzes werfen. Wolfgang Keil entwickelt mit seinem Beitrag *Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie* eine hermeneutische Sichtweise des Empathiebegriffs. Aus dieser Perspektive kommt der Kongruenz des Therapeuten, vor allem in der Form nicht-verstehender Reaktionen, eine wichtige Rolle zum Verständnis der Inkongruenz des Klienten zu.

Peter F. Schmid faßt in seinen *Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes* seinen personalen Ansatz zusammen. Im Zentrum seines Verständnisses Personzentrierter Psychotherapie steht dabei eine dialogische und begegnungsorientierte Konzeption von Psychotherapie. Gemeinsam ist beiden Beiträgen ein konsequent phänomenologisches Verständnis des Personzentrierten Ansatzes.

Der folgende Beitrag ist eine überarbeitete schriftliche Aufzeichnung einer Podiumsdiskussion *Dialog der Schulen: Ähnlichkeiten und Differenzen*, zu der als Vertreter unseres Ansatzes Wolfgang Keil und Peter Schmid eingeladen wurden. In der Diskussion wurden die Schwierigkeiten der ‚Übersetzung‘ schulenspezifischer Sprachen und Terminologien, gewisse Gemeinsamkeiten im Verständnis therapeutischer Beziehung, aber auch das Selbstverständnis der Klienten- bzw. Personenzentrierten Psychotherapie im Spektrum therapeutischer Schulen erkennbar. Auffäl-

lig auch hier wieder die Übereinstimmungen der Vertreter unserer beiden Vereine.

Die weiteren Beiträge der personenzentrierten Autorinnen und Autoren geben einen guten Einblick in das Spektrum der internationalen Entwicklung. Es sind Artikel darunter, die sich mit grundlegenden Aspekten der Theorieentwicklung des Ansatzes auseinandersetzen, neben solchen, die sich mit den aktuellen Fragen von Krankheitslehre, differentieller Indikation und Diagnostik beschäftigen.

Jochen Eckert (BRD) setzt sich seinem Beitrag *Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie?* mit der Frage der differentiellen Indikation auseinander und kommt zu dem Schluß, daß vor allem dann, wenn ein Prozeß von Selbstreflexion und Selbstexploration im Zentrum steht, eine entsprechende Indikation gegeben ist.

Eine *klientenzentrierte Krankheitslehre* wird im folgenden Beitrag von Eva-Maria Biermann-Ratjen (BRD) konsequent aus den Prämissen des Personenzentrierten Ansatzes entwickelt. Im Zentrum stehen dabei das Phänomen der Inkongruenz, Bedrohungen des Selbstkonzeptes und unexakte Symbolisierungen. Der Beitrag von Biermann-Ratjen ist dabei nicht nur vor dem Hintergrund aktueller politischer Entwicklungen (Kassenabrechnung etc.) von Interesse.

T. L. Holdstock (NL) erkennt *Paradoxes and challenges facing the person-centered approach* vor allem im Zusammenhang mit dem Begriff des ‚Selbst‘. Er propagiert eine Intensivierung der Theorieentwicklung vor aktuellen relationalen Theorien, eine Verortung in der Prozeßorientierung des Personenzentrierten Ansatzes und eine kritische Reflexion möglicher ethnozentristischer Positionen.

Der folgende Beitrag *Differentialdiagnose und Indikation in der personenzentrierten Krisenintervention* stammt von Gert-Walter Speierer (BRD), der wohl einer der konsequentesten Vertreter eines differentiellen Ansatzes in der Personenzentrierten Psychotherapie ist. Er versucht hier, sein Konzept auf den Bereich der Krisenintervention auszuweiten.

Marlis Pörtner (BRD) reflektiert in ihrer Standortbestimmung *Wider die Beliebigkeit – Spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie* einige zentrale Merkmale und Wertvorstellungen des Ansatzes, die über die Merkmale der therapeutischen Beziehung hinausgehen.

Maria Bruckbäck (Österreich) setzt sich mit der *Verbali-*

*sation des Selbst* auseinander. Sie sieht den Strukturalismus von Lacan als besonders geeignet an, sich mit dem Begriff des ‚Selbst‘ vertieft auseinanderzusetzen.

Im folgenden Beitrag mit dem prägnanten Titel *The person-centred Ecopsychologist* kommt Bernie Neville (Australien) zu dem Schluß, daß neben den individuellen Problemen der Klienten auch kollektive Fragen und Ängste in einer personenzentrierten Therapie einen entsprechenden Platz haben sollten.

Ned Gaylin (USA) stellt sein Konzept einer *client-centered family therapy* vor. Er versucht dabei, aus dem Verständnis klientenzentrierter Einzeltherapie ein familientherapeutisches Konzept zu entwickeln, ohne auf die modischen systemischen Konzeptionen zurückgreifen zu müssen.

Ein ganz andere Seite des Personenzentrierten Ansatzes wird von Leon Niebrzydowski (Polen) in seinem Beitrag *self-disclosure empathy and sexual satisfactions as the factors conditioning a successful marriage* aufgezeigt. Er stellt die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in der gezeigt werden konnte, daß signifikante Beziehungen zwischen ‚Selbstöffnung‘, Empathie und Zufriedenheit in der Partnerschaft bestehen.

Das zweite Sonderheft der neuen Zeitschrift wird gegen Ende 1997 erscheinen. Es wird einige noch nicht veröffentlichte Beiträge der ICCCEP in Gmunden sowie die Vortragsmanuskripte der österreichischen Beiträge der heurigen ICCCEP-Tagung in Portugal und wieder einige einzelne Artikel von Mitgliedern beider Vereine enthalten, darunter zwei Beiträge über die Geschichte von APG und ÖGwG.

In der Zukunft ist es vorgesehen, vereinsinterne ‚Supplemente‘ der Zeitung beizulegen. Die Gestaltung dieser Beilagen und auch die konkrete Form der weiteren Zusammenarbeit ist noch in Diskussion. Alle an der Zukunft der Zeitung interessierten Mitglieder der beiden Vereine sind eingeladen, zu einem Arbeitsnachmittag zu kommen, wo diese noch offenen Fragen diskutiert werden sollen. Termin: 16. 1. 1998; 12.00–17.30; Ort: ÖPVP, Rosenbursenstraße 8/7, 1010 Wien.

Wir hoffen, daß das erste Heft der neuen Zeitschrift auch bei den Leserinnen und Lesern eine positive Aufnahme findet, und wir freuen uns auf Feedback und Kommentare.

Christian Korunka, im Namen des gemeinsamen Redaktionsteams von ÖGwG und APG.

Wolfgang W. Keil

# Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie<sup>1</sup>

## Abstract:

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

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

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

## Einleitung

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

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

---

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

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

## 1. Die hermeneutische Dimension der Empathie

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

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

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

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

## 2. Empathie bei Rogers und Gendlin

### 2.1 Entwicklung des Empathiebegriffs bei Rogers

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

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

## 2.2 Gendlins Empathieverständnis

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

## 3. Voraussetzungen für ein klientenzentriertes Konzept von hermeneutischer Empathie

### 3.1 Therapie zielt auf Gewährwerden von Inkongruenz

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



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

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

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

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

### **3.3 Szenisches Verstehen**

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

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

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

### 3.4 Interaktionelle Orientierung in der klientenzentrierten Therapie

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

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

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

## 4. Konkrete Umsetzung einer hermeneutischen Empathie

### 4.1 Erster Schritt: Die eigene Reaktion wahrnehmen und anerkennen

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

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

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

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

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

#### 4.2 Das „normale“ Erschließen von Inkongruenz und Kongruenz

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

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

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

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

#### 4.3 Verstehen mit Hilfe der Lebensgeschichte

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

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

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

#### 4.4 Verstehen durch Wissen ermöglicht Einfühlung

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

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

## 5. Inkongruente Therapeutenreaktionen

### 5.1 Inkongruentes Nicht-Akzeptieren und Nicht-Verstehen

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

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

### 5.2 Inkongruentes Akzeptieren und Verstehen

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

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

## 6. Schluß

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

### Literatur:

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

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

### Anschrift des Verfassers:

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

Peter F. Schmid

# „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ (E. Lévinas) Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes

## Abstract:

*10 Jahre nach dem Tod von Carl Rogers läßt sich ein Resümee ziehen: Was haben uns bald sechs Jahrzehnte des Personzentrierten Ansatzes gebracht? Welche Folgerungen ergeben sich daraus – wissenschaftlich, gesellschaftlich, praktisch? Und wie sehen die Perspektiven für die Zukunft des Personzentrierten Ansatzes aus? In welche Richtung steht eine Weiterentwicklung an?*

*Es wird die These vertreten, daß dies auf einen wahrhaft personalen und sozialen Ansatz hin geschehen soll, der dann auch zu einem Grundkonsens jener Schulen beitragen kann, die sich einem dialogischen und begegnungsorientierten Verständnis von Psychotherapie verpflichtet wissen und den entsprechenden Paradigmenwechsel in Theorie und Praxis vollziehen. Insofern tritt der Ansatz an, – wie jeder gute Therapeut in einer Therapie – sich selbst überflüssig zu machen. Nicht etwa, weil eine solche „Therapie der Zukunft“ (Carl Rogers) bereits Realität wäre; im Gegenteil, die konsequente Verwirklichung des Rogerianischen Paradigmenwechsels steht auch für den Personzentrierten Ansatz selbst erst noch aus.<sup>1</sup>*

**Keywords:** *Therapietheorie, Weiterentwicklung der PCT, Paradigmenwechsel, personaler Ansatz, Grundlagenforschung, Ethik, Begegnung.*

Im Februar dieses Jahres waren es zehn Jahre, daß Carl Rogers gestorben ist – eine gute Gelegenheit, sich die Frage zu stellen, wo der Personzentrierte Ansatz steht und welche Veränderungen ihm nottun, wenn er sich selbst treu bleiben will.

Nicht selten hört man in Kreisen personzentrierter Theoretiker – weniger bei den Praktikern, aber doch bisweilen auch bei ihnen – eine Metapher wie diese: Wir befinden uns – so wird mit leichter Wehmut in der Stimme gesagt – mit dem Personzentrierten Ansatz auf einem sinkenden Schiff. Es hatte eine großartige Zeit gehabt und war einmal mächtig in Fahrt, als da noch ein charismatischer Kapitän das Sagen hatte und den Kurs vorgab. Aber jetzt rostet es vor sich hin und ist nicht mehr recht flottzukriegen. Nun, vor Anker liegend, verdiente es eigentlich, zu einem Museumsschiff umgewandelt zu werden. Denn es habe seine Mission erfüllt. Zwar würde es sich nun langsam auflösen, aber als Modell für andere habe es unersetzbare Dienste geleistet, und eine ganze Flotte fahre nun auf der Basis der Erfahrungen dieses Pionierdampfers.

Der Personzentrierte Ansatz habe also seine historische Mission erfüllt: Durch die auf seinen Einfluß zurückgehende Humanisierung verschiedenster sozialer und psychologischer Orientierungen, insbesondere der Psychotherapie. Als eigenständige Richtung aber werde er nicht überleben. Wenn schon, dann müsse man sich nach ergänzenden Methoden oder zusätzlichen Techniken umschauen, mit systemischen und körpertherapeutischen Methoden kombinieren oder wenigstens mit den gerade auch nicht mehr hochmodernen Gestalttherapeuten und

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung des Hauptvortrags bei der Fachtagung der SGGT, Boldern, Schweiz, 24. 10. 1996, eines Vortrags bei der Fortbildungstagung der GwG, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, 29. 4. 1997, und eines Vortrags bei der IVth International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCCEP), Lissabon, 10. 7. 1997 (Schmid 1997e). – Vgl. zum Ganzen: Schmid 1995; 1996a, 513–522; 1997a; 1997b; 1997f; Frenzel/Schmid 1996.

anderen verwandten Richtungen fusionieren, um wenigstens die Humanistische Psychotherapie zu retten.

Ich teile – gemeinsam mit vielen anderen – diese Ansicht nicht, sondern meine im Gegenteil, daß das Wesentliche des Personzentrierten Ansatzes, seine Radikalität, sein tiefer Humanismus, sein kritisches, emanzipatorisches Potential noch bei weitem nicht ausgelotet, geschweige denn umgesetzt sind. Die Positionen und Visionen von Carl Rogers sind nicht überholt, sondern noch nicht einmal eingeholt. Es ist zweifellos ein wertvolles Verdienst des Ansatzes, wenn heute, ein halbes Jahrhundert später, auch Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytiker und Systemiker auf die Bedeutung des Personalen, der persönlichen und gegenwärtigen Beziehung, der Beziehungsbedingungen stoßen, „ohne die es nicht geht“, wie nun auch diese Schulen behaupten – ein Faktum, das am Wiener Weltkongreß für Psychotherapie 1996 überaus deutlich wurde, wo beispielsweise Analytiker als neueste Positionen anpriesen, was unser Ansatz schon um die Mitte des Jahrhunderts selbstverständlich ins Zentrum stellte, etwa den Respekt vor der Person. Aber auch wenn andere manche unserer Positionen übernehmen, das Zentrale des an der Person des Menschen orientierten Ansatzes ist damit noch in keiner Weise getroffen.

### **Die Beziehung von Person zu Person: Das Zentrale und das Verbindende am Ansatz**

Der Personzentrierte Ansatz, davon bin ich überzeugt, hat Zukunft. Deshalb möchte ich hier einige Entwicklungen aufzeigen, die meines Erachtens für den Ansatz anstehen. Zuvor ist jedoch eine Standortbestimmung angebracht. Was ist das Wesentliche? Und: Wer soll das bestimmen? Sicher kein personenzentrierter Papst oder sonst eine Autorität. Doch wenn da alle mitreden können: Wie soll man je zu einem Konsens kommen?

Bei einem informellen Meeting zum Austausch theoretischer Konzepte dreißig personenzentrierter Wissenschaftler aus der ganzen Welt, das auf Einladung der Person-Centered Association in Austria (PCA) im Juli 1996 im Anschluß an den Weltkongreß im oberösterreichischen Bad Hall stattfand (vgl. Frenzel/Schmid 1996), entstand spontan und rasch Konsens darüber, daß die Zeit dafür reif sei, eine internationale Organisation zu gründen. Dies sollte ein Zusammenschluß im Sinne eines weltweiten Dachverbands oder Forums für personenzentrierte Praktiker und Theoretiker in Psychotherapie und Beratung sein. Es war von Anfang an klar, daß dies eine offene Vereinigung sein müsse, die auf der einen Seite Platz für verschiedene Richtungen innerhalb des Ansatzes bieten, auf der anderen Seite aber klar identifizierbar sein müsse. Darüber war leicht Übereinstimmung zu erzielen. Ebenso über den Namen: „International Association for Person-Centered Therapy (IAPCT). An Association for the Science and Prac-

tice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling“.<sup>1</sup> Schwierig stellten wir uns aber dann vor, wie dieser gemeinsame Kern gefunden und so formuliert werden könnte, daß er einerseits klar und eindeutig, andererseits offen genug ist. Doch zu aller Überraschung stellte sich heraus, daß gerade diese Aufgabe gar nicht schwer zu lösen war. In kürzester Zeit war Einigung erzielt.

Die folgenden fünf Punkte kamen dabei heraus:

- Unverzichtbar für den Personzentrierten Ansatz sei eine Verpflichtung darauf, daß das Wichtigste in der Psychotherapie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist (a commitment to the primary importance in therapy of the relationship between therapist and client).
- Unverzichtbar sei ein wesentliches Vertrauen in die Erfahrungswelt des Klienten und ihre Bedeutung für das therapeutische Unterfangen (an essential trust in the experiential world of the client and its centrality for the therapeutic endeavour).
- Unverzichtbar sei der Glaube an die Wirksamkeit der Bedingungen und Haltungen, die für den therapeutischen Prozeß förderlich sind, wie sie zuerst von Carl Rogers formuliert wurden, und die Verpflichtung darauf, sie aktiv in die Therapiebeziehung einzubringen (a belief in the efficacy of the conditions and attitudes conducive to therapeutic movement first postulated by Carl Rogers and a commitment to their active implementation within the therapeutic relationship).
- Unverzichtbar sei die Verpflichtung dazu, sowohl den Klienten wie den Therapeuten als Personen zu verstehen, die ebenso als Individuen wie in ihren Beziehungen zu anderen und der Umwelt gesehen werden müssen (a commitment to the understanding of both clients and therapists as persons who are at one and the same time individuals and in relationship with others and with their environment).
- Unverzichtbar sei schließlich eine Offenheit für die Ausarbeitung und Weiterentwicklung der personenzentrierten und experientiellen Theorie im Lichte gegenwärtiger und zukünftiger Praxis und Forschung (an openness to the elaboration and development of person-centered and experiential theory in the light of current and future practice and research).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Der in der Zwischenzeit am 8. Juli 1997 in Lissabon im Rahmen der IVth ICCCEP gegründete Weltverband erhielt in der konstituierenden Sitzung den endgültigen Namen: „World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy (WAPCCP). An Association for the Science and Practice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling“.

<sup>2</sup> Der Aufruf erschien weltweit: IAPCT 1996.



Vielleicht erscheinen diese fünf Punkte – sie wurden von der konstituierenden Versammlung einstimmig als Prinzipien dem Statut des Weltverbandes vorangestellt – auf den ersten Blick selbstverständlich, vielleicht erscheinen sie als dürftiges Minimalprogramm oder als verwaschener Humanismus. Bei genauerem Zusehen aber enthalten sie alles Zentrale und zugleich das alle Richtungen (oder fast alle Richtungen<sup>3</sup>) Verbindende – von Focusing bis zu phänomenologisch oder empirisch orientierten Zugängen, von begegnungsphilosophisch und personal-dialogisch begründeten bis zu klinischen oder konstruktivistischen Ansätzen. Und sie enthalten vor allem darüber hinaus den Kern für die notwendigen Entwicklungen. Ganz im Sinne jenes Satzes von Carl Rogers und John Wood aus ihrer Kurzdarstellung des Ansatzes: „Die klientenzentrierte Theorie ist ständig in Entwicklung – nicht als eine Schule oder ein Dogma, sondern als ein Satz vorläufig formulierter Prinzipien.“ (Rogers/Wood 1974, 115; Übers. pfs)

### **Die personzentrierte Beziehung als un-mittel-bare Begegnung**

Ganz im Sinne dieser Punkte sei hier zunächst knapp zusammengefaßt, was ich als das Wesentliche des Personzentrierten Ansatzes sehe.

Er ist, wie schon sein Name sagt, an der Person des Menschen orientiert. Mit der Person ist dabei immer der Mensch in seiner einzigartigen Unverwechselbarkeit ebenso gemeint wie in seiner Angewiesenheit auf die sozialen Bezüge, also als Person in der Gesellschaft, im jeweiligen System; die individuelle und die relationale Dimension des Personseins und des Personwerdens, Selbständigkeit und Beziehungsorientierung sind für die personale Sicht gleichermaßen bedeutsam (Schmid 1991; 1997b; 1998a; 1998c). Die beiden Grundaxiome der personzentrierten Anthropologie sind die Aktualisierungstendenz und die Beziehungsangewiesenheit [interconnectedness]. Sie liegen dem Verständnis von Personalisation – „On becoming a person“ (Rogers 1961a) – zugrunde.

Hilfestellung aus personzentriertem Verständnis anbieten, heißt, sich auf eine personale Beziehung einzulassen. Das schließt ein, sich dabei auch als Helfer oder HelferIn selbst als Person ins Spiel zu bringen und darauf zu vertrauen, daß eine solche Begegnungsmöglichkeit von

Person zu Person, sei es zu zweit, sei es in der Gruppe (Schmid 1994; 1996a; 1997c; 1998b; 1998c), der wesentlichste Beitrag dazu ist, daß der oder die Hilfesuchende seine oder ihre bislang unausgeschöpften oder vorübergehend blockierten inneren Ressourcen besser nützen kann, sich somit in der Persönlichkeit weiterentwickelt und damit auch den Handlungsspielraum vergrößert (Rogers 1961a; 1970a; 1980a; Schmid 1989). Damit ist ausdrücklich ein Menschenbild verbunden, das jedem Menschen die Fähigkeit, sein Leben zu gestalten und seine Probleme zu lösen, zutraut und ihm das Vermögen und dessen Aktualisierung zuspricht, sich aufgrund seines eigenen Potentials in eine individuell und sozial konstruktive Richtung weiterzuentwickeln, wenn er sich selbst prinzipiell als angenommen und verstanden erfährt, also in einer sozialen Umwelt, in der er sich einigermaßen authentisch verhalten kann (Rogers 1959a).

Ein solcher Ansatz schließt ganz grundsätzlich jedwedes Selbstverständnis des Therapeuten und der Therapeutin oder des Helfers oder der Lehrerin usw. als eines Experten für die Probleme oder Person seines Partners in Beratung, Therapie, Erziehung, Supervision oder welcher hilfreichen Beziehung immer aus; es schließt auch aus, daß sich der Therapeut selbst als einen Fachmann für den richtigen Einsatz von Methoden und Mitteln versteht, ja es schließt jeden vorgeplanten und nicht aus der unmittelbaren Beziehungserfahrung erwachsenden Einsatz von Methoden und Techniken überhaupt aus. Denn das einzige „Mittel“ oder „Instrument“, das zum Einsatz kommt, ist die Person des Therapeuten selbst. Und nur, „wo alles Mittel zerfallen ist“, geschieht Begegnung, wie es Martin Buber (1923, 19), unüberbietbar und präzise auch den Prozeß erfassend, formuliert. Deshalb unterscheidet sich der Personzentrierte Ansatz radikal von jenen anderen Ansätzen, die mittlerweile mehr oder weniger alle zu den von Rogers (1957a) herausgearbeiteten und differenziert beschriebenen Grundhaltungen der Authentizität, bedingungslosen Wertschätzung und Empathie gefunden haben, diese jedoch nur als vorbereitende Beziehungsgestaltung, zur Herstellung eines Klimas oder Rapports, sozusagen als selbstverständlich-menschliche Voraussetzungen betrachten, auf denen dann aber erst die eigentliche therapeutische Arbeit aufzubauen habe. Für den personzentriert Arbeitenden ist die im Prozeß jeweils neu umzusetzende Verwirklichung dieser Grundhaltungen die Hilfe, die keiner Ergänzung durch spezifische, dem Experten vorbehaltene Methoden und Techniken bedarf. Das Expertentum besteht, wenn man schon will, gerade darin, auch gegen die Wünsche des Klienten, dem Versuch zu wehren, sich als Experte zu gebärden, das heißt, sich über Schwierigkeiten mit Techniken hinwegzuhelfen, statt sich ihnen als Personen zu stellen.

In seiner psychophysischen Präsenz – das meint die existentielle und un-mittel-bare Gegenwärtigkeit im

<sup>3</sup> Vor allem eklektischen und interventionsorientierten Richtungen wird vielleicht etwas fehlen.

<sup>4</sup> Im folgenden sind immer Frauen und Männer gemeint, der Lesbarkeit halber werden aber nicht immer beide Geschlechterendungen aufgeführt.

Sinne der Begegnungsphilosophie, das personale Mitsein, das zu einem Miteinandersein führt, nicht ein ideologisches oder pragmatisches Hier-und-Jetzt-Prinzip –, eröffnet derjenige, der eine personenzentrierte Beziehung anbietet, seinem Partner, sei es eine andere Person, sei es eine Gruppe, die Möglichkeit, das Augenmerk gleichfalls auf den fruchtbaren Augenblick und damit auf sich selbst und seine Beziehungen zu richten. Jeweils im Kairos (wie der rechte Augenblick nach dem griechischen Gott der günstigen Gelegenheit heißt, den es an seinem vorne dichten Haarschopf zu fassen galt, wenn er vorbeieilte – hinten war er kurz geschoren) kommt es darauf an, brachliegenden Potential zu ergreifen und die Gelegenheit „beim Schopf zu packen“.

### **Der Personzentrierte Ansatz respektiert das Individuum und versteht es aus seinem sozialen Umfeld**

Rogers nannte als Geburtstag gern den 11. Dezember 1940, wo er eine Vorlesung an der Universität Minnesota mit dem Titel „Neuere Konzepte der Psychotherapie“ gehalten hatte (Rogers 1940b), die auf großes Echo gestoßen war. Seit diesem Zeitpunkt seiner Begründung hat sich im Ansatz selbst und in seinem Umfeld, der Sozialpsychologie, vieles verändert und weiterentwickelt.

Carl Rogers hat uns aus der ersten Hälfte seines Wirkens eine gut ausgearbeitete Theorie hinterlassen (Rogers 1959a), selbst aber die späteren Entwicklungen nicht mehr so konzis und umfassend zusammengeschrieben wie die frühen – mit dem Effekt, daß diese viel weniger respektive später bekannt wurden und entsprechend der Personzentrierte Ansatz lange Zeit ein einseitig individualistisches Image hatte, was mitnichten zutrifft.

Rogers hat nämlich, besonders in der Folge seiner Erfahrungen mit psychiatrischen Patienten und seiner Erfahrungen in Encounter-Gruppen – aus psychotherapeutischer Perspektive zwei „Extremgruppen“, Hospitalisierte einerseits, die „Normalpopulation“ andererseits – seinen eigenen Ansatz noch signifikant fortgeführt, wenn nicht sogar im Hegelschen Sinn aufgehoben, also das Bisherige abgelöst, aber das Zentrale bewahrt und den Ansatz selbst bedeutsam weiterentwickelt. In dieser Zeit, ab der zweiten Hälfte der sechziger Jahre etwa, in der die soziale Dimension, die Präsenz in der Beziehung und schließlich das politische Moment an der Therapie und am Ansatz als ganzem ausgearbeitet wurden, wurde ohne Preisgabe der Einzigartigkeit des Individuums und des Fokus' auf dem Klienten, also ohne Verlust des *Klientenzentrierten* die Bedeutung der Person auch des Therapeuten beziehungsweise der Therapeutin, die Beziehung von Person zu Person, die Gruppe als Beziehungsfeld und das gesamte Umfeld dieser Beziehung theoretisch reflektiert und somit das *Personzentrierte* konzeptuell begründet.

Rogers hat dies nirgendwo mehr umfassend dargestellt. Es ist in einer Reihe von Artikeln und Interviews enthalten, und wer ihn persönlich kannte und erlebt hatte, zweifelte nicht an dieser umfassenderen Sicht. Rogers hat damit aber einen solchen Anstoß gegeben und uns einen immensen Nachlaß übergeben, daß eine konkrete Realisierung einer Reihe von Konsequenzen daraus immer noch aussteht. Nimmt man den Ansatz als einen „Ansatz“ ernst (und nicht als eine fertige Doktrin) und nimmt man die Implikationen ernst, die sich aus dem Verständnis des Menschen als Person in der Gesellschaft ergeben, vor allem auch aus den Erfahrungen der Personzentrierten Gruppenarbeit und Gruppenpsychotherapie, so drängen sich hinsichtlich Menschenbild und Praxis eine Fülle notwendiger und weitgehender Veränderungen im Sinne einer Fortentwicklung des Ansatzes auf.

Thesenartig seien einige dieser Herausforderungen für den Ansatz zusammengefaßt, ohne damit Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:

### **Herausforderungen für den Personzentrierten Ansatz als einen personalen Ansatz**

- Die Beziehungsangewiesenheit des Menschen und damit die *gleichwertige Beachtung der relationalen Dimension* und des interaktionellen Aspekts des Personwerdens *ebenso wie der substantiellen Dimension* und des individuellen Aspekts des Personseins muß konzeptualisiert werden. Ebenso wie es notwendig war, zunächst radikal das Nicht-Direktive zu betonen und damit die Einmaligkeit, die Würde und Freiheit der Person, ebenso ist es notwendig, das Vom-Anderen-her-Sein und Auf-den-Anderen-hin-Sein theoretisch und praktisch in den Blick zu nehmen. Damit ist unter anderem eine erweiterte Sicht menschlicher Motivation verbunden, dessen, was den Menschen bewegt und damit verändert, Motivation, die ebenso aus dem Inneren (der Aktualisierungstendenz des Organismus) wie von außen (aus der Beziehungsangewiesenheit, der Herausforderung und dem Aufgerufenheit durch den Anderen) kommt. Die Aktualisierungstendenz ist damit nicht mehr das einzige personzentrierte Axiom, die Relationalität tritt gleichberechtigt neben sie.
- Damit verbunden ist ein *Verständnis des Menschen ganz prinzipiell vom Anderen her*, womit der Andere nicht mehr ein Alter *ego*, sondern wahrhaftig ein anderer ist. Wie die Begegnungsphilosophie über Buber hinausgekommen ist und besonders mit Emmanuel Lévinas (1961; 1974; 1983) – einem für den Personzentrierten Ansatz noch nicht wirklich entdeckten, aber äußerst wichtigen Denker – einen Paradigmenwechsel vom Ich zum Du vollzogen hat und damit erst an die Schwelle des Wir getreten ist, so hat auch der Personzentrierte Ansatz ernst damit zu machen, was es be-

deutet, auf den Anruf eines notleidenden Menschen Ant-Wort zu geben, eine Ver-Antwortung, die in einer fundamentalen Ethik wurzelt.

- Damit bekommt alles psychosoziale, pädagogische, politische und pastorale Handeln *eine sozialetische Dimension*, welche aus den Kategorien Antwort und Verantwortung zu einem neuen Verständnis von Selbstverwirklichung führt, die nur in dem geschehen kann, was Lévinas „Diakonie“, genannt hat – ein Wort, das das Gleiche bedeutet wie „Therapie“, nämlich „Dienst“. In der zwischenmenschlichen Begegnung, die wir Therapie nennen, kommen wir, angesprochen und angerufen und damit zur Antwort aufgerufen, einer tiefen Verantwortung nach, einer Verpflichtung, nämlich der, vom Mitmenschen in die Pflicht genommen zu sein, jenen Dienst zu tun, den wir einander schulden, nicht mehr und nicht weniger als das, was mit dem oft mißbrauchten und dennoch unersetzbaren Wort „Liebe“<sup>5</sup> gemeint ist.<sup>6</sup>

Der bereits erwähnte aus Litauen stammende Emmanuel Lévinas, der seine ganze Familie im Holocaust verloren hat, wird nicht müde, darauf hinzuweisen, daß die gesamte abendländische Philosophie (und dann gilt das natürlich auch für die Psychologie als ihre „Tochter“ und die Psychotherapie als ihre „Enkelin“) inklusive ihrer sogenannten humanistischen Ausrichtung in diesem Jahrhundert „Egologie“ geblieben ist. Und in der Tat ist diese Fixierung auf das Ich in der Rede von den vielen Selbst-Begriffen der Humanistischen Psychologie deutlich zu finden und verweist trotz aller Positionierung gegen eine Objektivierung und Instrumentalisierung letztlich doch auf eine Reduzierung des anderen hin, nämlich darauf, was er für mich bedeutet. So klingt auch ein vertrauter Satz von Martin Buber (1923, 18) wie „Ich werde am Du“ plötzlich ganz anders: Immer noch geht's, auch hier, so der Verdacht, letztlich um mich. Dies läßt aber die Ideale der humanistischen Bewegung insgesamt in einem neuen Licht erscheinen. Und nach Lévinas gilt: „Was einst als Auszeichnung des Menschen erschienen war, der unbedingte Wille zur Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, hat sich als Ursache der Gewalt gegenüber

dem anderen Menschen erwiesen. Nicht die Behauptung des Ich muß zur Grundlage des ‚Humanismus des anderen Menschen‘ werden, sondern die Wahrnehmung des anderen. Diese Beziehung ist eine ethische und als solche ‚asymmetrisch‘. Der andere verpflichtet mich mehr, als ich ihn zu binden vermag. [...] Menschsein wird vom anderen her begründet und begründbar.“ (Waldschütz 1993)

Der Personzentrierte Ansatz als ein humanistisches Welt- und Menschenverständnis enthält nun eine Reihe ethischer Implikationen, die tatsächlich das Fundament dafür legen, über eine „Egologie“ hinaus kommen zu können. Sie harren freilich erst noch einer expliziten, systematischen Darstellung, der Ausformulierung und Weiterentwicklung für jeden einzelnen Bereich personzentrierten Handelns. Dabei kann es jedoch nicht darum gehen, eine Ethik aus der Anthropologie herzuleiten, sondern zu realisieren, daß personzentrierte Anthropologie immer schon vorgängig Ethik ist. Denn „Ethik ist persongemäßes Handeln“ (Keil 1992, 17). Traditionelle Ethik orientiert Handeln an Grundsätzen, die aus philosophischen Überlegungen abgeleitet werden. Eine an Erfahrung orientierte Philosophie aber, wie sie zweifellos dem Personzentrierten Ansatz entspricht, sieht aus der Erfahrung der Begegnung, die sie bis in die Wurzeln ernstnimmt, die Ethik als erste Philosophie. Besonders aus der personalen Begegnungserfahrung, dem Zuspruch und der Anrede des Anderen, ergibt sich ein Anspruch zur Antwort und zum Handeln im Kairos – und hier setzt personzentrierte Ethik an.

- *Eine personzentrierte Ethik ist eine dialogische Ethik.* Damit ist sie eine Ethik, die den Mitmenschen niemals zu einem Alter ego degradiert, sondern ihn als Appell und Provokation versteht. Der Mitmensch ist dabei prinzipiell der Andere, der mir Fremde, der mich staunen macht und dem ich mich gegenüber finde und – von Angesicht zu Angesicht, face to face – zu stellen habe, ihn weder vereinnahmend, noch zurückstoßend. „Einem Menschen begegnen, heißt von einem Rätsel wachgehalten werden“, formuliert es Lévinas (1959, 120). Die mir stets vorgängige Gegenwart des Anderen ist Aufforderung zur Antwort, der ich mich nicht entziehen kann, weil niemand an meiner Stelle antworten kann. Wir sind dem anderen verpflichtet, verantwortlich, Antwort schuldig. Dies begründet eine „Vorrangigkeit“ des Anderen. Daraus ergibt sich ein neues – nicht-individualistisches – Verständnis von Selbstverwirklichung als Verwirklichung in und aus den Beziehungen, in denen der einzelne lebt, welche nie ohne Verwirklichung des Anderen möglich ist.
- *Jedwede Hilfe ist prinzipiell als eine solche Antwort auf die Not des Anderen zu verstehen.* Die grundsätzlich vorgängig erfahrene Liebe in der Entwicklung eines

<sup>5</sup> Freilich muß dann auch genau dazu gesagt werden, was man darunter versteht, sonst ist die Gefahr von Mißverständnissen allzu groß (vgl. Schmid 1996a, 533–540; 1997f).

<sup>6</sup> Solche Ansätze zu einer personzentrierten Ethik stellen auch eine ganz wichtige Aufgabe in Hinblick auf eine ethische Grundlegung der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit dar, will man nicht bei einer unfundierten Kasuistik stehenbleiben und Ethik auf die moralische Einzeldiskussion, etwa in Hinblick auf Mißbrauch, reduzieren. Vgl. Schmid 1996a, 521–532.

Menschen von allem Anfang an (man denke nur an das „empfangene“ und in Beziehungen hineingeborene Kind), ist eine Anzahlung für die einzulösende Solidarität. In der Empathie wird unser Sprechen zum Zuspruch, unsere Sprache zur Für-Sprache, aus der Kommunikation wächst Kommunität, Gemeinschaft.

- *Psychotherapie ist entsprechend engagierter und solidarischer Dienst am Nächsten, „Diakonie“.* Ihr kommt, wie jeder psychosozialen Tätigkeit, ein diakonischer, das heißt ein radikaler Dienst-Charakter zu. Von der leidenden Person geht der Anspruch aus, dem die Verpflichtung der Verantwortung entspricht. Aus der Diakonie entsteht der Dialog, aus der Personzentrierung der Raum für personale Begegnung. Diese Verpflichtung auf den Anderen hin – man vergleiche dazu das viel zu wenig beachtete Commitment-Konzept von Binder und Binder (1981, 179–274) –, eine Verpflichtung, die aus der grundlegenden Angewiesenheit des Menschen auf seine Mit-Menschen entspringt, ist eine zum Handeln – auch im Gespräch – und nicht zum Reden, weshalb wir den Personzentrierten Ansatz als einen Handlungsansatz und nicht als einen bloß verbalen, höchst mißverständlich „Gesprächstherapie“ genannten Ansatz verstehen müssen.
- *Die Realisierung der beschriebenen Verantwortung geschieht konkret in der Beachtung der Gegenwärtigkeit als kairologischer Kategorie.* Diese Haltung, von Rogers gegen Ende seines Lebens thematisiert (z.B. Rogers 1986h), die eine bedingungsfreie Offenheit für die Beziehung und gegenüber der Person des Anderen im jeweils gegebenen Moment meint, erschließt für die personzentrierten Grundhaltungen eine weit über Einstellungen und Verhalten hinausgehende anthropologische Dimension: Die Haltung der Gegenwärtigkeit – Rogers hat sie „presence“ genannt – ist nicht etwas Zusätzliches, eine vierte Grundbedingung oder Variable, die hinzukäme, sondern sie hebt die drei auf, indem sie als Angelpunkt und Knotenpunkt auf die Trias der Grundhaltungen umfassend verweist und sie als Bedingungen für personale Begegnung deutlich werden läßt. Kairologisch ist diese Seinsweise, dieser „way of being with“, deshalb zu nennen, weil sie es versteht, sich auf den Kairos (Schmid 1994) als den fruchtbaren Augenblick der *Begegnung* einzulassen, die damit in neuer Weise als zentrale Kategorie des Ansatzes – der eben ein „Encounter“-Ansatz ist –, deutlich wird.
- Eine solche Haltung erfordert das selbstverständliche *Einbeziehen* kreativer Formen des Verstehens und Tuns, insbesondere *des Spiels und der Kunst*, in den Begriff von Therapie und in die konkrete Durchführung von Therapie und psychosozialer Arbeit *als Formen des Handelns*. Daraus aber folgt, daß der Ansatz wieder ernst nimmt, daß es ihm nicht um Machbarkeiten und Effekte oder um vorgegebene Ziele irgendwelcher Art geht (daß er nicht dazu eingesetzt wird, *um etwas zu erreichen*), sondern – im Sinne einer Aktualisierungstherapie – um kreative Spiel- und Freiräume, die sich auftun, wo Menschen offen, wertschätzend und einfühlsam *sind*, miteinander als Personen leben, spielerisch, neugierig, offen, wo sie sich ins Spiel bringen und aufs Spiel setzen, sich engagieren, riskieren und einander zumuten.
- So wird mit der ganzheitlichen Sicht des Menschen ernst gemacht. Und dazu zählt auch seine Leiblichkeit und das selbstverständliche, unspektakuläre *Einbeziehen des Körpers* in das Verständnis der Person und damit in die Praxis einer wahrhaft personalen Therapie, die weder den Körper „dazunimmt“ oder sich nun auf ihn statt auf die Psyche konzentriert oder ihn verwendet, *um mit dem Körper die Seele zu heilen*, ihn also instrumentalisiert (vgl. Schmid 1996b; 1997d). Mit all dem wird die Trennung von Leib und Seele erst recht festgeschrieben. Statt dessen geht es um eine Überwindung unserer unglücklichen abendländischen Trennung von Körper und Geist und der daraus entspringenden Trennung von Psychotherapie und Körpertherapie zu einer wahrhaftigen *anthropologischen Therapie*, wie sie der Sicht des Menschen als Person einzig zukommt.
- Nimmt man den Menschen als soziales Wesen ernst, so resultiert daraus eine *Neubewertung des Stellenwerts und der Indikation von Einzel- und Gruppentherapie*. Durch das Verständnis des Menschen prinzipiell in seinen sozialen Bezügen, als Person in der Gruppe, durch die Realisierung dessen, daß Konfliktbearbeitung am besten dort geschieht, wo die Konflikte ihren Ursprung genommen haben, nämlich in Gruppen, stellt sich die Frage, wieweit nicht die Gruppe das primäre therapeutische Feld ist und die Einzelbeziehung – als besondere und besonders geschützte Beziehung – erst dann indiziert ist, wenn eben besonderer Schutz angebracht ist oder andere spezielle Gründe gegeben sind. Es läßt sich nachweisen, daß der Personzentrierte Ansatz ein zutiefst sozialer und daher – entgegen dem Anschein der historischen Entwicklung – eigentlich ein Gruppenansatz ist (Schmid 1996a). Damit wird gleichzeitig in der Gruppe ein zentraler Aspekt der Zukunft des Ansatzes gesehen. So würde auch der „Pathologie“ der Überbetonung der Einzeltherapie in deutschsprachigen Ländern gegengesteuert, welche beispielsweise im Vergleich zum angloamerikanischen Raum gerade auch in der Ausbildung deutlich wird.
- Dies bedeutet auch die Notwendigkeit der *Erarbeitung einer Theorie des Verständnisses und einer Praxis des Umgangs mit Großgruppen und größeren Gemeinschaften*, die eine gesellschafts- und friedenspolitische

Dringlichkeit erster Ordnung darstellen. Hier wäre es eine Aufgabe, Carl Rogers' Engagement für den Frieden und die interkulturelle Verständigung fortzuführen.

- Der Ansatz enthält auch die Fundamente für eine theoretische und praktische *Neubewertung der* für das menschliche Zusammenleben hinsichtlich ihres Bedürfnisses nach Sicherheit und Intimität so wesentlichen *Begegnungsformen aggressiver und sexueller Natur und vor allem des Verständnisses von Macht* als Ermächtigung der Person. Denn darin, nicht Menschen ihre Macht zu geben, sondern sie ihnen niemals wegzunehmen und sie darin zu ermutigen, ihre Potenz zu realisieren und zu aktualisieren, liegt eine der revolutionärsten Implikationen der personenzentrierten Anthropologie.
- Dies erfordert *kreative Wege in Ausbildung und Forschung*, die eine Fülle neuer Möglichkeiten zu individueller Entwicklung im sozialen Kontext bieten. Auch wenn der Zug der Zeit in Richtung Krankenkassenanerkennung und Anpassung an traditionelle Störungs- und Krankheitskonzepte fährt und die Versuchung groß ist, dem Trend zur Verwaltung von konflikthaften Prozeßverläufen im Leben der Person als „Krankheiten“, für die man eben versichert ist, zu erliegen – ein personenzentrierter Ansatz sieht den Schwerpunkt im Erkennen der Chance einer „Störung“ als Krise und damit als Entscheidung, im Verstehen des Einmaligen und in einem auch die anderen und die Gesellschaft zur Veränderung herausfordernden Kairos, der Kreativität statt Klassifikation provoziert und erfordert.

### **Mehr Selbst- und Identitätsbewußtsein in der Öffentlichkeit**

Bevor die Konsequenzen aus diesen Thesen gezogen werden, sind noch einige Anmerkungen dazu angebracht, wie diejenigen, die nach diesem Ansatz arbeiten, selbst zu ihm stehen, mit ihm umgehen und ihn vertreten.

- Sieht man sich die aktuelle Lage an, so muß man feststellen, daß es (zum Teil erschreckend) *an Vertrauen in den eigenen Ansatz mangelt*, an Sicherheit und Selbstbewußtsein – was sich in „Fremdanleihen“ und unter anderem eben auch in der Verwendung und Propagierung eklektischer und sogenannter methodenkombinierender Vorgangsweisen zeigt. Immer noch ist eine Art „Minderwertigkeitskomplex“ unter personenzentrierten Therapeuten zu bemerken, dergestalt, daß sie meinen, sie seien „nur“ personenzentriert. Wenn man im Gegensatz dazu sieht, daß andere Ansätze, vor allem auch die psychoanalytischen, zu Positionen kommen, die der Personenzentrierte Ansatz schon lange prominent vertritt, so wäre vielmehr angebracht, sich der eigenen

Pionierrolle hier bewußt zu werden und das durchaus auch öffentlich zu sagen.

- Auch wenn der Ansatz als primitiv, oberflächlich und leichtgläubig wahrgenommen wird, als „nur reden“ oder als „dünn in der Theorie“, sind seine Vertreter zum Teil selbst schuld. Warum wird die Tatsache, daß der Ansatz keine unverständliche, geheimnisvoll klingende Fachsprache, keinen „sophisticated jargon“, sondern eine erfahrungsnahe Sprache gebraucht, nicht als Stärke statt als Schwäche gesehen? Ebenso, daß er keine fertigen Antworten auf viele Fragen liefert? Und daß er zu einem guten Teil den gegenwärtigen Trends und Wertvorstellungen, etwa dem technisch-rationalen Denken, zuwider läuft – all das muß als Stärke und nicht als Schwäche gesehen werden. Vor allem aber erscheint es notwendig, das wesentliche Konzept, daß der Ansatz ein Nicht-Konzept ist, deutlich zu machen und zu explizieren.
- Daraus folgt, daß es auch eine Frage der Selbstpräsentation und der „Vermarktung“ ist, wie der Ansatz gesehen wird und wie einflußreich er ist. Das reicht von der Notwendigkeit, dem Stereotyp des passiven, spiegelnden Therapeuten entgegenzutreten, indem deutlich gemacht wird, daß die Verbindung zwischen „aktiv“ und „technikorientiert“ falsch ist, daß seine Stärke in der „Hebammenqualität“ liegt, in seinem zugleich präsenten und aktiven wie auch behutsamen und nicht-beherrschenden Vorgehen, bis zum Aufzeigen des Faktums, daß er in der aktuellen Praxis sehr wohl in hohem Maße präsent ist, und der Ansatz damit eine bedeutende Funktion für die psychotherapeutische Versorgung insgesamt hat. Vielfach ist Personenzentrierte Therapie landesweit die meist angewandte. Carl Rogers selbst hat sich sehr viel angetan, um den Ansatz verständlich und unmißverständlich zu präsentieren. Er hat der Kommunikation dessen, was ihm wichtig war, große Bedeutung beigemessen. Man denke nur an seine vielen Publikationen, an die Filme, Videos, Tonbänder und Reisen. Die gegenwärtige Öffentlichkeitsarbeit nimmt sich dagegen sehr mager aus. Die Vertreter des Ansatzes sind in der scientific community, in schulübergreifenden Fachzeitschriften, auch politisch und in den Medien schlicht zu wenig präsent.
- Es fehlt nicht zuletzt an identitätsstiftenden Einrichtungen. Dazu gehören beispielsweise der eindeutige Name und das Fehlen einer internationalen Zeitschrift. In einer pluralistischen, demokratischen Gesellschaft bedarf es der entsprechenden Institutionen für die Kommunikation im Innern wie nach außen und für die Geltendmachung des Einflusses. Es liegt an den Mitgliedern, darauf zu achten, daß der soeben gegründete weltweite Dachverband seiner fördernden und unter-

stützenden Aufgabe nachkommt und nicht zu einer bürokratischen oder rigiden Organisation wird.

Als Fazit läßt sich festhalten: Die gegenwärtige „Flaute“ in der Popularität des Ansatzes muß als Herausforderung an die Kreativität wahrgenommen werden.

### **Der Personzentrierte Ansatz als Kulturphilosophie braucht neue Forschungsansätze und Theorieentwicklung**

Aus all den zuvor genannten Grundsatzüberlegungen ergibt sich – getreu der eigenen Tradition – die Notwendigkeit zu einer theoretischen und praktischen Neuorientierung. Schon mit der Hinwendung zur Encounter-Gruppe und damit der Abwendung von einem ausschließlich Klienten-zentrierten Ansatz, was nicht wenige Kritiker (z.B. Swildens 1992; vgl. van Belle 1990) Carl Rogers vorwerfen, ist ein qualitativer Schritt erfolgt, dessen Folgen auf die Therapie zurückwirken. Diesen Schritt gilt es, konsequent fortzuführen.

Wichtige Impulse für eine personzentrierte Theorie kommen heute aus Bereichen jenseits der Einzelpsychotherapie. John Wood (1994a, 31) beispielsweise meint, durch leiterlose Großgruppen etwa sei der Beweis erbracht, daß die Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie für den Personzentrierten Ansatz nicht ausreicht. Dort kann es ja nicht durch den Facilitator sein, daß ein Klima für konstruktive Persönlichkeitsentwicklungen entsteht. Trotzdem gibt es ganz klare Parallelen zu geleiteten Personzentrierten Gruppen. Daß förderliche Haltungen durch verschiedene Personen zweifellos einen Faktor darstellen, läßt sich nicht leugnen. Doch Wood ist überzeugt, daß es darüber hinaus eine Reihe weiterer Faktoren aus der Umwelt, der Kultur usw. gibt, die in einer auf das Unerwartete statt auf die Bestätigung von Erwartetem ausgerichteten Forschung erst noch herauszufinden wären. Denn es gilt, die Fähigkeit wiederzuerlernen, sich überraschen zu lassen: „Eines seiner bestgehüteten Geheimnisse ist, daß der Personzentrierte Ansatz am besten zu funktionieren scheint, wo konventionelle Methoden (inklusive der Anwendung der Prinzipien klientenzentrierter Therapie) versagt haben.“ (Ders. 1994b, 6).

Und da wir Menschen immer Mitglieder aller möglichen Gruppen sind, könnte die Erforschung dieser Phänomene für die Menschheit insgesamt von Bedeutung sein. Der Ansatz, längst schon nicht mehr nur Psychotherapie, sondern mit einem umfassenden Anspruch eine Kulturphilosophie, wie ihn auch die Psychoanalyse hat, ist also zu nicht mehr und nicht weniger herausgerufen als zum Verstehen der *conditio humana*, des Menschseins überhaupt

– wozu im übrigen auch das Aufgreifen ökologischer Fragestellungen wichtig ist.<sup>7</sup>

### **Eine dialogische und soziale Therapie, ein kreativer, flexibler und kairologischer Ansatz**

In all dem kündigt sich offenbar so etwas wie ein Paradigmenwechsel innerhalb des Ansatzes an, und der Personzentrierte Ansatz könnte vor einer Wende seines Selbstverständnis stehen. Denn er bedarf, nimmt man das ihm zugrunde liegende Menschenbild ernst, der Weiterentwicklung zu einem wahrhaft dialogischen und sozialen Ansatz (auch in der Psychotherapie), wie dies unter anderem auch aus dem Anspruch der Anthropologie schon Kierkegaards und Bubers, aber noch mehr Lévinas' hervorgeht.

Wenn es dem Personzentrierten Ansatz gelingt, die traditionelle Sicht des Menschen als Individuum und die individuumszentrierte Sicht der Gruppe zu überwinden, die Spannung auszuhalten, die es bedeutet, den Menschen als „je einmalige Person in der Gruppe“ zu sehen und die Balance herzustellen zwischen Beziehung und Selbstand, wie dies im Personbegriff oder im Verständnis der Encounter-Gruppe als Lernort für Solidarität wie Autonomie begründet ist, dann kann eine bedeutsame Weiterentwicklung in zweifacher Hinsicht Platz greifen:

*Dann wird zum einen – quasi als konsequente Weiterführung der Buberschen Anthropologie und damit dessen, was bereits Buber am Ansatz kritisiert hatte – mit dem Paradigmenwechsel vom ausschließlich Klienten-Zentrierten zum Zwischenmenschlichen ernst gemacht, dann wird die personale Begegnung als zentraler Bezugspunkt für die personzentrierte Beziehung angesehen.*

*Dann wird aber auch zweitens in Anbetracht der skizzierten ethisch fundierten Anthropologie der Schritt vom Individuum zur Person, von der Beziehung zur Begegnung als Schritt von der Sicht der personzentrierten Beziehung als Ich-Du-Beziehung zu einer Sicht als Wir-Beziehung und damit letztlich auch zu einer sozialen Therapie getan. Dann ist das Ich nicht mehr nur dort, wo es ein vorgängiges Du gibt, dann ist das Ich vielmehr Antwort auf ein Wir.*

Dann wird der Personzentrierte Ansatz zu einem wahrhaft personalen, wahrhaft dialogischen und anthropologischen Ansatz und Personzentrierte Therapie zu dialogischer, personaler, anthropologischer Therapie. Die personzentrierte Beziehung ist demnach als ein Geschehen zu

<sup>7</sup> Solche Ansätze zu einer personzentrierten Ethik stellen auch eine ganz wichtige Aufgabe in Hinblick auf eine ethische Grundlegung der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit dar, will man nicht bei einer unfundierten Kasuistik stehenbleiben und Ethik auf die moralische Einzeldiskussion, etwa in Hinblick auf Mißbrauch, reduzieren. Vgl. Schmid 1996a, 521–532.

verstehen, in dem Spontaneität und Kreativität ein großer Stellenwert eingeräumt wird und in dem beide, Klient(en) wie Therapeut(en), in einem Entwicklungsprozess sind, um zu personaler Begegnung zu gelangen.

Damit wird der Ansatz aber auch konsequent als sozialer Ansatz gesehen, bekommt die Soziotherapie neben der Psychotherapie einen Stellenwert im Rahmen eines umfassenden therapeutischen Verständnisses, das auch die Gemeinschaften, in denen der Mensch lebt, miteinbezieht, und somit eine politische Bedeutung.

Der Personzentrierte Ansatz soll aber auch keineswegs umgekehrt einseitig werden und den einzelnen übersehen beziehungsweise die Betonung der Würde und der Fähigkeiten des Individuums geringachten. Er lebt aus der Spannung zwischen Wir und Ich, Gruppe und Person, Relationalität und Substantialität, Begegnung und Selbstreflexion, also von der dialektischen Zusammengehörigkeit von kommunikativer Bezogenheit und individuellem Wachstum. Die Klammer bleibt das Verständnis der Person in ihrer Individualität wie in ihrer Relationalität. Und deshalb gilt unverändert, was Carl Rogers (1989d, 106) noch gegen Ende seines Lebens betont hat: „Ich stehe dazu, die Person über alles andere zu stellen.“

### **Personzentriert handeln heißt kairologisch handeln aus der Betroffenheit der Begegnung**

„Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ Nimmt man dies ernst, so bildet die Erfahrung des anderen als eines Anderen eine fundamentale Dimension des personzentrierten Menschenbildes, meilenweit entfernt von jedem einseitig individualistischen Selbstverwirklichungsdenken (vgl. Schmid 1997g). Bei aller Inflation, der die Begriffe „Begegnung“ und „Encounter“ im allgemeinen und im Personzentrierten Ansatz im besonderen unterliegen, muß festgehalten werden, daß das wesentliche Element der Begegnung darin besteht, daß der Mensch mit einer Wirklichkeit zusammentrifft, die ihn erschüttert. Begegnung ist nicht nur einfach eine Erfahrung, sie ist ein Widerfahrnis, die dem Betroffenen etwas entgegensetzt. In der Begeg(e)nung geschieht wesentlich anderes als ein idealistisches und subjektivistisches Verständnis von (ausschließlich innerer) Entwicklung nahelegt, von einer Entwicklung oder Verwirklichung, die sich ganz aus eigenem ergibt. Es ist vielmehr ein Fremdes, ein Anderes beziehungsweise ein Anderer, eine andere Wirklichkeit, die auf meine trifft und die mich trifft. Das macht die existentielle Dimension und Unausweichlichkeit sowie den Unbedingtheitsanspruch der Begegnung aus.

Personzentriertes Arbeiten geschieht aus der Betroffenheit der Begegnung und versucht seinerseits, einen Raum für Begegnung zu schaffen. Es ist als ein Tun, das sich vom Anderen her begreift (und in diesem Sinne ist es

ganz „klientenzentriert“), damit die Konsequenz aus einem Selbstverständnis menschlicher Existenz, das sich der Begegnung stellt, weil es sich von ihr her versteht. Erst dort, wo sich die Person diesem jeweiligen Anderen aussetzt, kann sie mit ihm in Dialog treten, vielmehr: ist sie aufgerufen dazu.

Aus der Begegnung heraus ergibt sich – je nach dem Phänomen, dem ich begegne, beziehungsweise der Person, der ich begegne – somit die konkrete Handlung. Es gilt daher nicht, vorgängig erstellte Prinzipien anzuwenden, sondern sich in je neuen Lebenssituationen aus der kairologischen Grundhaltung der Gegenwärtigkeit und Begegnung heraus auf neue Erfahrungen einzulassen und auf sie authentisch zu antworten – also stets aufs neue aus einer Kultur der Begegnung zu leben.

### **Zu einem Grundkonsens jenseits der Schulen**

Mit einer solchen Weiterentwicklung des Ansatzes könnte ein Schritt gesetzt werden, ganz im Sinne der Intention von Carl Rogers, in die Richtung, eine Grundorientierung<sup>8</sup> zu suchen, ohne die Eigenständigkeit aufzugeben. (Eine solche Weiterentwicklung läßt natürlich in keiner Weise eine sorgfältige theoretische und praktische Bildung überflüssig werden; im Gegenteil: erst entsprechend qualifiziert ausgebildet, ist es möglich, auch in schwierigen Situationen als Person zu handeln.) Dabei geht es um einen Grundkonsens jenseits der einzelnen Schulen, die einer dialogischen Auffassung von Therapie und Gruppenarbeit verpflichtet sind, weil sie den Paradigmenwechsel von der Behandlung, Betreuung und Beratung zur Begegnung vollziehen und damit sowohl solche Modelle, die dem individualistischen Selbst, wie solche, die ausschließlich einem nur systemischen Ansatz verschrieben sind, transzendiert haben. Ist dieser Schritt wahrhaft vollzogen, geht es nicht mehr um Schulen, sondern darum, Therapie und Gruppenarbeit tatsächlich als Dialog zu verstehen und zu praktizieren. Oder etwas provokanter formuliert: Der Personzentrierte Ansatz muß selbst vorantreiben, daß er überflüssig wird, ganz wie dies ein guter Therapeut tun muß.

Bis dahin allerdings bleibt noch einiges zu tun.

„Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ Solche wache, anderen und sich selbst nachspürende Menschen werden es sein, die – um die Metapher des Anfangs noch einmal aufzugreifen – den Personzentrierten Ansatz als ein Schiff erscheinen lassen, das „mit voller Fahrt voraus“ den sicheren Hafen verläßt, in dem es Ruhm und Ansehen genossen, aber dabei auch langsam Rost angesetzt hat, und erneut in See sticht.

## Literatur:

- Binder, Ute / Binder Johannes (1981), Die klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen, Frankfurt/M. (Fachbuchhandlung für Psychologie) <sup>2</sup>1981
- Buber, Martin (1923), Ich und Du, in: Dialogisches Leben, Zürich 1923; zit. n. d. Ausg. Heidelberg (Lambert Schneider) <sup>8</sup>1974
- Fietkau, Hans-Joachim (1988), Von Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Erfordernissen personenorientierter Politikberatung am Beispiel der Umweltpolitik, in: GwG (Hg.) Orientierung an der Person. Bd. II: Jenseits von Psychotherapie, Köln (GwG) 1988, 266–272
- Fietkau, Hans-Joachim / Kessel, H. (1981) (Hg.), Umweltlernen, Königstein/Taunus 1981
- Frenzel, Peter / Schmid, Peter F. (1996), Von der Herausforderung, die eigene Power zu gebrauchen... Bericht über ein Treffen personenzentrierter Wissenschaftler, Bad Hall, Juli 1996, in: apg-kontakte 2 (1996) 37–54
- IAPCT 1996 (International Association for Person-Centered Therapy. An Association for the Science and Practice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling): From Participants at a Person-Centered Meeting at Bad Hall, Austria, July 1996, in: apg-kontakte 2 (1996) 55–57; s.a. in: Person-zentriert; Brennpunkt; GwG-Zeitschrift u.a.
- Keil, Wolfgang W. (1992), Grundlagen der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: Personzentriert 2 (1992) 9–33
- Lévinas, Emmanuel (1959), Der Untergang der Vorstellung, in: ders. 1983, 120–139; orig. in: Husserl 1859–1959. Recueil commémoratif publié à l'occasion du centenaire du philosophe, (Phaenomenologica VI), Den Haag (Nijhoff) 1959
- (1961), Totalité et infini. Essai sur l'extériorité, Den Haag (Nijhoff) 1961, <sup>7</sup>1980; dt.: Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität, Freiburg (Alber) 1987
  - (1974), Autrement qu'être ou au delà de l'essence, Den Haag (Nijhoff) 1974, <sup>2</sup>1978; dt.: Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht, Freiburg (Alber) 1992
  - (1983), Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie, Freiburg (Alber) 1983, <sup>3</sup>1992
- Pfeiffer, Wolfgang (1992), Gesundheitsförderung, Vorsorge und Begleitung im Rahmen der Sozialarbeit, in: Straumann, Ursula (Hg.), Beratung und Krisenintervention. Materialien zu theoretischem Wissen und interdisziplinärem Bezug, Köln (GwG) 1992, 84–99
- Preuß, Sigrun (1990), Umweltkrise und personenzentrierter Ansatz, in: Deter, Detlev / Straumann, Ursula (Hg.), Personenzentriert Verstehen, Gesellschaftsbezogen Denken, Verantwortlich Handeln. Theorie, Methodik und Umsetzung in die psychosoziale Praxis, Köln (GwG) 1990, 85–104
- Rogers, Carl R. (1940b), Some newer concepts of psychotherapy, (Manuskript) 1940; dt.: Einige neuere Konzepte der Psychotherapie, in: Stipsits/Hutterer 1992, 15–38
- (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21,2 (1957) 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers/Schmid 1991, 165–184
  - (1959a) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Hg.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, <sup>2</sup>1989
  - (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett) 1973
  - (1970a), On encounter groups, New York (Harper & Row) 1970; dt.: Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung, München (Kindler) 1974
  - (1980a), A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 1980; dt. (teilweise): Der neue Mensch, Stuttgart (Klett) 1981
  - (1986h), A client-centered / person-centered approach to therapy, in: Kutash, I. L. / Wolf, A. (Hg.), Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times, San Francisco (Jossey-Bass) 1986, 197–208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers/Schmid 1991, 238–256
  - (1989d), An interview with Carl Rogers, by David Ryback, in: Person-Centered Review 4,1 (1989) 99–112
- Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (1991), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2. erw. Aufl. 1995
- Rogers, Carl R. / Wood, John Keith (1974), The changing theory of client-centered therapy, in: Burton, Arthur (Hg.), Operational theories of personality, New York (Brunner/Mazel) 1974, 211–258; dt.: Klientenzentrierte Theorie, in: ders., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977(b), 113–141
- Schmid, Peter F. (1989), Personale Begegnung. Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge, Würzburg (Echter) 1989; 2., erw. und aktual. Aufl. 1995
- (1991), Souveränität und Engagement. Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“, in: Rogers/Schmid 1991, 15–164; 2., erw. und aktual. Aufl. 1995
  - (1994), Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1994
  - (1995), „Konkurrenz und Solidarität“. Der Personenzentrierte Ansatz in Österreich und Europa. Inhaltliche und politische Überlegungen im Anschluß an den Europäischen Kongreß in Aachen und die Entwicklungen der letzten Zeit, Vortrag, Wien 4. 10. 1995
  - (1996a), Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann) 1996
  - (1996b), Körper-orientiert oder Person-orientiert? Aspekte zur Inkompatibilität körpertherapeutischer und systematisch-übender Verfahren mit dem personenzentrierten Ansatz, in: apg-kontakte 3 (1996) 5–41
  - (1997a), Personenzentrierte Supervision. Berufliche Entwicklung durch Begegnung, in: Luif, Ingeborg (Hg.), Supervision, Wien (Orac) 1997, 175–188

<sup>8</sup> Vgl. dazu auch van Kalmthout 1997.



- (1997b), Vom Individuum zur Person. Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zur Entwicklung des Person-zentrierten Ansatzes, erscheint in: Psychotherapie Forum 1997/98
- (1997c), Begegnung von Person zu Person. Zum Beziehungsverständnis in der personzentrierten Psychotherapie, erscheint in: Psychotherapie Forum 1997/98
- (1997d) „Mit dem Körper die Seele heilen?“ Der Personzentrierte Ansatz im Gespräch mit der Körpertherapie, in: Korunka, Christian (Hg.), Begegnungen. Psychotherapeutische Schulen im Gespräch. Dialoge der Person-Centered Association in Austria (PCA), Wien (WUV) 1997
- (1997e), „Encountering a human being means to be kept awake by an enigma.“ (E. Lévinas). Prospects on further developments in the Person-Centered Approach, Vortrag IVth ICCCEP, Lissabon (Manuskript) 1997
- (1997f), Person-Centered Psychotherapy – State of the art. Invited plenary address, IVth ICCCEP, Lissabon (Manuskript) 1997, erscheint in: Brennpunkt 73 (1997)
- (1997g), Heil(ig)werden durch Selbstverwirklichung? Seelsorge als Herausforderung, in: Theologisch-Praktische Quartalschrift 3 (1997) 256–268
- (1998a), „On becoming a *person-centred* approach“. A person-centred understanding of the person, in: Thorne, Brian / Lambers, Elke, Person-Centred Therapy. European perspectives, London (Sage) 1998
- (1998b), „Face to face“. The art of encounter, in: Thorne/Lambers, a. a. O.
- (1998c), Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie – Beiträge zu einer Theologie der Gruppe, Bd. III, Stuttgart (Kohlhammer) 1998
- Stipsits, Reinhold / Hutterer, Robert (Hg.), Perspektiven Roge-rianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen, Wien (WUV-Universitätsverlag) 1992
- Swildens, Hans (1992), Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe, in: Stipsits/Hutterer 1992, 54–70
- van Belle, Harry A. (1990), Rogers' later move toward mysticism: Implications for client-centered therapy, in: Lietaer, Germain / Rombauts, Jan / van Balen, Richard (Hg.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties, Löwen (Leuven University Press) 1990, 47–57
- van Kalmthout, Martin (1997), Person-oriented psychotherapy. Toward integration of insight-oriented, experiential, client-centered, person-centered, interpersonal and existential therapies, Vortrag IVth ICCCEP, Lissabon (Manuskript) 1997
- Waldschütz, Erwin (1993), Was ist „Personalismus“?, in: Die Presse, Spectrum, v. 24. 12. 1993, XII
- Wood, John K. (1994a), A rehearsal for understanding the phenomenon of group, in: Person-Centered Journal 1,3 (1994) 18–32
- (1994b), From the person-centered approach to client-centered therapy. Towards a psychology, keynote address IIIrd ICCCEP, revised version, Jaguariúna (Manuskript) 1994; vgl.: The person-centered approach. Towards an understanding of its implications, in: Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (Hg.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt/M. (1996), 163–181

#### Biographie:

*Peter F. Schmid, geb. 1950, Univ. Doz. Prof. Mag. Dr., Dozent an der Karl-Franzens-Universität Graz, Gastprofessor an der Hochschule St. Gabriel b. Wien, Psychotherapeut, Supervisor, Praktischer Theologe und Pastoralpsychologe; Mitbegründer des tas (der 1. personzentrierten Bildungsinstitution in Österreich, 1970), der APG (1979) und der Person-Centered Association in Austria (PCA, 1994). Lehrtätigkeit an Hochschulen in Österreich und Deutschland, Autor mehrerer Bücher zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes, Psychotherapie- und Supervisionsausbilder im Institut für Personzentrierte Studien (IPS) der APG in Wien und Leiter eines Lehrgangs zur Integration von Körperarbeit in den Personzentrierten Ansatz.*

Christine Butterfield-Meisel / Boglarka Hadinger / Wolfgang W. Keil / Wolfram Kurz / Felix de Mendelssohn / Peter F. Schmid / Marianne Schwager-Scheinost

## Dialog der Schulen: Ähnlichkeiten und Differenzen Podiumsdiskussion im Rahmen des Weltkongresses für Psychotherapie 1996

### Abstract:

*Bei diesem Gespräch, das wegen des enormen Publikumsinteresse in einem überfüllten Saal stattfand, kamen einzelne zentrale Bereiche der Psychotherapie und ihr Verständnis in der psychoanalytischen Psychotherapie, der Logotherapie und der Klienten-/Personzentrierten Therapie zur Sprache – darunter besonders die unter den Keywords genannten Themen. Selbstverständlich mußten in einem solchen Rahmen sowohl die Themen wie deren Behandlung fragmentarisch bleiben.*

*Wie bei solchen Gesprächen öfter, erwies es sich als schwierig, über den eigenen Jargon hinaus echte Verständigung über Inhalte zu erzielen. Nicht zuletzt war es dem Publikum zu danken, daß einzelne Themen systematischer behandelt wurden. Bei allen Differenzen, etwa hinsichtlich des Stellenwerts des Unbewußten, stellten sich eine Reihe von Ähnlichkeiten bzw. Gemeinsamkeiten heraus, besonders hinsichtlich der Bedeutung der Beziehung. Freilich zeigten sich gerade auch da noch gravierende Unterschiede, etwa im Selbstverständnis des Therapeuten bzw. der Therapeutin.<sup>1</sup>*

**Keywords:** *Schulendiskurs, Selbstverständnis, Menschenbild, Beziehungsgestaltung, Unbewußtes, Indikation, Therapieziele, Forschung.*

### Was ist das Spezielle der jeweiligen Methode?

*Butterfield-Meisel:* Ich möchte Sie begrüßen bei der Podiumsdiskussion zwischen Vertretern psychoanalytischer Psychotherapie, klientenzentrierter Psychotherapie nach Rogers und Logotherapie und Existenzanalyse zum Thema „Ähnlichkeiten und Differenzen“, drei Schulen, die die Sprache als therapeutisches Medium verbindet, und Sie bitten, in einem kurzen Eingangsstatement etwas über Ihre Methode zu sagen, wie Sie Ihre Methode verstehen, was dabei wichtig ist, was das Spezielle der jeweiligen Methode ist.

auch seine unbewußten Gefühle zur Sprache bringen kann. Dieser Raum hat aber auch die Bedeutung, ein Behälter zu sein für die Wiedergestaltung, für das Wiederbeleben seiner frühkindlichen Beziehungserfahrungen und ihrer Konflikte, der bewußten, vor allem aber der unbewußten.

Damit dieser Raum diese Funktion erfüllen kann, sind einige Elemente von besonderer Bedeutung: Das erste Element, das man generell mit Psychoanalyse in Ver-

### Psychoanalyse: Einen Raum für das Unbewußte schaffen

*Schwager-Scheinost:* Vielleicht kann ich den Anfang so machen, daß ich meine ganz persönliche Erfahrung Ihnen mitteile: Psychoanalytisch arbeiten, heißt in meinem Verständnis, einen Raum zu schaffen, zwischen dem Patienten und mir, dem Therapeuten, und zwar dafür, daß der Patient damit seine bewußten wie

<sup>1</sup> Gekürztes Transkript einer Aufzeichnung vom Wiener Kongreß des World Council of Psychotherapy (WCP) „The World of Psychotherapy“ vom 30. Juni bis 4. Juli 1996 im Austria Center Vienna. *Transkript: Jochen Sauer; Bearbeitung: Peter F. Schmid.* – Leider konnte das Transkript nur auf der Basis der vorliegenden, bereits erheblich gekürzten Aufnahme erstellt werden, woraus sich u.a. das Fehlen mancher Passagen erklärt, zu denen später Querbezüge folgen. – Erschienen als Video: „Ein Film von Norbert Böhmer, Ludger Lampen und Ulla Ahlefeld; eine Produktion der video-cooperative ruhr in Zusammenarbeit mit dem World Council for Psychotherapy, Wien“.

bindung bringt, ist das Schweigen, also daß der analytische Therapeut einmal nicht spricht, daß er seine Gedanken, seine Eindrücke zurückbehält, um zu hören, um sich einzustellen auf das, was der Patient gestaltet. In einem weiteren Schritt heißt das Schweigen auch, sich offen zu halten für jede Entwicklung, für jede neue, unbekannte Äußerung, die in dieser Situation von besonderer Bedeutung entsteht. Es gibt so eine Art Aufforderung von Bion, die man so zusammenfassen könnte, daß man in jede Stunde wie ein leeres Blatt gehen soll, mit keiner Zielvorstellung, mit keiner Absicht. Und sich einlassen und hineinziehen lassen soll vom Patienten in die Geschichte, in die Inszenierung seines Konflikts. Damit der Analytiker aber in diesem Einbezogenwerden nicht untergeht, ist es notwendig, daß er spricht, daß er klärt, daß er deutet. Das kann aber nur in einer fruchtbaren Art und Weise geschehen, wenn er versteht, welche Rolle er in welchem Spiel übernommen hat und ihm zugeschrieben wird. Die Ebene nicht zu erkennen, auf der der Patient seinen Therapeuten wahrnimmt, als was er ihn sieht, als welche Person in seinem Übertragungsmuster, davon hängt es ab, ob das, was der Analytiker sagen kann zur Situation, zum Konflikt des Patienten fruchtbar ist, etwas ist, was Veränderung bringt und Entlastung von psychischem Schmerz.

### **Logotherapie: Suche nach Sinn durch das existenzanalytische Gespräch**

*Kurz:* Ich stelle Ihnen in ganz kurzen Zügen die Logotherapie vor. Zunächst mal haben die Logotherapeuten immer ein ganz großes Bedürfnis, nämlich nicht mit den Logopäden verwechselt zu werden. Logotherapie heißt soviel wie sinnzentrierte oder sinnorientierte Therapie. Therapie auf der Suche nach Sinn, so könnte man umschreiben. Die Logotherapie geht zurück auf Viktor Emil Frankl. Er hat etwas entdeckt, was sicherlich wichtig ist im Rahmen der mitteleuropäischen Gesellschaft, aber auch der amerikanischen und angelsächsischen Gesellschaft: Er hat entdeckt, daß unglaublich viele Menschen an der Sinnfrustration leiden, und er hat seine Logotherapie entwickelt in der Auseinandersetzung mit der Tiefenpsychologie, vor allem in der Auseinandersetzung mit Sigmund Freud. Wenn Sie Frankl heute fragen würden, wer ist der Mensch im Gesichtspunkt seines Wesens, wer ist er also, philosophisch gesprochen, existentiell, dann würde er sagen, er ist durch den Willen zum Sinn gekennzeichnet. Existentiell nicht durch den Willen zur Lust – das war das große Thema Sigmund Freuds, existentiell nicht durch den Willen zur Macht – das war das große Thema Alfred Adlers, des Begründers der In-

dividualpsychologie, sondern unter dem Gesichtspunkt seiner Existentialität – durch den Willen zum Sinn.

Und er hat nun entdeckt, daß es unglaublich viele Menschen gibt, die in eine bestimmte Mißbefindlichkeit hineingeraten und hineingeraten sind, nämlich in die Mißbefindlichkeit, die er existentielle Frustration bzw. existentielles Vakuum nennt. Diese Mißbefindlichkeit ist ihm zufolge durchaus nicht ein pathologisches Phänomen. Sie alle kennen diese Situation, Sie geraten in das berühmte Loch, Sie werden unlustig, Sie haben das Gefühl, mein eigenes Leben ist nichts mehr wert, ich fühle mich im Hinblick auf mein eigenes Leben als nichts mehr wert, ich bin niedergeschlagen, arbeitsunfähig. Und nun ist entscheidend, daß man dieses Signal auffängt und eben wieder so etwas zu gewinnen sucht wie eine lebensthematische, sinnorientierte oder sinnzentrierte Mitte. Bei einer entsprechenden psychophysischen Disposition können nun Menschen, die länger in diesem Sinnvakuum herumtreiben in das Hineingleiten, was Frankl in seiner Sprache noogene Neurose – also Neurose ausgelöst durch Sinndefizite – nennt.

Die Logotherapie hat eine Reihe von Methoden entwickelt, aber im Zentrum steht das existenzanalytische Gespräch. Das bedeutet nicht, daß Existenz analysiert wird im Sinne der Psychoanalyse, sondern das existenzanalytische oder auch logoheuristische, sinnsucherische Gespräch ist so angelegt, daß der Mensch wieder sehr präzise im Blick auf die Situation, die er zu bewältigen hat, und im Blick auf die Person, die er ist, seine Sinnmöglichkeiten, seine ureigensten Sinnmöglichkeiten, wie Frankl sagt, in personaler Exklusivität entdecken kann und realisieren kann. Im Hintergrund der Logotherapie, wenn ich das noch anfügen darf, steht eine bestimmte Philosophie. Das zeichnet diese Schule aus, daß sie philosophisch fundiert ist, nämlich die sogenannte materielle Werteidee Schelers bzw. Nikolai Hartmanns.

### **Personzentrierte Therapie: Freisetzung von Potential durch eine existentielle Begegnung von Person zu Person**

*Butterfield-Meisel:* Dr. Schmid für Gesprächstherapie, bitte.

*Schmid:* Ja, damit fängt das Problem schon an. Wir Klientenzentrierte oder Personzentrierte Therapeuten haben es nicht so gern, Gesprächstherapeuten genannt zu werden. Insofern gibt's auch eine gewisse Einschränkung zu der Einleitung, wo Sie gesagt haben, uns verbinde die Sprache als therapeutisches Medium. Das gilt selbstverständlich, wenn man Gespräch und Sprache nicht ausschließlich im verbalen Sinne ver-

steht; aber in der Umgangssprache, in der auch das Wort „Gesprächstherapie“ sehr beheimatet ist, versteht man's meistens im verbalen Sinn, und insofern wäre das eine Einschränkung.

Das Wesentliche, kurz zusammengefaßt, des Personzentrierten Ansatzes ist, wie der Name sagt, daß für uns die existentielle Begegnung von Person zu Person im Zentrum steht. Das ist ein Ansatz, den sein Begründer Carl Rogers in bewußtem Gegensatz zu anderen diagnostizierenden und technik- oder expertenzentrierten Methoden entwickelt und verstanden haben wollte. Es ist ein Ansatz, der auf die unmittelbare Begegnung zweier Personen zielt, in der Hoffnung, daß eine solche Begegnung jenes Potential freisetzt, von dem wir annehmen, daß es in jedem Menschen vorhanden ist – sich selbst zu entwickeln und sein Leben verantwortungsbewußt und konstruktiv zu gestalten. Es ist im Gegensatz zu jenen Ansätzen, die Sein vor allem als Gewordensein verstehen, ein Ansatz, der sehr stark Sein auch als Werdenkönnen versteht. Es ist also ein prospektiver Ansatz, ein Ansatz, der die Möglichkeiten, das Potential eines Menschen im Mittelpunkt sieht. Der Therapeut versteht sich dabei auch selbst als Person, als einer, der sich mit seiner ganzen Existenz in die Therapie einbringt, und nicht als ein Experte – und zwar in radikaler Weise weder als ein Experte in bezug auf den Inhalt, was also Interpretationen, Deutungen usw. ausschließt, aber auch nicht als Experte in bezug auf die Vorgangsweise, was den Einsatz von Techniken, Methoden und vorausgeplanten Übungen ausschließt.

Es ist ein Ansatz, der im damaligen Kontext des Amerika in der Mitte dieses Jahrhunderts zunächst stark individualistisch geprägt war, inzwischen aber weit darüber hinausgewachsen ist, und der ein ebenso relationaler wie individualistischer Ansatz ist, der also die Person als soziales Wesen versteht, als Menschen in die Gesellschaft eingebettet, und der damit auch die Gruppe als wesentliches therapeutisches Lernmedium ernst zu nehmen versucht.

#### **Klientenzentrierte Psychotherapie: Möglichkeit zu authentischem Erleben in der Gegenwart bieten**

*Keil:* Wenn ich darf, ergänze ich's noch kurz, das Wesentliche hat der Peter gesagt. Vielleicht sollten wir in dem Rahmen der Diskussion sagen, daß Carl Rogers nicht vorgehabt hat, eine eigene Therapieschule zu gründen, sondern sein Bemühen war, die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie überhaupt zu formulieren. Auf der andern Seite, weil keine Therapieform oder Schule da war, die diese radikale Subjektivität umgesetzt hat, deswegen ist es dann doch zu

einer eigenen Schulbildung in diesem Rahmen gekommen.

Diese Betonung der Person und ihrer Ressourcen wirkt sich ganz konkret in der Therapie, in der Vorgehensweise, was den Klienten angeht, in der Form aus, daß wir versuchen, eine Situation zu ermöglichen, in der der Klient, die Person, im Augenblick, in der Gegenwart sich authentisch erleben kann. Das ist das, was gestern z.B. Gendlin auf seine Weise vorgetragen hat, zu einem Erleben zu kommen, das aus dem Körper kommt, das nicht von der Intention her bestimmt ist, das sozusagen noch nicht da ist und doch schon da ist und auch nicht festgehalten werden kann, wenn's authentisch bleiben will. Und um dieses Erleben, diese Begegnung zu ermöglichen, dienen die Verhaltensweisen oder das Vorgehen, das Dasein des Therapeuten, gekennzeichnet durch die Grundeinstellungen der Kongruenz gegenüber eigenem Erleben, also der Offenheit gegenüber eigenem Erleben, der nicht an Bedingungen gebundenen Wertschätzung für den Klienten und das empathische Verstehen gegenüber dem Klienten – wobei ich dazufügen möchte, daß ich da Empathie unbedingt als hermeneutische Empathie verstehe. Es geht nicht darum, wie die emotionale Resonanz des Therapeuten auf den Klienten einfach ist, sondern diese Resonanz zu verwenden, um zum Verstehen des Erlebens des Klienten zu kommen.

#### **Logotherapie: Möglichkeiten und Wirklichkeiten erfassen können**

*Hadinger:* Ich denke, da wir dieselbe Schule vertreten, daß nicht soviel anzufügen wäre. All unser Interesse besteht natürlich darin, dem Patienten ein Stück die Möglichkeit zu geben, einmal sich angenommen zu fühlen, und dann vielleicht die Möglichkeit für die Weiterentwicklung, dafür, daß er die Möglichkeit im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten und auch Wirklichkeiten erfassen kann, so daß seine Persönlichkeit voll zum Ausdruck kommen kann.

#### **Psychoanalytische Therapie: Aus einem analytischen Hintergrund heraus verstehen**

*Butterfield-Meissel:* Felix de Mendelssohn für die Psychoanalyse.

*Mendelssohn:* Ja, ich habe nichts dagegen, daß man mich Psychoanalytiker nennt, weil ich eigentlich meine Identität aus dieser Disziplin beziehe, und wenn's um Psychotherapie geht, also eine Arbeit, die in einem anderen Setting gemacht wird, ist die Frage etwas schwieriger. Sie wissen ja alle – glaube ich – was Psychoanalyse ist, und im Prinzip verlangt sie als Methode

ein bestimmtes Setting, d.h. eine hohe Frequenz, drei, vier, fünf, sogar sechs Stunden in der Woche und in der Regel mit der Verwendung der Couch. Das hat sich in der Entwicklung über hundert Jahre als wichtig erwiesen, damit wir über die Tragweite von Konflikten, von unbewußten Ängsten, von unbewußten Sehnsüchten, von unbewußten Depressionen, Schuldgefühlen wirklich uns ein Bild machen können.

Und es ist vielleicht gerade dieses Problem, daß wir uns soviel mit dem Unbewußten beschäftigen in einem Setting, wo das Zutagetreten des Unbewußten gefördert wird: Wenn wir dann ein- oder zweimal in der Woche dem Patienten gegenüber sitzen, wie wir dann mit diesem Übermaß an Vorstellungen, Gedanken, Sensibilitäten umgehen in einem Setting, das anders ist. Es gibt eine Menge Literatur darüber. Es gibt psychoanalytische Theorien, wie man psychoanalytische Psychotherapien im Sinne der Ich-Stärkung machen kann. Es gibt Lehrbücher, wie man das hinsichtlich der Objektbeziehungen betreiben kann, also daß die inneren emotionalen Beziehungen der Klienten bzw. Patienten klarer geklärt werden können. Es gibt auch andere Modelle, daß ein Fokus genommen wird bei einem bestimmten unbewußten Konflikt, der zentral für den Patienten zu sein scheint. Ich kann Ihnen hier nicht einen Überblick über alle diese Methoden geben, ich merke nur, wenn ich Psychotherapie mache, mit einem psychoanalytischen Hintergrund – d.h. ich kann nicht wirklich über meine Methode sprechen; ich kann über mein Verstehen sprechen, darüber, was ich verstehe.

Welche Patienten behandle ich in Psychotherapie? Das sind sieben Patienten, drei Männer, vier Frauen. Die sind so unterschiedlich: zwei der Männer sind in hohen Positionen der Öffentlichkeit, reich, mit Persönlichkeitsdiffusionsproblemen, Identitätsunsicherheit, großen Problemen in ihren Liebesbeziehungen. Das sind keine Kassenpatienten, vielleicht die Tatsache, daß beide jüdischer Herkunft sind, mag von Bedeutung sein, vielleicht gerade auch in dieser Stadt diese Identitätsprobleme besonders erschweren. Der dritte Mann ist ein junger Student in Ablösungsschwierigkeiten von seinen Eltern, die nicht bereit sind – obwohl sie wohlhabend sind –, seine Therapie zu bezahlen, da kann ich ihn nur für den Mindestkrankenkaßensatz behandeln. Von den vier Frauen sind zwei eigentlich Patienten, die immer wieder in der Psychiatrie und heraus aus der Psychiatrie waren, vielleicht würde man sagen: klassische Borderline-Fälle. Die eine ist schon hospitalisiert, bei der anderen arbeite ich schon zwei Jahre, wo zum Beispiel Elemente des Schweigens manchmal sehr wichtig sind. Manchmal ist es unmöglich, für diese Patientin, zu sprechen, über viele Stunden hinweg. Wie man dieses Schweigen aushält und was man vielleicht sagen kann, das wieder eine Bezie-

hung herstellt, ist immer wieder ein Stück Herausforderung. Und zwei der Patientinnen sind in Vorbereitung zur Analyse oder ein Stück Nachanalyse. Die eine, die vor zehn Jahren eine Analyse gemacht hat und dann wieder gekommen ist, weil sie in ihrer Ehe neuerliche Probleme hatte. Das sind so diverse Persönlichkeitsbilder, nicht, und ich kann nun mit meinem psychoanalytischen Verständnis versuchen zu erfassen, worum es geht und was nun in dieser Situation hilfreich wäre. Über eine standardisierte Methode zu sprechen, die ich bei so vielen Personen anwende, schiene mir im Augenblick vermessen.

*Hadinger:* Ich würde gern von der Theorie, von der Wissenschaft jetzt zum Menschen kommen und zwei Fragen stellen, damit wir auch die Unterschiede ein Stück herausholen können. Die erste Frage ist auch ein Stück an den Analytiker gerichtet, ob es reicht, in der Vergangenheit die nichtbewältigten Konflikte einfach anzukucken, anzuschauen, auch jahrelang. Die Frage ist für mich, und auch für die Logotherapie, ob es genug ist, nicht, ob es notwendig ist. Es ist klar, daß es manchmal auch notwendig ist, zu sehen, wie es zu einem Konflikt kam – sondern die Frage ist, ob es notwendig ist, ob wir nicht auch ein Stück dann, nach dem Hier-Stehenbleiben, nach dem Ansehen weitergehen können. Und nun: was jetzt? Was mache ich aus dem, was ich mitbekommen habe in all den negativen und den positiven Anlagen, aus Erbe, aus Umwelt? Die zweite Frage: Sie haben vorhin die interessante Frage gestellt, warum brauchen Menschen immer wieder eine Therapie. Ich habe bei Frankl eine andere Frage auch kennengelernt, nämlich die Frage an den Gesunden, warum brauchen so viele Menschen, trotz allem Negativen, keine Therapie, sondern bewältigen ihr Leben so standfest und originell und auch sinnvoll?

## Welche Methode für welche Klienten?

### Die Bedeutung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in der Therapie

*Schwager-Scheinost:* Also, ich würde gern zu diesem ersten Problem etwas sagen, weil mir vorkommt, daß da auch ein Mißverständnis enthalten ist, das ich mit der Psychoanalyse verknüpfe, nämlich daß das Interesse der Psychoanalyse sei, zu schauen, wie das damals mit Papa und Mama war, und welche Kränkungen damals erfahren wurden. Die Erfahrung mit psychoanalytischem Arbeiten zeigt, daß das Erkenntnisse oder Erinnerungen sind, die auftauchen und die eine aktuelle Situation verstehen helfen. Wirksam wird das Aufdecken oder das Herstellen dieser Zusammenhänge

erst, wenn es in der Hier-und-Jetzt-Situation belebt und spürbar wird, für beide Beteiligten.

*Hadinger:* Also, daß Sie bei der Vergangenheit nicht stehenbleiben und auch Gegenwart und Zukunft im Blick auf diese Möglichkeiten wahrnehmen. Und die zweite Frage wäre eben, warum brauchen so viele Menschen doch keinen Therapeuten?

*Mendelssohn:* Das ist eine rhetorische Frage, warum soll ich die Antwort besser wissen als sie?

*Hadinger:* Wie ist es denn aus der Sicht der Analyse?

*Butterfield-Meissel:* Wie ist es denn aus der Sicht der Logotherapie?

*Hadinger:* Ja, das ist eine gut zurückgegebene Frage. Ich denke, daß die Antwort darauf ein Stück einfach ist, in dem Augenblick, in dem man versucht, das, was man mitbekommen hat an Erbe, an Umwelt, an Negativem und Positivem, indem man versucht, das selber auch ein Stück zu gestalten, ohne daß man das Alte, Destruktive verleugnen, verdrängen würde, aber ohne daß man auch das Positive verleugnen würde, was tatsächlich sehr häufig der Fall ist. In dem Augenblick, in dem man das in die Hände nimmt, ein Stück gestaltet, wie man eine Struktur, ja eine Skulptur gestalten kann, dann muß man, denke ich, nicht jahrelang auf einer Couch liegen, sondern ein Stück auch daraus Fruchtbare, Neues machen können, was vielleicht ohne diese Geschichte nicht entstanden wäre.

*Mendelssohn:* Jetzt muß ich schon was sagen, wahrscheinlich. Es gibt so ein Sprichwort in Amerika über die Kandidaten für Psychoanalysen, das heißt: „Sick enough to need it, healthy enough to stand it.“ – weil es ja eine sehr anstrengende und tiefschürfende Tätigkeit ist. Ich denke auch, daß das wichtige Indikationen nach wie vor für die klassische Analyse – also ich spreche jetzt von der Couchanalyse, aber ich will dann weiter zur Psychotherapie kommen – geblieben sind. Es gibt bestimmte Patienten, die nur in diesem Setting, meiner Meinung nach, mit dieser enormen Zuwendung und vor allem dort, wo es manchmal um schwere Traumatisierungen geht, um frühkindliche Erfahrungen, die entweder aus Schamgründen nicht zu besprechen sind ein- oder zweimal in der Woche im Sitzen gegenüber und wo erst die Regression auf der Couch – dieses Mit-sich-und-seinen-Phantasien-Sein und Nicht-ständig-den-Therapeuten-Kontrollieren mit den Augen oder Sich-von-ihm-kontrolliert-Fühlen – ermöglicht, daß diese wichtigen Inhalte hochkommen, die einen krank gemacht haben. Und ich meine krank im Sinne eines Wiederholungszwangs im Leben, wo Muster sich

immer wiederholen, ob das somatische Symptome sind oder Beziehungsstörungen etc.

Wenn wir jetzt zur Psychotherapie übergehen, da gibt es für mich als Psychoanalytiker auch die zwei Möglichkeiten: Es ist jemand, der sich selbst subjektiv krank fühlt und deshalb das aufsucht – aber mit meinem Verständnis der Psychoanalyse sind wir nicht reine Reparaturwerkstätten, wir sind auch so etwas wie Automechaniker, die neue Autos bauen, erfinden könnten. Wir sind nicht nur damit beschäftigt, die Ersatzteile auszuwechseln beim Patienten, sie wieder flottzumachen.

## Psychotherapie und Kultur

Es gibt eine wachsende Literatur nach hundert Jahren Psychoanalyse und da denke ich vor allem an die britische Schule, die hierzulande viel weniger rezipiert ist, die die Psychoanalyse in gewissem Sinne als eine Art Kunst oder Wissenschaft versteht oder ein Zwischending herstellt, mit ungeahnten Möglichkeiten nicht nur in der Beziehung oder in der Lebensführung, sondern z.B. im ganzen Bereich von Kunst, Kultur, Theater, Malerei, in den Mythologien der Welt, im Verständnis für kulturelle Unterschiede zwischen den Völkern in der Ethnopschoanalyse. Es gibt also sehr viele Bereiche, wo – wenn man anfängt, sich mit Unbewußtem zu beschäftigen und zu schauen, wie bestimmte Strukturen auch kulturell unterschiedlich sind, in vielen Ländern, wie sie sich in Symbolen ausdrücken – Psychoanalyse an sich eine faszinierende Disziplin ist, jetzt ganz abgesehen von der Psychotherapie, und deshalb werden Sie immer wieder Schwierigkeiten haben mit Psychoanalytikern, z.B. mit mir, die sich eigentlich nicht als Psychotherapeuten definieren. Ich glaube, ich kann das mit bestimmten Patienten machen, auch da kann ich mich irren, manchmal mache ich auch meine Fehler, aber was interessant ist für mich, und ich muß gestehen, manchmal geht's mir darum, wenn Patienten eine Psychotherapie wollen, eher zu schauen, wie weit ist eine Suche bei ihnen – Sie würden's vielleicht als Sinnsuche auch so verstehen. Aber eigentlich haben sie sozusagen Lunte gerochen. Etwas, das nicht nur ihnen selber hilft, etwas besser durchs Leben zu kommen, sondern Horizonte öffnet, an Verständnis, z.B. was sich an akademischen Instituten abspielen kann, in Krankenhäusern, wo sie arbeiten oder in Büros. Also es geht darum, daß sie auch ein weiteres Verständnis kriegen von seelischen Problemen, auch bei anderen Menschen, mit denen sie zu tun haben, über deren Konflikte, über die Gruppenphantasien, die laufen können, und das ist sozusagen ein Bereich, der sich endlos erweitern kann. Deshalb meine ich, daß auch manchmal recht gesunde Menschen in psychoanalyti-

sche Behandlung kommen, weil sie einfach fasziniert sind von den Möglichkeiten, die darin liegen.

*Hadinger:* Und die, die nicht kommen?

*Mendelssohn:* Die sind nicht fasziniert, oder sie können's selber.

*Butterfield-Meisel:* Ich denk, das ist ja auch eine schwierige Frage, die zu fragen, die nicht kommen. Aber Sie haben auch praktische Gesichtspunkte angesprochen: Das eine ist die Behandlungsdauer und das andere ist die Indikation, in Erweiterung auch noch die Frage der Supervision. Und ich fände es ganz interessant, wenn Sie auch dazu noch etwas sagen könnten.

### **Indikation und Wirksamkeitsforschung**

*Keil:* Vorhin ist mir vorgekommen, unsere Diskussion läuft ein bißchen nach dem Versuch, abzuklopfen bei den anderen Methoden, ob da etwas Notwendiges fehlt – ist es wichtig und unverzichtbar, in die Kindheit zurückzugehen oder nicht? –, und ich glaube, daß da nicht die Unterschiede liegen, sondern die Unterschiede sind einfach in einem bestimmten Menschenbild, in einer Art und Weise, sich zu erleben und sich auszudrücken. Und damit komme ich auf die Frage der Indikation: Ich denke, wir sind uns weitgehend einig, daß es ein Fehlweg ist oder war, zu versuchen, verschiedene Störungen verschiedenen Schulen zuzuordnen, sondern daß die Indikation in erster Linie auf der subjektiven Ebene zu sehen ist. Das heißt letztlich, ob dieser Klient mit diesem Therapeuten oder diese Klientin mit dieser Therapeutin eine gute therapeutische Beziehung haben kann, wo die Aussicht oder das Erleben, die Hoffnung auf einen Fortschritt von Anfang an drinnen ist. Und da sehe ich auch die Unterschiede in den Therapien, die Notwendigkeiten, das Begrüßenswerte der unterschiedlichen Zugänge. Daß also, wie es Klienten gibt, die vielleicht mehr auf Einsicht, und andere, die mehr auf Erleben offen sind, daß es dafür auch Therapieformen gibt, die unterschiedliche Akzentsetzungen haben und daß von daher die Indikation zu sehen ist, und das wäre auch gleichzeitig ein Plädoyer für die Vielfalt der Schulen, daß die in diesem Sinn erhalten bleiben sollen.

*Kurz:* Ja, es gibt ja inzwischen auch das Gegenplädoyer. Das ist nicht die Meinung der Logotherapie, aber ich denke jetzt an Grawe und seinen Bericht. Grawe hat das Modell „Allgemeine Psychotherapie“ formuliert, und das verläuft nach einer ganz einfachen Figur. Er sagt nämlich, wir haben einseits die Störungen: neurotische, psychotische, Persönlichkeitsstörungen. Auf der anderen Seite schaue ich jetzt in die verschiedenen

Schulen hinein, wo die optimalen Methoden sind, ich ordne einfach zu. Und mich würde jetzt von Ihnen interessieren, wie Sie zu diesem Modell stehen. Außerdem gibt es ja so etwas wie empirische Wirksamkeitsforschung. Ich habe mit einer Reihe von Analytikern gesprochen, und die sagen, dieser Grawe-Bericht, der ist sauber gemacht, einerseits. Andererseits kommen die Logotherapeuten überhaupt nicht vor, das heißt, er hat die empirischen Untersuchungen entweder nicht gefunden oder nicht zusammengetragen. Und die Psychoanalyse kommt erstaunlich schlecht weg. Die Gesprächstherapeuten – gratuliere – sehr viel besser, und er selber als Verhaltenstherapeut natürlich am besten. Einen Punkt möchte ich noch ansprechen: Jeder Psychotherapeut weiß natürlich, daß ein ganz entscheidendes Element in der Kommunikation er selber ist, und genau dieser Faktor wird bei Grawe nicht berücksichtigt. Ich habe mit Spezialisten darüber gesprochen, und die haben mir folgendes bestätigt: Das konnte auch nicht berücksichtigt werden, weil es dazu keine empirischen Untersuchungen gibt. Ich weiß nicht, ob das richtig ist. – Aber jetzt zu Ihren Fragen unmittelbar: Ich denke, wir müßten uns alle doch irgendwie darüber verständigen können, welche Ziele wir in der Therapie verfolgen. Und hier meine Frage: Ist es nicht möglich, sich an Grundmodellen psychischer Gesundheit zu orientieren? Die kann man psychoanalytisch formulieren, ich denke zum Beispiel an dieses Regulations-Kompetenz-Modell, das in der Literatur formuliert worden ist, ich denke ans Selbstverwirklichungsmodell, für das Rogers steht, ich denke ans Sinnverwirklichungsmodell, für das im wesentlichen Frankl steht, und ich denke ans Modell von Riemann, beispielsweise, man könnte es auch als Regulations-Kompetenz-Modell bezeichnen. Und dann müßte man fragen: Wer leistet im Blick auf diese Modelle psychischer Gesundheit eigentlich was?

Prinzipiell würde ich folgendes formulieren – vielleicht ist es auch ein bißchen provokant den Analytikern gegenüber –: Natürlich müssen auch Logotherapeuten eine Archäologie der Seele betreiben. Wenn jemand mit einer Symptomatik kommt, dann hat diese Symptomatik eine Geschichte. Ich muß sie also unter dem Aspekt ihrer Historizität betrachten, und ich muß schauen, wie ist dieser Mensch so geworden, wie er heute ist? Die Traumatisierungen sind, da aber ich denke, daß das Aufarbeiten der Wunden – im Bild gesprochen – eben so kurz wie möglich zu geschehen hat, und daß man sich dann konzentrieren sollte auf die optimale Bewältigung der Gegenwart und der überschaubaren Zukunft. Und ich denke, der potentielle Fehler schlecht ausgebildeter Logotherapeuten besteht darin, daß sie nicht präzise genug Archäologie der Seele betreiben und der potentielle Fehler der tiefenpsychologisch ar-

beitenden Kollegen besteht darin, daß sie jahrelang Archäologie der Seele betreiben – und man weiß ja, warum man so neurotisch ist, wie man's ist –, aber trotzdem den heutigen Tag und die überschaubare Zukunft nicht bewältigt.

*Schwager-Scheinost:* Diese erste Frage, was von der Wirksamkeitsforschung zu halten ist: Ich hab das vorhin schon ein bißchen angesprochen, in dem ich darauf verwiesen habe, daß der Gegenstand der Psychoanalyse – und ich denke, daß in dem Zusammenhang alle anderen Psychotherapien sich als Abkömmlinge davon oder Variationen davon verstehen –, daß das Objekt ein lebendiges Objekt ist, mit den Fähigkeiten, Erfahrung zu machen, zu lernen, zu wachsen. Diese Wirksamkeitsforschungen kommen aus einer naturwissenschaftlichen Psychologie, deren Gegenstand das unbeseelte Objekt ist, so daß es, denke ich, in diesen Wirksamkeitsforschungen keine Kriterien gibt, nach denen man seelisches Wachstum effizient messen kann – oder zu wenig. Mir kommt vor, woran diese Wirksamkeitsforschung krankt oder wo sie hinkt, ist, daß mit einem Wissenschaftsinstrumentarium, das aus einer ganz anderen Wissenschaftsrichtung entwickelt worden ist – wenn man so will aus einer Galileischen – daß damit eine andere Wissenschaft untersucht wird, deren Gegenstand etwas anderes ist, nämlich das belebte, beseelte Objekt. Und das macht, glaube ich, auch dieses Unbefriedigtsein mit den Ergebnissen aus, wo sich einige Therapierichtungen freuen können, andere nicht. Aber ich glaube, glücklich können alle nicht damit sein.

Vielleicht kann ich das, und auch, worum es der Psychoanalyse geht, an einem Beispiel erläutern – was diese Wachstumsschritte sein können. Was ich in meinem Eingangsstatement nicht weiter ausgeführt habe, ist die Bedeutung des Rahmens, des Settings in der Analyse. Das heißt, ein besonders sorgsamer Umgang mit der Zeit. Wenn man eine psychoanalytische Beziehung zwischen Analytiker und Patient vorrangig als eine spezielle Beziehungssituation versteht und damit umgeht, kommt man zwangsläufig auf die Bedeutung der Rahmenbedingungen für diese Beziehung. Mir ist in Supervisionen mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen psychotherapeutischen Schulen aufgefallen, daß z.B. dem Zeitaspekt oder dem Aspekt einer Trennung, einer Unterbrechung der Therapie, relativ wenig Bedeutung beigemessen wird, und gerade aber an diesen Punkten entwickelt sich der aktuelle Konflikt des Patienten. Der kann so ausschauen, daß z.B. am Beginn einer analytischen Behandlung die Tatsache der Trennung – und es geht immer um Trennungs- und Verlusterlebnisse bei all diesen Traumatisierungen, die Patienten letztlich in die Therapien führen –, daß zu Beginn

einer Behandlung die Tatsache der Trennung völlig leugnet wird, vergessen wird, das Datum verschoben wird, der Zeitraum falsch eingeschätzt, oder überhaupt nicht wahrgenommen. Wenn man den Blick darauf richtet und beginnt, sorgfältig daran zu arbeiten, wird man im Lauf der Zeit in kleineren Trennungen wie Wochenenden oder Osterferien bemerken, welche Dynamik sich um diese Trennungssituationen entwickelt und wie die sich verändert.

### **Der emanzipatorische Anspruch als Gemeinsamkeit**

*Schmid:* Was unseren Schulen gemeinsam ist und was mir beim Zuhören mehr und mehr auffällt, ist, daß wir offenbar alle – von meiner Richtung kann ich es sicher sagen und von der Analyse meine ich es auch sicher sagen zu können, ich denke bei der Logotherapie ist es auch ähnlich –, daß wir alle eigentlich uns selber nur bedingt als Psychotherapeuten im Sinne von Heilung, von Krankheit verstehen, sondern uns primär als am Menschen Interessierte, an Persönlichkeitsentwicklung Interessierte begreifen. Die Analytiker haben's am leichtesten, wenn sie sagen, wir sind Psychoanalytiker und einige von uns arbeiten auch zeitweise als Psychotherapeuten. Ich denke aber, das ist etwas, was wir alle teilen, was man auch von der Entwicklung der Schulengründer und der Schulen selber sagen kann, nämlich daß dieser emanzipatorische, kulturphilosophische Anspruch weit über das Reparieren hinausgeht, und auch den Aspekt des Gestaltens von Zukunft, auch der Gesellschaft, enthält.

*Kurz:* Nur eine Frage: Also ich höre es mit erfreutem Herzen, daß Sie sagen, das Prinzip meiner Arbeit ist auch Wachstum, der Mensch der zu mir kommt, soll wachsen. Das würden Sie unmittelbar auch unterschreiben, das ist auch ein Prinzip der humanistischen Schulen allgemein.

Aber die Menschen kommen ja nicht nur zu Ihnen und sagen: „Ich möchte ‚wachsen‘“, jetzt in Anführungsstrichen, sondern sie sagen: „Ich bin depressiv oder ich leide unter einem Zwang oder ich ...“, ja „schizophren“ würden sie nicht sagen, aber sie würden sagen: „Ich kann mich nicht mehr ausdrücken, sie merken, daß sie unter Umständen in einem schizophrenen Schub drin sind, ja, darauf müssen sie ja auch antworten, es geht ja nicht nur um die Wachstumsproblematik.“

*Hadinger:* Ich hätte zwei Fragen, wieder ein Stückchen weg von der Wissenschaft, hin zu den Menschen. Einmal: die Psychotherapie ist heute so ein Stück wie die Medizin auch kurativ ausgerichtet. Das heißt, wenn jemand krank ist, kommt er zu einem Therapeuten, und dieser Therapeut versucht in vielen Stunden, manch-



mal in vielen hunderten oder tausend Stunden auch, ihm wieder so ein Stück auf die Beine zu helfen. Und meine Frage wäre die Überlegung, daß wir im Vorfeld einer Störung in möglichst kurzer Zeit mit möglichst wenig Energie Menschen Fähigkeiten, Fertigkeiten mitgeben könnten, damit sie nicht soweit kommen, daß sie dann eben diese tausende Stunden brauchen. Und das wäre jetzt die Frage – so ein Stück auch wieder „Unterschiede, Gemeinsamkeiten“: Was meinen Sie, was wäre im Vorfeld der Therapie so für Prophylaxe, für Erziehung – da spielt Pädagogik und Erziehung eine große Rolle, das, was Ihre Schulen auch z.B. den Menschen mitgeben –, mit welchen Anlagen, mit welchen Fähigkeiten oder Fertigkeiten bewältigt man z.B. eine traumatische Zeit? Kann ein Mensch seine Zukunft, wie auch die Vergangenheit ausgesehen hat, konstruktiv gestalten, ohne daß er eben verunglückt? Die zweite Frage wäre die Indikationsfrage nach wie vor.

### Die Frage nach dem Menschenbild

*Butterfield-Meisel:* Ich überlege mir, ob wir an dieser Stelle die Diskussion nicht auch fürs Publikum öffnen könnten, weil ich denke, Sie haben vielleicht auch noch Fragen an die einzelnen Therapeuten, an die einzelnen Richtungen.

*Publikumsfrage:* Sie haben ganz zu Beginn gesagt, daß die Philosophie der Logotherapie auf Scheler und Hartmann gründet, und Sie haben einmal das Wort Menschenbild gebraucht. Ich warte darauf, daß Sie explizit darüber sprechen.

### Logotherapie: Der Mensch als wertorientiertes Subjekt

*Kurz:* Ich kann einige Andeutungen machen: Also Hartmann hat ein Buch geschrieben mit dem schlichten Titel „Ethik“. Das hat achthundert Seiten. Das jetzt kurz zusammenzufassen, ist eine gewisse Schwierigkeit. Es geht hier darum, den Menschen als wertorientiertes Subjekt wahrzunehmen. Der Mensch lebt aus Orientierungen heraus, die er in den verschiedenen ethischen Werten auf den Begriff bringt. Was sind ethische Werte? Liebe z.B. in all ihren Formen, Nächstenliebe, Fernstenliebe, erotische Liebe, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Weisheit, das sind alles Werte, verstanden als Orientierungsleitlinien des Lebens. Und nun kommt es Viktor Frankl darauf an zu erkennen, daß man Werte als Werte nicht realisieren kann, sondern man muß sie übersetzen in die konkrete Situation des Lebens hinein. Und in dem Augenblick, in dem ich mich beispielsweise frage, wie sieht liebevolles Verhalten in meiner Familie, in meiner konkreten Situation, am Arbeitsplatz aus, in dem Augenblick muß ich diesen abstrak-

ten Wert, diese Idee Liebe konkret werden lassen, indem ich schlicht und einfach die Beziehungen, in denen ich stehe, konkret forme, also mich liebevoll verhalte oder gerecht oder tapfer oder höflich oder weise oder gelassen, wie auch immer. Das ist der Hintergrund, der hier eine Rolle spielt, also dieser Himmel von Wertideen, der transformiert werden muß in die Realität. Es ist ein idealistisches System, sie können es auch auf den Kopf stellen, können sich fragen: Gibt es tatsächlich so eine Fülle von Wertideen? Ist es nicht umgekehrt, machen wir nicht Erfahrungen in konkreten Situationen und bringen dann unsere Erfahrungen auf den Begriff, auf den Begriff der Liebe beispielsweise? Das Referenzsystem ist nicht so wichtig in der Logotherapie. Frankl hat dieses Referenzsystem materiale Wertethik. Wir müssen uns heute fragen, ob es auch noch andere Referenzsysteme gibt. Jedenfalls im Hintergrund steht philosophisch-ethisches Denken, das ist die Basis.

### Psychoanalyse: Warum diese Frage?

*Mendelssohn:* Analytiker antworten auf eine Frage normalerweise mit einer Gegenfrage, und ich würde wirklich gern wissen, warum sie das wissen wollen, was ich für ein Menschenbild habe. Um es ein bißchen pointierter zu sagen – was meine Überlegungen hinter der Frage sind: Würden Sie einen Wissenschaftler fragen, was er für ein Menschenbild hat, und warum wäre Ihnen das wichtig? Würden Sie einen Künstler fragen, was er für ein Menschenbild hat, und warum könnte Ihnen das wichtig sein? Das heißt, das sind Disziplinen, wo die Menschen, die damit beschäftigt sind, gerade durch ihre Tätigkeit, durch ihre Forschung darüber schon etwas aussagen, wie sie sich selber als Menschen in der Welt verstehen. Und meistens würden sie sagen: Wenn ich das einfach in ein paar Sätzen hinschmeiß, was soll das? Schaut's meine wissenschaftliche Arbeit an, da steht das drinnen, oder schaut meine Kunstwerke an, dort liegt es drin! Wenn ich an meinen psychoanalytischen Kollegen denke, da gibt es hysterische Analytiker, da gibt's zwanghafte Analytiker, da gibt's narzißtische und depressive; paranoische würde ich nicht empfehlen. Die anderen sind alle wie wir Menschen, alle haben eine bestimmte Charakterstruktur, sind geformt durch diese Dinge.

Wissenschaftlich können wir sagen, man kann den Menschen in seinem Unbewußten und in seinem ganzen Leben aus topischen, dynamischen, strukturellen, ökonomischen und politischen und noch adaptiven Gesichtspunkten sehen. Wir haben bisher nur den genetischen Aspekt, seine Lebensgeschichte, Papi und Mami; aber uns interessiert der topische Aspekt: Was von seinem Leben ist bewußt, was ist unbewußt? Uns

interessiert der dynamische Aspekt: Wo sind seine sexuellen oder libidinösen Triebe und wo seine aggressiven, und welche Konflikte hat er damit, und wie werden sie abgewehrt? Uns interessiert der strukturelle Aspekt: Was hat er für ein Überich? Ist sein Gewissen sadistisch oder hilfreich? Über welche Ich-Funktionen verfügt er kognitiv, wahrnehmungsmäßig? Und was sind die Es-Inhalte, sozusagen die reinen Triebkräfte in ihm? Dann können wir auch noch fragen nach den ökonomischen Aspekten: Wieviel von seinem Triebleben setzt er in bestimmten Tätigkeiten ein? Wie sind seine Sublimierungsfähigkeiten? Wie weit agiert er unbewußte Konflikte in menschlichen Beziehungen aus oder kann er sich in einer beliebigen Tätigkeit sublimieren? Das ist ein ganz weites Feld, wie man den Menschen in all diesen Gesichtspunkten beurteilt, aber das ist keine Wertvorstellung über den Menschen.

### **Person-/Klientenzentrierte Therapie: Orientiert an Erfahrung und Phänomenologie**

*Publikumsfrage:* Ich habe eine Frage zu der Bemerkung von Herrn Schmid vorhin. Das bezieht sich darauf, daß Sie sagten, in der Therapie selbst solle die Theorie erst mal keine Rolle spielen, man sollte sie am besten auf die Seite legen. Ich frage mich – ich bin selbst Gesprächspsychotherapeut –, ob das erstens geht und zweitens sinnvoll ist. Gerade auf dem Hintergrund dessen, was ich ja für zentral halte, daß man sich als Person auch einbringt, macht man ja auch Angebote in der Therapie, und ich frage mich, ob das möglich ist, Angebote zu machen, Verstehensangebote zu machen, wo die Theorie keine Rolle spielt. Wenn ich mich als Person einbringe, dann bin ich ja auch mit meinem ganzen theoretischen Hintergrund beteiligt, und ich frage mich, ob es Sinn macht, den rauszuhalten, oder ob es nicht vielleicht zum Beispiel auch hilfreich sein könnte, meinerwegen mit einem analytischen Hintergrund durchaus auch ihre Angebote zu machen – jetzt nicht unbedingt im Sinne einer Deutung, aber diesen theoretischen Hintergrund einfach im Hinterkopf zu haben, um auch eine persönliche Distanz, einen gewissen Überblick in der Therapiesituation zu behalten.

*Schmid:* Verstehe ich das richtig, das Letzte, was sie meinten, war, man könne auch mit einem analytischen Hintergrund Gesprächstherapie machen?

*Publikumsfrage:* Es ist die Frage, ob es hilfreich wäre oder hinderlich. Ich habe Sie eher so verstanden, daß Sie das als hinderlich ansehen.

*Schmid:* Ich würde das als ganz hinderlich bezeichnen, weil mir da zwei Schulen, zwei Auffassungen durchein-

anderkämen, die, denke ich, beide in einem fruchtbaren Gespräch miteinander sein können, aber nicht vermischt werden sollten. Ich gebe Ihnen recht, wenn Sie sagen, ich bin als Person auch selbstverständlich immer mit meiner Theorie und mit meinem Denken, mit meinem intellektuellen Background vorhanden, keine Frage, und ich möchte mein Hirn nicht ausschalten in der Therapie. Ich meine nur, es ist etwas anderes, sich auf Erfahrung einzulassen und über Erfahrung zu reflektieren. Beides ist wichtig und beides kann in rascher Abfolge geschehen, und ich kann mich in einer Therapiesequenz von etwas betreffen lassen und mir dann die Frage stellen: Ja was hat mich denn da jetzt betroffen und was geht in mir vor? Aber das möchte ich fein säuberlich getrennt haben, denn sonst wird's diffus. Sonst bin ich entweder der aus der Beziehung Herausgenommene, der darüber nachdenkt, was hier passiert, oder ich bin nur der, der hier etwas mitvollzieht, ohne sich darüber Gedanken zu machen. Also beides ist für mich sehr wichtig, aber ich möchte es nicht vermischen.

*Keil:* Vielleicht wird eine Nuance zwischen uns sichtbar, eine unterschiedliche Sicht. Also ich kann das nur unterstreichen: Das eine wesentliche ist, daß der Therapeut sich vom Klienten betreffen läßt, und in dieser Ebene da ist in der Therapie und reagiert. Aber das Erleben muß sozusagen ein geschultes sein, es geht ja um Psychotherapie, und das ist eine professionelle Beziehung und da steckt eine professionelle Ausbildung dahinter. Dazu gehört das Sich-angeeignet-Haben einerseits von Störungswissen und vom Wissen über gestörte Erlebensformen und nicht ein blindes Reagieren auf Erleben jeder Art – blind im Sinn von unaufgeklärt. Zum anderen auch ein Geschultsein, ein Sich-einfühlen-Können in eigenes Gewordensein und in fremdes Gewordensein; das ist für die Psychotherapie, glaube ich, unverzichtbar. Es geht nicht um eine technische, methodische Anwendung, sondern mit diesem Wissen, der Erfahrung im Hintergrund, auf den Klienten zu reagieren.

*Publikumsfrage:* Ist da ein Unterschied?

*Schmid:* Zwischen uns beiden besteht da kein Unterschied.

*Publikumsfrage (an Keil und Schmid):* Worin besteht dann der Unterschied zwischen Ihnen, zwischen den Vereinen?

*Schmid:* Die Frage ist leicht zu klären. Das hat historische Wurzeln, der eine Verein ist in Linz, der andere in Wien entstanden, die ÖGwG in Beziehung zu den deutschen

Gesprächstherapeuten, der andere, die APG, mehr in Beziehung zu den Leuten um Carl Rogers. Das hat eine 15jährige Geschichte mittlerweile; wir haben uns sehr stark aufeinander zu bewegt, und es sind wahrscheinlich die Unterschiede zwischen manchen Personen in unseren Vereinen stärker als die Unterschiede zwischen den Vereinen als solchen.

## Die Bedeutung des Unbewußten

*Publikumsfrage:* Können Sie herausarbeiten, was das Unbewußte in den verschiedenen Richtungen für eine Bedeutung hat und auch das Unbewußte in Hinsicht auf die Bewältigungsmöglichkeiten, wenn es dann bewußt gemacht wird?

### Psychoanalyse: „Wo Es war, soll Ich werden.“

*Mendelssohn:* Ich weiß nicht, ob ich als Analytiker da viel dazu sagen kann, weil es ist ja der Kern unserer Methodik und unseres Verständnisses. Das seelische Leiden blockiert das Lernen durch Erfahrung – ein ewiger Wiederholungszwang, der auf unbewußten Faktoren in der Regel gründet. Im Zentrum der Psychoanalyse ist doch, wie Freud gesagt hat: „Wo Es war, soll Ich werden.“ Das Unbewußte, wenn es bewußt gemacht wird, erlaubt uns einen viel größeren Handlungsspielraum. Vor allem geht es darum, daß die Abwehrmechanismen in der Regel unbewußt sind, das heißt, wir haben nicht nur verdrängte Inhalte, Erlebnisse, Phantasien, zum Beispiel Mordphantasien gegenüber Eltern, sexuelle Phantasien gegenüber Geschwistern, die tief begraben sind und erstaunlicherweise uns ständig stören in unserer normalen Gestimmtheit, locker mit anderen Menschen umzugehen – ob ich auf eine Party gehe, in einem Büro arbeite, all das fließt mit ein. Ob ich jetzt schüchtern bin, ob ich anfangs, mich zu besaufen oder wie ich mich benehme, ist zum großen Teil in der Genese unbewußt. Wilhelm Reich spricht z.B. vom Charakterpanzer, wo all diese Formen der Abwehr einfließen. Das Bewußtmachen dieser Abwehrmechanismen erlaubt mir dann mehr Flexibilität, ich muß in bestimmten Situationen nicht in dem Stereotyp reagieren und ich weiß, was das in mir auslöst, ich kann es nachvollziehen und nicht zuletzt z.B., daß der ganze Bereich unseres Traumlebens uns transparent wird.

Freud hat gesagt, der Traum ist der Königsweg zum Unbewußten. Es gibt einige Psychotherapiepatienten, wo ich, aus welchen Gründen auch immer, vor allem nur über ihre Träume mit ihnen arbeite. Das ist z.B. dann möglich, wenn sie äußerlich gefestigt sind, wenn sie keine dringenden beruflichen, sozialen, ökonomischen Krisen haben, aber sie sind tief beziehungsgestört, sie haben wenig Gefühl, daß sie überhaupt eine Innenwelt

haben, sie können sich nicht – ich würde so sagen – ein leidenschaftliches Erleben der Welt erlauben. Sie richten sich nach konventionellen, sozialen Vorgaben, wie man zu sein hat, sie fühlen sich eingengt. Durch dieses Erwecken des Unbewußten und das Klarwerden, daß der Traum eine reiche Symbolik hat, die auch unmittelbar ihr Leben bestimmt, wenn sie ihre Träume besser verstehen, fangen sie an, anders zu leben, das ist, glaube ich, der Gewinn.

### Logotherapie: Das konstruktiv Unbewußte als Resultat der Verdrängung positiver Erlebnisse

*Hadinger:* In der Logotherapie hat natürlich das Unbewußte auch eine Rolle, vielleicht eine nicht maßgebliche, aber genau wie in allen anderen Schulen wird auch dies angeschaut. Insofern das destruktiv Unbewußte auch das Verhalten, das Erleben der Person und der Umgebung destruktiv beeinflusst, geht es darum, das bewußt zu machen und dann eben das Leben anders zu gestalten. Frankl geht auch von der Idee aus, daß nicht nur ein destruktiv Unbewußtes existiert, sondern auch ein konstruktiv Unbewußtes, daß wir oft positive Erlebnisse verdrängen, nicht wahrnehmen, nicht potenzialisieren, nicht in die Wirklichkeit übersetzen. Es geht auch darum, diese Bereiche bewußt zu machen und dadurch auch für die Lebensbewältigung kreativ einzusetzen.

### Klientenzentrierte Therapie: Organismisches Erleben und Kongruenz/Inkongruenz

*Keil:* Bei Rogers kommt das Unbewußte so in dieser Form nicht in den Vordergrund. Die betreffenden Termini lauten: Organismisches Erleben und bewußtes Erleben, Selbsterleben und Kongruenz oder Inkongruenz zwischen beiden. Die Inkongruenz wäre: nicht mit sich übereinstimmen, nicht mit dem eigenen, wirklichen Leben übereinstimmen. Und da gibt es eine Tendenz zur Abwehr dieses eigentlichen Erlebens und damit, die Inkongruenz auch nicht wahrzunehmen. Und der Weg der Therapie wäre, die Ahnung und das Sich-Eingestehen der Inkongruenz und damit das Gelangen zur Kongruenz.

Ich glaube aber, daß die Wertung des Unbewußten und auch die Sichtweise in den verschiedenen Schulen eine verschiedene ist. Sie haben schon den konstruktiven Teil erwähnt, daß das nicht nur negativ gesehen wird, sondern auch positiv. Und was ich gemeint habe, war auch die Zugänglichkeit, die Idee, wie zugänglich unbewußtes Erleben ist. Das ist natürlich individuell immer sehr verschieden und ein schmerzlicher Prozeß, sich eigene Inkongruenz einzugestehen, insofern ist es nicht leicht zugänglich. Ich sehe aber doch eine Ten-

denz in den verschiedenen Schulen, die Zugänglichkeit, den Grad der Zugänglichkeit verschieden schwer zu bewerten. Und da sind die humanistischen Schulen mehr auf der Seite der Betonung der Wichtigkeit des gegenwärtigen Erlebens, wo es also nicht darum geht, Hintergründe im eigenen Gewordensein, die Einsicht darüber zu gewinnen, sondern zum authentischen Erleben in der Gegenwart zu kommen.

### **Diskussion: Hier und Jetzt, Beziehung, konstruktiv Unbewußtes**

*Mendelssohn:* Ich muß vielleicht doch darauf sagen, daß das wieder einmal für mich eine leichte Verzerrung der psychoanalytischen Arbeit ist – als würde unsere Arbeit darin bestehen, daß wir den Patienten über seine Vergangenheit quasi anamnestisch ausfragen. Gerade das tun wir nicht, wir versuchen nicht, Fragen zu stellen, das Gespräch zu lenken, sondern im Hier und Jetzt, im unmittelbaren Erleben zu sein. Deshalb betone ich das Lernen durch Erfahrung, und ich meine, es gibt keinen Zwiespalt zwischen Einsicht und Erleben. Einsicht ohne Erleben ist wertlos und Erleben ohne Einsicht ist wertlos, es ist die Verbindung. Wir müssen aber am Hier-und-Jetzt-Erleben ansetzen. Das heißt, wir sind offen für das, was der Patient jetzt in der Situation empfindet, und erst nachträglich, wenn klar wird, da gibt's bestimmte Muster, die sich immer wieder wiederholen, dann fangen wir an, uns auch für die Genese zu interessieren, insofern das dann helfen kann, diese Strukturen aufzubrechen.

*Keil:* Dem stimme ich ganz zu, ich habe wahrscheinlich andere Analytiker erlebt.

*Schwager-Scheinost:* Ich möchte diesen Begriff des konstruktiven Unbewußten aufgreifen, den ich so bisher noch nicht gekannt oder verwendet habe. Aber vielleicht habe ich auch etwas gelernt jetzt. Ich verbinde damit den Wunsch des Patienten nach Veränderung, der ihn letztens auch in eine Therapiesituation führt. Vielleicht kann ich da auch anschließen an die andere Frage: Wie geht man mit Symptomen um oder wie versteht man ein Symptom? Eine Patientin, die mit einer depressiven Symptomatik kommt – wie ist da der Zugang, der Umgang damit? Ich würde dieses Symptom, diese Depression einmal als einen Hinweis auf etwas sehen, nicht als eine Einheit an sich. Es kann ein Bild sein, das bestimmte klinische Maßnahmen erfordert, aber an sich würde ich sagen, diese Depression verweist auf etwas und die Patientin will damit etwas mitteilen, und die Arbeit, die sich daran knüpft, ist, die Botschaft zu erkunden und draufzukommen, was steht hinter diesem Symptom, was könnte die Mitteilung

sein. Und da kommt es dann an die unbewußten Kräfte auch, nicht? Was in Therapien bearbeitet werden kann, sind ja nicht die Traumatisierungen der Kindheit, die sind passiert und abgeschlossen. Was man bearbeiten kann, sind die Schutzmechanismen, die der betroffene Mensch sich da entwickelt hat, und die ihn dann im späteren Leben leiden machen, die ihn hemmen, die ihn einschränken, die ihn dazu bringen, dann immer wieder in selbstdestruktiver Weise zu handeln. Wenn das so ein negatives Unbewußtes wäre, dann wäre das konstruktive Unbewußte für mich der Wunsch nach Erkennen und nach Veränderung.

*Hadinger:* Also unter konstruktiv Unbewußtem habe ich nicht bloß den Wunsch nach Veränderung gemeint, sondern tatsächlich auch meine Erfahrung aus der Therapie, daß viele Patienten Konstruktives, Gelungenes auch verdrängt haben, unbewußt eben. Dazu will ich ein kleines Beispiel bringen: Vor drei Tagen hatte ich ein Seminar und ich habe den Seminarteilnehmern Bilder ausgeteilt, am Boden aufgelegt und die Teilnehmer ersucht, daß sie in Erinnerung an eine Krisensituation ein Bild rausholen und aufgrund dieser Bilder ihre Krisensituation beschreiben; und das waren oft sehr düstere Bilder, Seiltänzer zum Beispiel, die gerade abzustürzen drohen, eine Mauer, ein Mann, der zwischen zwei Schienen geht, ganz destruktive, negative Bilder auch. Und dann, eine halbe Stunde später, ersuchte ich dieselben Teilnehmer, diese Bilder noch einmal zu nehmen, vielleicht mit einem Partner die Bilder noch einmal anzusehen und das wahrzunehmen, was Frankl immer wieder betont: Daß in jeder Krise auch eine Chance, ein Sinn steht –, auf diese Frage hin die Bilder noch einmal zu betrachten. Und jeder dieser Teilnehmer entdeckte plötzlich Teile in dem Bild. Diese Teile hat er vorher nicht wahrgenommen, daß dieser Seiltänzer zum Beispiel mit einem Netz unten aufgefangen war, daß vor der Mauer ein kleines Mädchen stand, das gerade losrannte, daß bei den Schienen noch Parallelschienen waren, die mit Gras bewachsen waren, seit vielen Jahren anscheinend kein Zug da fuhr. Und das meine ich; nicht nur der Wunsch nach Veränderung ist das konstruktiv Unbewußte, sondern oft vergessen wir auch das, was in unserem Leben gelang, und es ist auch ein Teil der Therapie, das wachzuholen, rauszuholen.

### **Der Stellenwert des Unbewußten in der Praxis**

*Schmid:* Ich wollte noch einmal auf die Übertragung und den Stellenwert des Unbewußten zurückkommen. Also wenn ich psychoanalytische Therapie einigermaßen richtig verstanden habe, dann ist ein ganz wesentli-

cher Teil die Arbeit mit der Übertragung, und die hängt mit der Arbeit mit dem Unbewußten eng zusammen. Da würde ich einen starken Unterschied – (zu Mendelssohn:) du schüttelst den Kopf, vielleicht kannst du es dann noch differenzierter sagen – da würde ich einen Unterschied orten zwischen einer analytischen und einer personenzentrierten Arbeit, daß da die viel stärkere Ausrichtung auf die unmittelbare, reale Beziehung, die im Hier und Jetzt zwischen dem Klienten und dem Therapeuten stattfindet, den Schwerpunkt bildet und nicht – so wie ich zumindest, möglicherweise auch einem alten Paradigma von Psychoanalyse folgend, verstanden habe –, daß es um Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten geht, also um eine Form, auch eine künstliche Übertragungsneurose herzustellen oder eine Form der Beziehung, in die Elemente aus früheren Beziehungen hereingezogen werden, um hier bearbeitet zu werden.

*Mendelssohn:* Ja, ich glaube hier ist schon eine wichtige Vermischung, die auch viele Patienten machen, die in psychoanalytische Psychotherapie kommen. Nämlich, sie glauben, daß psychoanalytische Psychotherapie sozusagen eine Art Schmalpurpsychoanalyse ist, und sie glauben, daß sie mit zwei Stunden in der Woche im Sitzen dasselbe machen können wie in einer klassischen Psychoanalyse, nur halt ein bisserl kürzer oder oberflächlicher. Aber das glaube ich eben nicht. Du hast schon recht natürlich, daß die Übertragung uns sehr beschäftigt, aber wir können nicht so damit arbeiten mit ein oder zwei Stunden in der Woche in der Psychotherapie. Und wenn sie sagen, Frau Hadinger, die tausend Stunden, ist das auch ein Untergriff, ehrlich gesagt, weil wir reden hier von Psychotherapie, und wir wollen nicht die Psychoanalyse vergleichen mit anderen Therapieformen. Tausend Stunden ist was ganz anderes, und es gibt Gründe vielleicht, die wir woanders besprechen müssen.

Ich glaube, in der Psychotherapie haben wir wirklich das Problem, daß wir diese Phänomene erkennen, erleben, Übertragungsreaktionen der Patienten. Wir können uns Vorstellungen machen über die darunter liegenden Konflikte, aber wir haben nicht die Möglichkeit, sie voll zu bearbeiten, einfach aus Zeitgründen und weil die Beziehung nicht intensiv genug ist, damit sie manchmal den Druck von frühkindlichen Konflikten aushalten könnte. Da müßte eine viel stärkere Beziehung aufgebaut werden. Also, wir müssen selektieren, wir müssen Überlegungen anstellen. Manche Analytiker machen das, indem sie schauen, wo ist ein Kernkonflikt, zum Beispiel ein Stück latente Homosexualität, die bewußt zu machen wäre, damit bestimmte Rivalitäten oder Eifersüchteleien sich anders entwickeln können und lockerer werden. Oder sie überle-

gen, welche Ich-Funktionen könnten bei dem Patienten gestärkt werden. Und partiell würden sie vielleicht Übertragungen deuten.

### **Die Bedeutung der Sexualität**

Ich möchte nur eines hinzufügen, weil ich auch das Gefühl hatte, daß das vielleicht eine Brücke ist zu Ihrer Frage anfänglich, die ich vielleicht unnötig abblockt, an Sie zurückgeworfen habe, wenn ich es überdenke. Es stimmt sicher auch, daß zum Menschenbild der Psychoanalyse die Wichtigkeit der Sexualität gehört, und ich muß das Wort aussprechen, weil es bis jetzt nicht gefallen ist. Und natürlich haben wir uns viel mehr beschäftigt mit zwei Weltkriegen in diesem Jahrhundert, vor allem nach dem Zweiten, mit den Auswirkungen von ungezügelter Destruktivität, und das beschäftigt uns immer wieder. Aber letztlich könnten wir auch hypothetisieren oder uns fragen, wie weit ist das Verhältnis der Geschlechter zueinander immer wieder eine Quelle von solchen destruktiven, mörderischen Erregungen – nicht wie Männer und Frauen sich im realen Leben zueinander verhalten, sondern welche unbewußten Phantasien sie übereinander haben. Das wird, glaube ich, in unserem Menschenbild immer wieder eine Rolle spielen. Die Frage der Sexualität, man könnte sagen im Sinne des konstruktiven Unbewußten, kann eine ungeheuer befreiende Kraft sein, vor allem dort, wo es über die rein persönlichen Beziehungen hinaus in die Sublimation, in die Wissenschaft, Kunst, in den schönen Dingen der Welt sich dann ausdrückt, und letztlich, glaube ich, ist eine Form von libidinöser Energie daran beteiligt.

### **Die Ziele der Psychotherapie**

*Publikumsfrage:* Wenn Sie versuchen, die Ziele der drei Richtungen zu formulieren ...

*Butterfield-Meisel:* Das kann sich gut im Schlußwort machen lassen. Gibt es noch Fragen aus dem Publikum?

### **Die Bedeutung der Beziehung als gemeinsames Element**

*Publikumsfrage:* Ich hätte eher noch eine Anmerkung. Vielleicht, was man als Gemeinsames noch festhalten könnte, ist, daß jede Psychotherapie – ich weiß nicht, ob es zu verallgemeinern ist – eine Beziehungserfahrung ist. Sei es jetzt eine Beziehungserfahrung mit Übertragung-Gegenübertragung, die in diesem Rahmen konzeptualisiert wird, sei es in der Gesprächstherapie eher der Aspekt der Resonanz oder Empathie, auf dem es konzeptualisiert wird, für die Logotherapie – da kenne ich mich nicht so gut aus, ich weiß nicht wie

dort Beziehung konzeptualisiert wird, aber das erscheint mir als ein wesentliches Merkmal. Dann wollte ich noch bemerken: Mir hat es am Anfang gefallen, daß jeder Klient als absolutes Individuum gesehen wird. Das, glaube ich, haben Sie auch festgehalten als gemeinsames, verbindendes Merkmal, und ich denke auch jeder Therapeut trotz seiner Schulrichtung ist ein Individuum. Also es gibt ja ganz alte Untersuchungen aus dem Jahr '76, daß sich Therapeuten der gleichen Richtung unähnlicher sind, wenn sie viel Erfahrung haben, als Therapeuten derselben Richtung, wenn einer wenig und einer viel Erfahrung hat. Das würde die Kommunikation auch ein bißchen vereinfachen, wenn man dieses Prinzip auch berücksichtigt, sich immer wieder vom anderen treffen zu lassen oder überraschen zu lassen, das denke ich.

*Butterfield-Meissel:* Dann möchte ich zum Abschluß um ein Schlußwort von den einzelnen Teilnehmern der Diskussion bitten, wo sie auch auf die Frage der Ziele der Methode noch eingehen können, und natürlich auch auf die Frage der Unterschiede und Ähnlichkeiten.

#### **Psychoanalytische Psychotherapie: Seinen Handlungen und Begierden Bedeutung geben**

*Mendelssohn:* Vielleicht kann ich wieder differenzieren zwischen klassischer Psychoanalyse und Psychotherapie, weil in der klassischen Psychoanalyse würden wir kein Ziel für den Patienten setzen, das heißt, er kauft, ehrlich gesagt, eine Fahrkarte ohne Ziel darauf, weil wir das Unbewußte per se nicht wissen. Da wir diese Methode wählen, um möglichst ausführlich das Unbewußte zu erforschen, können wir nicht sagen, da kommen wir dann am anderen Ende wieder raus. Das gilt auch für die Kandidaten, die psychoanalytische Ausbildung machen, der Wunsch, Analytiker zu werden, ist ja auch ein Symptom. Warum haben die das? Sie brauchen eine lange Lehranalyse, um dahinterzukommen, was hinter diesem Wunsch auch stehen kann.

Anders in der psychoanalytischen Psychotherapie: Einerseits würde ich sagen, der Patient soll natürlich seine Ziele selber benennen, und da ist immer ein Stück Vorsicht angebracht, wenn man mit Patienten in einer ein- oder zweistündigen Psychotherapie zu tun hat, die nicht bereit sind, irgendein Ziel festzulegen, was sie sich von dieser Therapie erhoffen, das kann ich Ihnen aus meiner Erfahrung sagen, da können Sie sehr leicht Schiffbruch erleiden, wenn sie die Vorgespräche und die Indikationsstellung nicht sehr genau überprüfen und in Supervision, weil die Möglichkeit, selber sich überhaupt etwas vorzustellen, was man von dieser Therapie haben will und das Ziel zu benennen, sehr

hilfreich ist. Wenn man das nicht kann, ist meistens ein sehr diffuses Bild da, wo wir aufpassen müssen. Da kann ich nur sagen, ich würde schauen, daß ich diese psychoanalytische Psychotherapie so führen kann, bis der Patient in der Lage ist, etwas zu formulieren, was für ihn wichtig sein kann im Leben, daß er eigentlich seinen Handlungen, seinen Begierden bereit ist, Bedeutung zu geben, und sie nicht immer wieder abwehrt oder plötzlich was anderes tut oder vergißt oder in Abhängigkeiten von irgendwelchen Personen gerät, daß er zu sich kommt, daß er zu dem kommt, was ihm von Bedeutung sein könnte.

#### **Logotherapie: Daß Leben gelingt**

*Hadinger:* Ich denke, Ziel der Therapie ist im Grunde, schlicht und einfach ausgedrückt: daß Leben gelingt. Das Leben gelingt dann, wenn das eigene Leben ein Stück lebendig werden kann, gestaltet werden kann. Aber Leben gelingt natürlich auch nur dann – und das betont ganz bewußt Frankl –, wenn man auch die anderen am Leben lassen und am Leben teilhaben lassen kann, d.h. mein Leben kann gelingen, wenn das Leben zumindest so mancher anderer die mit mir zusammenleben, auch gelingen kann.

Die Methoden dazu, denke ich, sind unterschiedlich, je nach dem, was und wie die Störungen und wie die Chancen auch aussehen. Ich habe vor zwei Jahren das einmal so formuliert: Kein Therapeut darf die Methode seiner Schule an dem Patienten vollstrecken. Ich denke, es geht tatsächlich darum: Hier ist ein Mensch, ich bin auch ein Mensch, und wir versuchen einfach, das Leben so zu gestalten, mit der Vergangenheit, aber vor allem auch mit der Zukunft, daß Leben gelingt – für uns, also für mich, wenn ich der Patient bin, und auch für die anderen, die eben mit mir leben. Das ist dann ein Stück, eine kleine Antwort auf die kleinen Kriege, aus denen oft große Kriege wachsen.

#### **Klientenzentrierte Therapie: Selbstverwirklichung in gesellschaftlichem Zusammenhang**

*Keil:* Ja, ich möchte noch einen Nachtrag zu unserer Diskussion, vor dem Ziel, aber das paßt ja dazu: Mir ist jetzt insgesamt die Wirksamkeitsforschung in unserer Diskussion zu schlecht weggekommen. Ich finde eine Wirksamkeitsforschung ganz wichtig, und die hat ihre Existenzberechtigung auch im Zusammenhang mit der Sozialversicherung, und die Ergebnisse sind ja im allgemeinen, daß alle Therapieformen mehr oder weniger die gleiche Wirksamkeit beziehungsweise Nichtwirksamkeit aufweisen. Das, woran die Wirksamkeitsforschung scheitert, ist das Isolieren von einzelnen Wirkfaktoren, ob es jetzt die Empathie ist oder die Übertra-

gung oder was immer, eine bestimmte Methode. Das nachzuweisen gelingt nicht, beziehungsweise da gilt das, was in der Diskussion gesagt worden ist, daß in einem zwischenmenschlichen Geschehen nicht ein einzelner Faktor ursächlich für andere Faktoren wirksam sein kann.

Und damit jetzt zum Ziel, also das Ziel der klientenzentrierten Therapie ist natürlich die Selbstverwirklichung, die Selbstentfaltung. Aber nicht in einem abgehobenen und luftleeren Raum, sondern, was Psychotherapie angeht, natürlich auch in einem gesellschaftlichen Zusammenhang und in dem Sinn, das Leben bewältigen zu können, in diesem Kontext, in dem der Klient lebt.

Und noch ein Wort zu dieser Untersuchung, die belegt, daß erfahrene Therapeuten verschiedener Schulen sich ähnlicher werden als Therapeuten unterschiedlicher Erfahrung in derselben Schule. Also, das ist etwas, dem ich auch sehr geneigt bin, dem ich immer zugestimmt habe, und das so einem Vorurteil oder Vorgefühl dazu entspricht. Ich habe noch einmal nachgelesen, die Untersuchung ist widerlegt worden, weil sie nicht gut durchgeführt worden ist. Also mit der Untersuchung ist es nicht zu belegen, aber es hat einige Plausibilität.

#### **Personzentrierte Psychotherapie: Prozessuale Zielformulierungen durch den Klienten**

*Schmid:* Ich kann dem zustimmen, was der Wolfgang gesagt hat, kann's vielleicht noch ganz praktisch sagen, was das Ziel der Psychotherapie betrifft: Wenn ein Klient zu mir in Therapie kommt oder wenn ein Ausbildungsteilnehmer zu mir kommt, um eine Ausbildungstherapie zu machen, dann hat er am Anfang bestimmte Vorstellungen, mehr oder weniger diffuse, mehr oder weniger konkrete, je nach dem Leidensdruck, je nach seiner Persönlichkeit, die er ist, und zunächst gehört sauber geklärt, was wir hier miteinander tun wollen, also was man halt so Erstgespräch nennt. Aber davon unabhängig: Dann, wenn der Klient oder der Ausbildungsteilnehmer in der Lage ist, sein Ziel wirklich klar selber zu definieren, dann sind wir wahrscheinlich am Ende der Therapie angelangt – wenn sie gelungen ist. Ich kann nicht anders, als hier das sehr abgebrauchte Wort zu zitieren, daß der Weg das Ziel ist. Die Therapie ist ein Stück Einlassen in einen Lebensprozeß, der hoffentlich nach der Therapie ohne dieses konkrete Setting von selbst weitergehen kann.

#### **Logotherapie: Die lebensthematische Mitte, das Grundthema finden**

*Kurz:* Ich würde mich zunächst mal leiten lassen von der konkreten Problematik des Patienten. Und ich denke,

die Grunddimensionen der Psychotherapie sind die Problemlösungsperspektive auf der einen Seite, die Klärungsperspektive. Und das, was Sie in den Vordergrund ihres Votums gestellt haben, die Beziehungsperspektive.

Zunächst einmal muß ich abklären, in welcher Dimension hat der Patient eigentlich sein Problem, und von daher definiert sich dann auch das Ziel. Im Sinne der Logotherapie würde ich sagen, es ist offensichtlich für jeden Menschen wichtig, daß er so etwas hat wie eine lebensthematische Mitte, ein Grundthema, das ihn fasziniert und für das er sich einsetzt. Wenn er das nicht hat, dann werde ich so mit ihm sprechen, daß er es entdecken kann und zwar im konkreten Vorblick auf die Situation, die er zu bewältigen hat, und unter Berücksichtigung der Person, die er ist.

Und um zum Schluß vielleicht noch einmal ein beliebtes Mißverständnis der Logotherapie aus der Welt zu schaffen, möchte ich Ihnen eine kleine Geschichte erzählen. Imaginieren Sie folgende Situation: Ein Beduine sitzt in seinem Zelt, am Abend bei einer kleinen Öllampe, und er ißt Datteln. Er macht eine Dattel auf und stellt fest, da drin ist ein Wurm. Angewidert wirft er die Dattel weg. Er nimmt eine zweite Dattel, macht sie auf, stellt wieder fest, ein Wurm ist drin. Er wirft sie wieder weg. Er macht eine dritte Dattel auf und wieder ein Wurm. Da löscht er das Licht und ißt den Rest seiner Datteln mit großem Appetit. Ich weiß nicht, ob es ein psychoanalytisch angehauchter Mensch war, der dann vermutet hat, genauso geht Logotherapie, sie löschen einfach das Licht – ja, das ist ein großer Irrtum. Die Analytiker würden vielleicht vorrangig danach fragen, ja, wo kommt der Wurm eigentlich her, warum befinden sich Würmer in der Dattel, wir müssen dafür sorgen, daß die Würmer verschwinden. Ich würde sagen, wenn uns das gelingt, als Logotherapeuten zu entdecken, woher die Würmer kommen, dann werden wir die Würmer auch aus der Welt schaffen. Allerdings ist das Leben manchmal nicht so, meine Damen und Herren, es hat so seinen Wurm, und wir müssen es lernen, mit den Würmern zu leben, und das kann durchaus in diesem Sinne geschehen, wie der Beduine uns das vorgemacht hat.

#### **Psychoanalyse: Ängste erkunden und psychische Wahrheit suchen**

*Schwager-Scheinost:* Um ein Therapieziel zu formulieren oder ein Ziel für die analytische Arbeit – und das möchte ich jetzt nicht so sehr unterscheiden, ob es eine psychoanalytische Psychotherapie oder eine Psychoanalyse ist –, das ist zentral gerichtet auf einen Menschen, auf ein abgeschlossenes Individuum, wie Sie gesagt haben, aber das auf Beziehung eingestellt

ist und Beziehung sucht. Das aus Gründen, die oft so rasch nicht einsichtig sind in Beziehungen, nicht gelernt hat, sich Bedeutung zu geben, den eigenen Erfahrungen, den eigenen Empfindungen oder Gefühlen. Was hinter diesem Nicht-Bedeutung-geben-Können steht, sind meiner Erfahrung nach Ängste, und ich denke, daß es Aufgabe des Therapeuten ist, den Patienten zu begleiten, diese Ängste zu erkunden. Das kann nur so weit gehen, als er selber seine Ängste bearbeitet hat, oder nicht zu sehr unter ihrer Herrschaft steht.

Wohin der Weg führen kann, ist, daß Einsicht möglich ist und ein Stück mehr psychische Wahrheit, und die allein ist es, die ein Gefühl von Heilsein oder Geheiltheit bringen kann. Das heißt, ich würde psychoanalytische Arbeit auch als ein Stück Wahrheitssuche verstehen, daß im besten Fall, wenn die Behandlung abgeschlossen ist, der Patient für sich weiterführen kann als etwas, das er sich erworben hat, um Veränderung und Wachstum für sich weiterzubringen.

*Butterfield-Meissel:* Damit möchte ich diese Podiumsdiskussion schließen, ich möchte allen Teilnehmern hier am Podium und allen Teilnehmern im Auditorium danken, daß sie unter diesen schwierigen akustischen Bedingungen und in dem überfüllten Saal so lange und so lebhaft diskutiert haben. Mir ist so als Abschlußwort ein Titel eines Vortrags, der heute vormittag gehalten wurde und den ich aber nicht gehört habe, eingefallen,

nämlich: „Wahrhaftiger Dialog verlangt die Anerkennung von Differenzen“, und ich möchte dazufügen: auch von Ähnlichkeiten. Ich bin mir nach dieser Diskussion auch nicht ganz sicher, was schwerer fällt, das Anerkennen von Ähnlichkeiten oder das Anerkennen von Differenzen. Dankeschön.<sup>1</sup>

#### Gesprächsteilnehmer<sup>2</sup>

*Christine Butterfield-Meissel*, Psychoanalytikerin im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse und Fachärztin für Psychiatrie (Gesprächsleitung)

*Mag. Boglarka Hadinger*, Diplompsychologin und Psychotherapeutin im Institut für Logotherapie und Existenzanalyse

*Mag. Wolfgang Keil*, freiberuflicher Psychotherapeut, Soziologe, Theologe und Mitbegründer und Lehrtherapeut der ÖGwG

*Univ. Prof. Dr. Wolfram Kurz*, Theologe, Psychotherapeut, spezialisiert auf das Grenzgebiet zwischen diesen beiden Bereichen, Leiter des Instituts für Logotherapie und Existenzanalyse in Tübingen

*Felix de Mendelssohn*, Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker, Lehranalytiker im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse

*Prof. Mag. Dr. Peter F. Schmid*, Psychotherapeut, Mitbegründer der APG, Ausbilder des IPS der APG, Hochschulprofessor für Praktische Theologie und Pastoralpsychologie

*Dr. Marianne Schwager-Scheinost*, Psychoanalytikerin im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse, Psychotherapeutin und vom Quellenberuf Fachärztin für Psychiatrie mit

<sup>1</sup> Vgl. zum Thema auch die Kapitel (Dialoge mit Kommentar) über Psychoanalyse (Wolfgang Keil – Oskar Frischenschlager, von Lore Korbei) und Logotherapie (Jochen Sauer – Alfried Längle, von Veronika Poch) in: Christian Korunka (Hg.), *Begegnungen. Psychotherapeutische Schulen im Gespräch. Dialoge der Person-Centered Association in Austria (PCA)*, Wien (WUV) 1997.

<sup>2</sup> Angaben Juli 1996.



Jochen Eckert

# Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie? Entwicklung und Stand der Indikationsfrage in der Klientenzentrierten Psychotherapie

## Abstract:

*Einleitend wird herausgestellt, daß die kritische Haltung, die Carl Rogers gegenüber Diagnosen und Diagnostik eingenommen hat, nicht mit einer generellen Ablehnung gleichzusetzen ist.*

*Es wird dann versucht, Antworten auf folgende Fragen zu geben: Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung, unter welchen Bedingungen ist eine Gesprächspsychotherapie nicht und unter welchen kontraindiziert?*

**Keywords:** *Indikation, Therapieprozeß, Diagnostik, Setting.*

## 1. Einleitung

Der Gesprächspsychotherapie, auch klientenzentrierte oder personzentrierte Psychotherapie genannt, wird nachgesagt, daß sie Diagnosen ablehne. Das lernen so z.B. deutsche Medizinstudenten, wenn sie das sehr verbreitete „Lehrbuch Psychiatrie“ von Tölle benutzen: „Wenn Krankheitssymptomatik und Diagnose außer acht bleiben, folgt hieraus, daß die klientenzentrierte Therapie kaum als Behandlungsverfahren für Patienten gelten kann, die im klinischen Sinne krank sind.“ (Tölle 1991, 327) Die Feststellung, daß Krankheitssymptomatik und Diagnose außer acht bleiben, ist falsch (vgl. Eckert 1994), zumindest dann, wenn man sie auf C. R. Rogers, den Begründer des Verfahrens, zurückführt. Dennoch ist zu klären, wie sie zustande kommt. Rogers hat vor über 30 Jahren gefragt und festgestellt: „Soll die Psychotherapie von einer vollständigen psychologischen Diagnose des Klienten ausgehen und darauf aufbauen? Das ist eine komplexe und komplizierte Frage, eine Frage, die noch von keiner therapeutischen Orientierung vollständig beantwortet worden ist.“ (1951; dtsh. 1973, 205).

In seinen weiteren Ausführungen unterscheidet Rogers offensichtlich zwei Arten von Diagnostik, die sich in ihren jeweiligen Zielsetzungen unterscheiden und die wir heute als Status- bzw. Prozeßdiagnostik (vgl. Pawlik 1976) bezeichnen. Im Hinblick auf den psychotherapeuti-

schen Prozeß und dessen Zielsetzung hält er eine zeit- und situationsinvariante Statusdiagnose für in der Regel überflüssig: „Unsere Erfahrung hat uns zu der vorläufigen Schlußfolgerung geführt, daß eine Diagnose der psychischen Eigentümlichkeiten nicht nur unnötig, sondern in mancher Hinsicht auch nachteilig und unklug sein kann.“ (ebd. 209).

Offenbar ist dieser Satz nicht nur von Tölle und anderen Psychiatern, sondern auch von vielen Psychologen, vor allem von Gesprächspsychotherapeuten, dahingehend ausgelegt worden, daß Rogers Diagnosen ablehne. Übersehen wird bei dieser Auslegung, daß Rogers im Hinblick auf die Durchführung einer Psychotherapie allein die Erstellung einer „vollständigen psychologischen (Status-) Diagnose“ fragwürdig findet, hingegen die Bedeutsamkeit einer zeit- und bedingungsvariablen Prozeßdiagnose würdigt. Mit dieser Auffassung nimmt er die Ergebnisse von 40 Jahren Psychotherapieforschung vorweg, wenn er schreibt: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozeß, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Klinikers. So gesehen, hat der klientbezogene Therapeut Vertrauen in die Wirksamkeit der Diagnose. (...) In der klientbezogenen Therapie scheint das Ziel des Therapeuten zu sein, die Bedingungen zu schaffen, unter denen der Klient imstande ist, die Diagnose der psy-

chischen Aspekte seiner Fehlanpassung zu stellen, zu erfahren und zu akzeptieren.“ (ebd. 208 f)

Die vor allem in der Vergangenheit nicht zu übersehende ablehnende Haltung vieler Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland gegenüber Diagnostik und Diagnosen hat m. E. andere Gründe als die zitierten Ausführungen von Rogers. Die Ausbreitung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland fiel zusammen mit dem Beginn der anti-psychiatrischen Bewegung und in die Zeit, in der der Etikettierungsansatz („labeling approach“) auf die psychiatrischen Diagnosen übertragen wurde (z.B. Keupp 1972) mit dem Resultat, daß Diagnostizieren als eine unmoralische, weil krankmachende, Handlung angesehen wurde. Diese Einstellung gegenüber psychiatrischen Diagnosen teilten viele Gesprächspsychotherapeuten nicht nur mit vielen anderen Psychologen, sondern auch mit vielen – meist sozialpsychiatrisch orientierten – Psychiatern.

## 2. Geschichte der Indikationsstellung in der Gesprächspsychotherapie

Rogers hat in einer grundlegenden Veröffentlichung 1942 acht Kriterien genannt, die erfüllt sein sollten, wenn mit einem Klienten eine beratende Behandlung erfolgreich durchgeführt werden soll (Rogers 1972, 76 f./1942):

- (1) Das Individuum steht unter einer gewissen Spannung, die sich aus nicht zu vereinbarenden persönlichen Wünschen oder aus dem Konflikt zwischen sozialen und umgebungsbedingten Forderungen und den individuellen Bedürfnissen ergibt. Der Druck und die Spannung, die auf diese Weise entstanden, sind größer als die Belastung, die es für das Individuum bedeutet, seine Gefühle in bezug auf seine Probleme auszudrücken.
- (2) Das Individuum verfügt über einige Kapazität, sich dem Leben zu stellen. Es besitzt in angemessenem Umfang die Fähigkeit und Stabilität, eine gewisse Kontrolle über die Elemente seiner Situation auszuüben. Die Umstände, denen es sich gegenüber sieht, sind nicht so ungünstig oder so unveränderbar, daß es ihm unmöglich ist, sie zu kontrollieren oder zu verändern.
- (3) Dem Individuum ist Gelegenheit gegeben, seine widerstreitenden Spannungen in geplanten Kontakten mit dem Berater auszudrücken.
- (4) Es ist imstande, diese Spannungen entweder verbal oder mit Hilfe anderer Medien auszudrücken. Ein bewußtes Verlangen nach Hilfe ist von Vorteil, aber nicht unbedingt erforderlich.
- (5) Das Individuum ist entweder emotionell oder räumlich in angemessenem Umfang von familiärer Kontrolle unabhängig.

- (6) Es ist einigermaßen frei von übermäßiger Labilität, besonders von einer solchen organischer Natur.
- (7) Es besitzt eine angemessene Intelligenz, um es mit seiner Lebenssituation aufnehmen zu können.
- (8) Es ist von angemessenem Alter – alt genug, um sich einigermaßen mit dem Leben auseinanderzusetzen, und jung genug, um noch einige Anpassungs-Elastizität zu besitzen. Dieses Alter liegt ungefähr zwischen dem zehnten und dem sechzigsten Lebensjahr.

Diese Kriterien nimmt Rogers (1973, 213/1951) wieder zurück. Er schreibt: „Die Liste von Kriterien erwies sich als in keiner Weise hilfreich; nicht so sehr, weil sie falsch war – obwohl die Punkte 5 und 8 fortgesetzt widerlegt wurden –, sondern weil sie bei dem in der Ausbildung befindlichen Berater eine wertende, diagnostizierende Geisteshaltung hervorrief, die nicht von Vorteil ist.“

Seine Meinung über die Rolle der Indikation in der Gesprächspsychotherapie faßt Rogers (ebd. 214) in den Satz: „Wir sind der Ansicht, daß der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt. Wenn es gewisse Arten von Individuen gibt, die nicht empfänglich sind oder für welche die klientenbezogene Therapie kontraindiziert ist, dann werden Erfahrung und Forschung uns zeigen, welche Gruppen das sind“.

Was haben nun Erfahrung und Forschung erbracht?

Anfang der 80er Jahre stellten Baumann und Wedel (1981) in einem Überblick über den Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich fest, daß es in der Gesprächspsychotherapie bezüglich der Diagnose- und Indikationsfragen zwei Positionen gäbe: die Vertreter der einen Position erwähne Indikationsfragen kaum, während die Vertreter der anderen sich mit ihnen explizit auseinandersetzten.

Heute scheint die Position der Gesprächspsychotherapie vor allem im Hinblick auf die Einbeziehung psychiatrischer Statusdiagnosen einheitlicher zu sein, so daß Teusch (1991, 55) glaubt feststellen zu können: „Das Stellen einer Diagnose – über lange Zeit ein Tabuthema in der Gesprächspsychotherapie – ist in der Gesprächspsychotherapie im europäischen Raum selbstverständlicher Teil der Behandlungsplanung“.

Sicherlich haben zu dieser Entwicklung nicht nur klinische Notwendigkeiten, sondern auch gesellschaftliche Anforderungen beigetragen: Vorgaben der deutschen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens als Richtlinienverfahren, der Krankheitsbegriff im Sozialgesetzbuch (SGV) usw. gehen von einem aus der medizinischen Tradition stammenden Auffassung von Krankheit und Diagnose aus. Eine Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch die Gesellschaft, d.h. z.B. durch die Träger der Krankenversicherungen, ist nur denkbar, wenn sie sich diesen Anforderungen stellt.

In diesem Zusammenhang ist die Warnung von Peter F. Schmid (1992, 105) zu erwähnen, der befürchtet, daß sich „unter dem Druck von Legitimationserfordernissen und Anerkennungsbedürfnissen manche Weiterentwicklung als Rückschritt in durch Rogers bereits überwundene Positionen herausstellt“.

Im folgenden soll der heutige Umgang mit Indikationsfrage in der Gesprächspsychotherapie möglichst praxisnah dargestellt werden.

### 3. Diagnose, Diagnostik und Indikationsstellung in der Gesprächspsychotherapie heute

#### 3.1 Wann ist eine Psychotherapie indiziert?

Allgemein gilt: Eine Psychotherapie im engeren Sinne, d.h. als Krankenbehandlung, ist dann angezeigt, wenn die Störung des Patienten (auch) einen psychischen Ursprung hat, und eine psychotherapeutische Behandlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dazu beitragen kann, eine positive Veränderung der Störung selbst oder der damit zusammenhängenden Befindlichkeit (Leiden) zu bewirken. Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientiertes Handeln ist auch dann angezeigt, wenn die psychischen Beschwerden eine Reaktion auf eine organische Erkrankung oder ein belastendes Ereignis darstellen.

Zu beantworten sind also bei diesem ersten Schritt drei Fragen:

1. Welche Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?
2. Welche Bedingungen schränken diese Kriterien ein, d.h. wann ist eine Psychotherapie nicht indiziert?
3. Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?

Ob eine psychische Störung vorliegt, kann in einem ersten Schritt durch die Erhebung einer formalen Diagnose gemäß ICD-9 bzw. ICD-10 oder DSM-III-R bzw. DSM-IV festgestellt werden. Die Diagnosen bzw. Störungen, die als psychotherapieindikativ angesehen werden, wurden in die sog. Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen. Ihre Kennzeichnung ist jedoch noch an ICD-9 bzw. am tiefenpsychologischen Krankheitsmodell orientiert.

Es handelt sich dabei um folgende Störungen:

*Anwendungsbereiche für Psychotherapie in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987, in der geänderten Fassung vom 4. Mai 1990)*

*Auszug aus Abschnitt D:*

1. *Psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen)*
2. *Vegetativ-funktionelle Störungen und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie*
3. *Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann. Indikationen hierfür können nur sein:*
  - 3.1 *Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.*
  - 3.2 *Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Mißbildungen stehen.*
  - 3.3 *Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.*
  - 3.4 *Seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten.*
  - 3.5 *Seelische Behinderungen als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.*

Die Diagnose allein sagt nur wenig über den zu erwartenden Behandlungserfolg aus. Patienten mit ein und derselben Diagnose können mit ein und demselben psychotherapeutischen Verfahren sehr wohl sehr erfolgreich als auch erfolglos behandelt werden oder gar Schaden nehmen.

Dennoch zeigen gruppenstatistische Untersuchungen, daß die Erfolgsquote von gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen bei unselegierten Patientenstichproben sehr wohl in Abhängigkeit von der Art der Störung variiert. Werden alle um eine Gesprächspsychotherapie nachsuchenden Patienten ohne jede weitere Selektion, jedoch unter Ausschluß der kontraindizierten, behandelt, so profitieren ca. 2/3 von ihnen von der psychotherapeutischen Behandlung. Bei Abhängigkeitserkrankungen, z.B. Alkoholismus, liegt diese Erfolgsquote mit ca. 1/3 deutlich niedriger.

Innerhalb der klassischen Neurosen haben z.B. Patienten mit den Diagnosen depressive Neurose, Phobie und Angstneurose bessere Erfolgschancen als Patienten mit anderen Formen neurotischer Erkrankung, z.B. mit einer Zwangneurose. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben im Mittel einen geringeren Behandlungserfolg als Patienten mit psychoneurotischen Störungen. Ein gewis-

ser Ausgleich kann durch die Therapiedauer erreicht werden: Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung brauchen längere Therapiezeiten als die mit einer neurotischen Erkrankung.

Um es zu wiederholen: Diese gruppenstatistischen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Art der Störung und dem Therapieerfolg bzw. dem erforderlichen Therapieumfang geben keine ausreichende Basis für eine Prognose im Individualfall ab.

Wann ist eine Psychotherapie trotz des Vorliegens einer psychotherapie-indikativen Störung nicht indiziert?

In einem zweiten Schritt ist die Frage zu untersuchen, ob eine Psychotherapie auch tatsächlich eine Veränderung verspricht. Das wird z.B. wenig wahrscheinlich sein bei einem Patienten, der wiederholt als neurotisch depressiv diagnostiziert worden ist und bei dem sich im Verlaufe des Erstinterviews herausstellt, daß er bereits vier Therapien ohne Erfolg abgeschlossen bzw. abgebrochen hat, und die Exploration seiner Lebenssituation deutlich macht, daß er alleine lebt und außer den erwähnten Therapiekontakten keine weiteren Sozialkontakte hat, worin er kein Problem sieht.

Allgemeiner formuliert: Eine Psychotherapie ist trotz des Vorliegens einer psychotherapieindikativen Störung in der Regel dann nicht indiziert, wenn die Therapie anderen Zielen dienen soll als der Auseinandersetzung mit der eigenen Person mit dem Ziel, sich selbst zu verändern.

Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie als kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

Die letzte Frage, die vor einer positiven Indikationsstellung zu klären ist, ist die nach Hinweisen für eine Kontraindikation. Ein Beispiel dafür ist eine 38jährige, als depressiv diagnostizierte Patientin, die seit ihrem 18. Lebensjahr mit einem querschnittsgelähmten und an den Rollstuhl gefesselten Mann verheiratet ist. Aus der Vorgeschichte der Patientin ist zu erfahren, daß die Mutter der Patientin mit dieser zusammen einen sog. erweiterten Suizidversuch unternommen hat. Die Patientin war 3 Jahre alt, als die Mutter mit ihr zusammen von einer Brücke in die Elbe gesprungen ist. Die Mutter ist dabei ertrunken. Der Patientin, die die Ehe als ihren wesentlichen Lebensinhalt schildert, wird im Erstgespräch im Ansatz bewußt, daß die Wahl des gehunfähigen Partners einen Zusammenhang mit dem Suizid ihrer Mutter haben könnte. Sie verständigt sich mit dem Erstinterviewer darüber, daß eine Psychotherapie, in der solche Zusammenhänge zwangsläufig Thema werden, möglicherweise nicht die richtige Behandlung für sie sei. Sie wolle auf keinen Fall ihre Ehe aufs Spiel setzen. Da die nicht zu übersehende Depression der Patientin von einer Reihe von somatischen Symptomen begleitet war, riet der Erstinterviewer ihr zunächst zu einer herkömmlichen ‚Kur‘, d.h. zur Behand-

lung in einer primär auf die Behandlung von somatischen Beschwerden ausgerichteten Kurklinik. Das Angebot des Erstinterviewers, ihn nach dieser Kur erneut aufzusuchen, um die Frage einer Psychotherapie erneut zu behandeln, wurde von der Patientin nicht wahrgenommen. Eine Kontraindikation wird häufig auch bei sog. frühen Störungen gestellt werden müssen, d.h. bei Patienten, deren Störung sich auf ein instabiles Selbstkonzept zurückführen läßt. Ein Beispiel dafür ist ein 19jähriger junger Mann, der von seinen Eltern aus den „Klauen einer Sekte befreit“ worden ist, und dem nach Meinung der Eltern eine Psychotherapie bei der Aufarbeitung der dort angerichteten Schäden helfen soll. Im Erstinterview wird aber rasch deutlich, daß die vielfältigen psychischen Störungen des jungen Mannes nicht als Reaktion auf die Mitgliedschaft in dieser Sekte zu verstehen sind – während der Mitgliedschaft war er fast symptomfrei gewesen – sondern als Ausdruck eines instabilen Selbst. Der Erstinterviewer empfiehlt statt einer Psychotherapie den Besuch einer sog. Tagesstätte, einer psychosozialen Einrichtung für psychisch Kranke, die eine feste Struktur für die Gestaltung des Tagesablaufs bereitstellt und die Möglichkeit bietet, die Fertigkeiten und Kenntnisse zu erwerben, die man braucht, um ein eigenständiges Leben, unabhängig von der konkreten Versorgung durch die Eltern, zu führen. Generell gilt: Eine Psychotherapie ist dann kontraindiziert, wenn durch die Psychotherapie und die in ihr zu erwartenden Prozesse der Patient letztlich überfordert sein wird und dadurch Schaden nehmen wird.

### 3.2 Wann ist eine Gesprächspsychotherapie indiziert und mit welchen Erfolgsaussichten?

Die Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Verfahren muß die spezifischen psychischen Prozesse berücksichtigen, die das Verfahren bewirkt bzw. bewirken will, in denen sich seine Wirksamkeit entfaltet.

Als Beispiel dafür sei hier die verhaltenstherapeutische Technik der systematischen Desensibilisierung genannt. Wenn diese Technik der Angstbehandlung eingesetzt werden soll, ist im Rahmen der Indikationsstellung sicherzustellen, daß der Patient auch in der Lage ist, sich die angstausslösenden Situationen vorzustellen.

Die Indikationsregeln für eine Gesprächspsychotherapie lauten unter Berücksichtigung der spezifisch gesprächspsychotherapeutischen Prozeßfaktoren:

*Indikationskriterien für eine Gesprächspsychotherapie*  
*Eine Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung ist dann indiziert, wenn*

1. die Störung eine psychische ist, und zwar eine Inkongruenz zur Grundlage hat,
2. ein Selbstkonzept und ein gewisses Ausmaß von Beziehungsfähigkeit zu sich selbst beim Klienten gegeben sind,

3. *der Klient seine Inkongruenz zumindest im Ansatz als solche wahrnimmt, und diese Wahrnehmung mit einem Wunsch nach Veränderung verbunden ist,*
4. *der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann und*
5. *in der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Klienten wenigstens ein erster Schritt zur Behebung einer psychischen Störung bzw. zur Lösung seiner Probleme gesehen werden kann, und sei es auch nur die Klärung des Problems.*

Aus: Biermann-Ratjen et al. 1995, 155.

Gegenüber den bisherigen allgemeinen Ausführungen zur Indikationsstellung ergeben sich im Hinblick auf eine Indikation für eine Gesprächspsychotherapie folgende Präzisierungen:

- Bei der psychischen Störung (Kriterium 1) wird es sich in der Regel um eine Psychotherapie-indikative Störung handeln. Sie muß Inkongruenz im Sinne des klientenzentrierten Störungskonzepts zur Grundlage haben.
- Kriterium 2 ist ein Kriterium für eine Kontraindikation aufgrund eines zu instabilen Selbstkonzepts.
- Kriterium 3 drückt im Rahmen des klientenzentrierten Störungskonzepts so etwas wie das Vorhandensein einer Krankheitseinsicht und eine ausreichende Motivation für eine Veränderung (Leidensdruck) aus.
- Kriterium 4 soll sicherstellen, daß der spezifische gesprächspsychotherapeutische Prozeß, ausgehend vom gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, vom Patienten nicht nur wahr-, sondern auch angenommen werden kann.
- Kriterium 5 soll sicherstellen, daß die Kriterien für eine Nicht-Indikation nicht erfüllt sind.

Können die Kriterien 1–3 und 5 als erfüllt angesehen werden, ist Kriterium 4 das für eine Indikationsstellung wichtigste. Ob es vorliegt, kann sowohl während eines Erstgesprächs als auch in probatorischen Gesprächen vor der endgültigen Vereinbarung einer Behandlung überprüft werden. Der Erstinterviewer beobachtet dabei, wie der Patient auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot reagiert. Fühlt er sich dadurch für den Erstinterviewer sichtbar und spürbar emotional und kognitiv angesprochen, ist das ein starker positiver Indikator, der als „Ansprechbarkeit für das therapeutische Beziehungsangebot“ bezeichnet wird.

Dieses Merkmal des Patienten korreliert auch mit dem späteren Therapieerfolg und ist somit auch ein prognostischer Faktor.

Ein weiteres prognostisches Merkmal des Patienten ist seine „Selbstexploration“. Sowohl die „Ansprechbarkeit“ als auch die Selbstexploration sind operational definiert, d.h. die Definitionen liegen in einer Form vor, die auch die Einschätzung des Ausprägungsgrades des Kriteriums

zulassen. Die Ansprechbarkeit kann im Rahmen von probatorischen Sitzungen mit einem kurzen Klientenfragebogen erfaßt werden (BIKEB, s. Biermann-Ratjen et al. 1995, 203), die Selbstexploration kann vom Therapeuten bzw. Erstinterviewer auf einer Skala eingeschätzt werden.

Die Suche nach weiteren substantiellen Prädiktoren, die auch einer empirischen Überprüfung standgehalten hätten, war bisher weitgehend vergeblich. Dieses Dilemma teilt die Gesprächspsychotherapie mit den anderen Therapieverfahren.

Die sorgfältigen Überblicksarbeiten von Garfield (1994) für die Einzelpsychotherapie und von Piper (1994) für die Gruppenpsychotherapie zeigen, daß es kein einzelnes, vor der Behandlung erhebbares Statusmerkmal des Patienten gibt, das eine substantielle und sichere Prognose des Therapieerfolges zuläßt.

Zur Prognose des Erfolgs gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen hat Zielke (1979) eine Skala entwickelt, die „Kieler Änderungssensitive Symptomliste“ (KASSL). Leider sind mir keine weiteren Untersuchungen mit diesem Instrument bekannt, obwohl die Ergebnisse des Autors vielversprechend waren.

Als ebenfalls prognostisch relevant, aber zugleich für die Praxis meist zu unökonomisch, da zu zeitaufwendig, haben sich Prädiktionsmaße erwiesen, die aus der direkten bzw. indirekten, z.B. vom Video, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Patienten gewonnen werden. Im Bereich der Gesprächspsychotherapie gehören außer der „Selbstexploration des Patienten“ auch Maße wie die „Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst“ (s. Biermann-Ratjen et al. 1995, 75) dazu.

Zusammenfassend läßt sich festhalten: Eine Gesprächspsychotherapie ist dann indiziert, wenn die fünf o. g. Kriterien als erfüllt angesehen werden können, und die Prognose bezüglich des Therapieerfolges ist um so günstiger, je ansprechbarer der Patient für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot ist, d.h. wenn er darauf mit erhöhter Selbstexploration bzw. verstärkter Selbstauseinandersetzung reagiert.

### 3.3 Welches ist das angemessene therapeutische Setting?

Das Prinzip der Ansprechbarkeit für das jeweilige therapeutische Angebot sollte auch auf die Wahl des Settings angewendet werden. Einem Patienten sollte das Setting empfohlen werden, in dem seine Symptome und inadäquaten Verhaltensweisen, bzw. die dahinterliegenden Probleme und Konflikte am ehesten einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich werden.

So ist z.B. ein Patient mit Konkurrenzproblemen, z.B. in der Form von Angst vor offener Auseinandersetzung im beruflichen und privaten Bereich, aber auch in der Form von chronischer unterschwelliger Aggression, sicherlich

in einer Gruppentherapie besser aufgehoben als in einer Einzeltherapie. Eine Paartherapie wäre unter diesem Gesichtspunkt dann indiziert, wenn sich die Störung des Patienten vor allem in der konkreten Partnerschaft manifestiert bzw. durch diese ausgelöst wird. Aber auch für dieses Indikationsprinzip gilt, daß der Patient – und im Falle der Paartherapie auch ihr Partner/seine Partnerin – dieser Settingempfehlung zustimmen kann, mit einer Hoffnung auf Hilfe verbindet.

### 3.4 Welcher ist der angemessene zeitliche Rahmen für eine Gesprächspsychotherapie?

In der Regel wird kein Stundenkontingent für eine Gesprächspsychotherapie vereinbart. Die übliche Behandlungsfrequenz beträgt eine Sitzung von 50 Min. Dauer pro Woche. Im Idealfall stimmen Patient und Therapeut darin überein, wann die Behandlung mit einem guten bzw. ausreichenden Ergebnis beendet werden kann. Gesprächspsychotherapie umfaßt unter diesen Bedingungen im Mittel knapp 70 Sitzungen, verteilt auf einen Zeitraum von etwa zwei Jahren.

Die Behandlungsfrequenz wird von vielen Gesprächspsychotherapeuten und ihren Patienten variabel gehandhabt. Häufig kommt es gegen Ende der Behandlung zu einer „Streckung“ der Frequenz, z.B. sehen sich Patient und Therapeut nur noch bei „Bedarf“ oder in größeren zeitlichen Abständen. Mit der Streckung „probt“ der Patient die Zeit nach der Trennung vom Therapeuten.

Der für eine Behandlung erforderliche zeitliche Rahmen ist offenbar auch von der Art der Störung abhängig. Borderline-Patienten z.B. brauchen deutlich mehr therapeutische Sitzungen als z.B. Patienten mit einer sog. posttraumatischen Belastungsreaktion (vgl. Biermann-Ratjen et al. 1995, 166).

Unter bestimmten Bedingungen haben sich für bestimmte Patienten auch zeitlich limitierte Behandlungen bewährt. So hat der Autor dieses Beitrags gute Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in sogenannten geschlossenen Therapiegruppen gemacht, die bei einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche nach einem Jahr abgeschlossen wurden. Die bekannten massiven Trennungsprobleme dieser Patienten waren in diesem Setting, das vorher vereinbart worden war, deutlich geringer als sonst oft zu beobachten ist.

### 3.5 Überlegungen zur differentiellen Indikation

In den Fällen, bei denen zwar eine Psychotherapie, nicht jedoch eine Gesprächspsychotherapie indiziert ist, stellt sich die Frage, welches andere psychotherapeutische Verfahren in Frage käme.

Das Wissen über empirisch gesicherte Kriterien, die eine differentielle Indikationsstellung zulassen, ist noch immer als eher dürftig zu bezeichnen.

Grawe et al. (1994, 695) können aus ihrer umfangreichen Metaanalyse keine durch mehrere Studien gesicherten Indikatoren für eine differentielle Therapieindikation entnehmen. Sie weisen jedoch darauf hin, daß die verschiedenen Therapieverfahren und Therapiesettings nachweislich unterschiedliche „Wirkprofile“ haben. Diese können eine Orientierungshilfe bei der differentiellen Therapieindikation darstellen. So hat man durch Vergleichsuntersuchungen herausgefunden, was ein Therapieverfahren bzw. -setting im Vergleich zu anderen im Mittel „besser“ oder gezielter leistet. Beispielsweise bewirken Gruppen- und Paartherapien mehr Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich als Einzeltherapie, und eine kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie (nach Beck) bewirkt im Vergleich zu einer interpersonellen Therapie (nach Klerman et al. 1984) bei Depressionen stärkere Veränderungen „dysfunktionaler Gedanken“. Gesprächspsychotherapie scheint mehr als andere Therapieverfahren geeignet zu sein, die sogenannten internalen Kontrollüberzeugungen von Patienten anzuheben, d.h. gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten gewinnen zunehmend die Überzeugung, daß ihre Probleme nicht vorwiegend eine Reaktion auf äußere Schwierigkeiten sind, sondern daß auch sie selbst dazu beitragen und damit auch die Möglichkeit, daran etwas zu verändern, wächst.

Es gibt bisher aber keine gesicherten Erkenntnisse über Patientenmerkmale, die eine prognostisch günstige und eindeutige Zuweisung zu einem bestimmten Therapieverfahren ermöglichen würden.

Ein guter Therapieverlauf setzt eine gute „Passung“ zwischen dem Therapeuten, seiner Persönlichkeit und dem von ihm praktizierten Therapieverfahren auf der einen und dem Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Störung auf der anderen Seite voraus.

Wie bereits erwähnt, besteht ein Teil dieser Passung darin, daß der Patient auf die spezifischen Therapieprozeßfaktoren bzw. Wirkfaktoren eines Verfahrens und des gewählten Settings so anspricht, daß diese zum Tragen kommen und ihre Wirksamkeit entfalten können. Diese Wirkfaktoren stellen eine grobe Orientierung für eine differentielle Indikationsstellung dar:

- Wenn zu erwarten ist, daß sich die Störung des Patienten vor allem in der Übertragung manifestiert, dann sollte die Möglichkeit einer tiefenpsychologischen Psychotherapie geprüft werden.
- Wenn zu erwarten ist, daß eine gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot beim Patienten eine Prozeß der Selbstreflexion und Selbstexploration anstößt, dann sollte an eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung gedacht werden.

- Ist abzusehen, daß der Patient seine Störung symptomzentriert und kompetent angeleitet durch einen Therapeuten behandelt wissen möchte, dann wird eine Verhaltenstherapie zu empfehlen sein.

Der zweite wichtige Aspekt der therapeutisch notwendigen Passung ist die „therapeutische Beziehung“ zwischen Patient und Therapeut. Diese Beziehung wird unterschiedlich bezeichnet, z.B. als „therapeutische Allianz“, „tragfähiges Arbeitsbündnis“ oder „therapeutisches Bündnis“. Sie kann nicht verfahrens-, sondern nur personenspezifisch sein. Das rechtfertigt eine gängige Praxis bei der Indikationsstellung: Häufig wird einem Patienten nicht ein spezifisches Therapieverfahren empfohlen, sondern ein bestimmter Psychotherapeut, von dem man zu wissen glaubt, daß er mit diesem Patienten die therapeutische Beziehung wird haben können.

### 3.6 Wann ist eine Gesprächspsychotherapie nicht indiziert bzw. kontraindiziert?

Psychische Hilfe kann nicht nur durch systematische Psychotherapie geleistet werden, und manchmal kann Psychotherapie auch eher schaden als nützen.

Alle erfahrenen Indikationssteller kennen die Erfahrung, daß bereits ein oder zwei Erstinterviews, die ja immer auch den Charakter eines psychotherapeutischen Gesprächs haben, bei einem Patienten so umfangreiche Veränderungen auslösen, daß sich eine weitere Psychotherapie erübrigt.

Die Gründe für eine Nicht- bzw. Kontraindikation wurden bereits aufgeführt.

Gesprächspsychotherapeuten tun sich z.B. im Vergleich zu Psychoanalytikern eher schwer, zu befinden, daß eine Gesprächspsychotherapie nicht indiziert ist. Das hat sowohl rationale als auch irrationale Gründe. Einer der irrationalen Gründe ist der, daß manche Gesprächstherapeuten Skrupel entwickeln, einen Patienten mit einem dezierten Therapiebegehren abzuweisen, obwohl absehbar ist, daß eine Gesprächspsychotherapie mit großer Sicherheit nicht helfen wird. Sie rationalisieren ihre Entscheidung damit, daß sie ihr Verhalten als „klientenzentriert“ bezeichnen, obwohl sie sich nur dem drängenden Wunsch eines Patienten gefügt haben.

Die mehr rationalen Gründe dafür, die Schwelle für eine Kontraindikation sehr hoch zu legen, liegen im Verfahren selbst. Die im Vergleich zu anderen Verfahren eher geringen „Anforderungen“ an die Voraussetzungen, die ein Patient für eine Gesprächspsychotherapie mitzubringen hat, eröffnen nachweislich ein, bezogen auf die Art und Schwere der Störung, sehr breites Indikationsspektrum.

Im Falle einer Nicht- bzw. Kontraindikation sollte der Erstinterviewer eine Antwort auf die Frage finden: Welche andere Form von Hilfe wird dem Patienten gerecht?

Dazu wird er mit dem Patienten zu klären haben, welche Veränderungen mit welchen Zielen er sich wünscht. Häufig wird sich dabei herausstellen, daß es um die Überwindung von Verhaltensdefiziten geht.

Ein Beispiel: Der 35jährige, wiederholt stationär psychiatrisch behandelte Patient fühlt sich von der Mutter abhängig. Er möchte zwar von seiner Mutter weg in eine eigene Wohnung ziehen, sieht sich aber dazu nicht im Stande, weil er glaubt, den Aufgaben einer eigenen Haushaltsführung nicht gewachsen zu sein. Diesem Patienten werden sicherlich sozialtherapeutische Maßnahmen mehr helfen als eine ausschließlich psychotherapeutische Bearbeitung seiner Abhängigkeitsproblematik. Eine solche Behandlungsempfehlung schließt natürlich nicht aus, daß der Patient dann, wenn er den ersten Schritt getan hat, von zu Hause ausgezogen ist und erlebt, daß er sich doch selbst versorgen kann, auch eine Psychotherapie macht. Auch die Behandlung, die anstelle einer Psychotherapie empfohlen wird, muß in Abstimmung sowohl mit den Zielen als auch mit den Möglichkeiten des Patienten erfolgen. Auch wenn das Ziel, wie im genannten Beispiel, eine von der Mutter unabhängige Lebensführung ist, kann der Vorschlag, in eine betreute Einrichtung, z.B. in ein sozialpsychiatrisches Übergangwohnheim, zu ziehen, den Patienten überfordern, wenn ihn tatsächlich die konkrete Trennung von der Mutter überfordert. Möglicherweise wäre in diesem Fall ein Tagesstättenbesuch als erster Schritt die angemessenere Behandlungsempfehlung.

#### Literatur:

- Baumann, U./von Wedel, B. (1981), Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich, in: Baumann, U. (Hg.), Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung, München (Urban & Schwarzenberg) 1981, 1-36
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (7., überarb. u. erweit. Aufl.), Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- Eckert, J. (1994), Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie, in: Janssen, P./Schneider, W. (Hg.), Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik, Stuttgart (Gustav Fischer) 1994, 147-167
- Faber, F. R./Haarstrick, R. (1991), Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, Neckarsulm (Jungjohann) 1991
- Garfield, S. L. (1994), Research on client variables, in: Bergin, A. E./Garfield, S. L. (Hg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 190-228, New York Chichester Brisbane Toronto Singapore (Wiley) 1994
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe) 1994.
- Keupp, H. (1972), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München (Urban & Schwarzenberg) 1972.
- Klerman, G. L./Weissman, M. M./Rounsaville, B. J./Chevron, E. S. (1984), Interpersonal psychotherapy of depression, New York (Basic Books) 1984

- Pawlik, K. (1976) (Hg.), *Diagnose der Diagnostik*. Stuttgart (Klett) 1976
- Piper, W. E. (1994), Client Variables, in: Fuhriman, A./Burlingame, G. M. (Hg.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis*, New York Chichester Brisbane Toronto Singapore (Wiley) 1994, 83-113
- Reimer, Chr./Eckert, J./Hautzinger, M./Wilke, E. (1996), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, Berlin Heidelberg New York (Springer) 1996
- Rogers, C. R. (1972), *Die nicht-direktive Beratung*. München (Kindler) 1972, Original erschienen 1942: *Counselling and psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin).
- Rogers, Chr. (1973), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973, Original erschienen 1951: *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin)
- Schmid, P. F. (1992), *Das Leiden. Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“*, in: Frenzel, P./Schmid, P. F./Winkler, M. (Hg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1992, 83-126
- Teusch, L. (1991), *Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen*, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Heidelberg (Asanger) 1991, 45-58
- Tölle, R. (1991), *Psychiatrie*, Berlin (Springer)<sup>9</sup>
- Zielke, M. (1979), *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Kohlhammer) 1979

### Biographie

*Dr. Jochen Eckert, Professor für klinische Psychologie/Psychotherapie an der Universität Hamburg. Zahlreiche Veröffentlichungen in den Bereichen Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Mitverfasser des Standardwerks „Gesprächspsychotherapie“, Verändern und Verstehen“, das 1995 in der 7. Auflage erschienen ist, und des 1996 bei Springer erschienenen Buches „Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen“. Forschungsschwerpunkte sind Gruppenpsychotherapie und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.*



Eva-Maria Biermann-Ratjen

# Eine klientenzentrierte Krankheitslehre

## Abstract:

*Der zentrale Begriff der Klientenzentrierten Krankheitslehre ist die Inkongruenz zwischen der gesamtorganismischen Bewertung von Erfahrung und ihrer Bewertung als das Selbstkonzept bestätigend oder bedrohend. Diese Bewertungen und ihre Nichtübereinstimmung können als affektive und damit Selbsterfahrungen bewußt werden, aber auch dem Bewußtsein mehr oder weniger vollständig ferngehalten, d.h. abgewehrt werden. Im Klientenzentrierten Konzept wird zwischen mehr oder weniger früh gestörten Selbstkonzepten unterschieden, d.h. zwischen mehr oder weniger fully functioning persons mit entsprechend geringerer oder größerer Vulnerabilität bzw. primärer Inkongruenz. Psychopathologische Phänomene werden im Klientenzentrierten Konzept als Ausdruck akuter oder chronischer sekundärer Inkongruenz verstanden: Sowohl die das Selbstkonzept bedrohenden Erfahrungen als auch die Erfahrungen des Bedrohtseins im eigenen Selbstverständnis sowie deren affektive Bewertung und/oder Abwehr können akut oder chronisch und ganz oder teilweise im Bewußtsein symbolisiert sein.*

**Keywords:** Krankheitslehre, Entwicklung, Kongruenz, Psychopathologie, Ätiologie.

Obwohl seit Rogers dem Klientenzentrierten Psychotherapeuten eine ausgesprochene Distanz gegenüber jeder Art von Krankheitslehre eigen und Abstinenz von diagnostischem und ätiologischem Denken während des therapeutischen Gesprächs integraler Bestandteil des eben darum so genannten Klientenzentrierten Psychotherapiekonzepts ist, soll es im folgenden unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, ob es eine Krankheitslehre enthält. Es soll nicht um eine Krankheitslehre für das Klientenzentrierte Konzept gehen, eine tiefenpsychologisch orientierte etwa in Abgrenzung von anderen Entwürfen einer Krankheitslehre für das Klientenzentrierte Konzept, z.B. verhaltensmodifikatorischen oder am interpersonalen Modell orientierten, so als enthielte das Klientenzentrierte Konzept keine eigenen Vorstellungen von psychischer Krankheit.

Die Klienten-, Person- und Personenzentrierten Psychotherapeuten weisen schon mit ihren Namen darauf hin, daß es ihnen in der Psychotherapie um die Begegnung geht und daß die Beschäftigung mit theoretischen Überlegungen der Begegnung von Therapeut und Klient ausgesprochen abträglich sein kann. Christian Fehringer zitiert in diesem Zusammenhang im Jahrgang 13 (S. 15) der apg-Kontakte Rogers wie folgt: „Mein Verdacht geht dahin, daß wir – vorausgesetzt, wir würden daran glauben – auch dann noch alle gleichermaßen erfolgreich wären, wenn jeder von uns gänzlich verschiedene Theorien verträte. Ich darf sogar die Hypothese wagen, daß die jewei-

lige Theorie des Therapeuten unmittelbar in der Beziehung selbst unerheblich ist und, falls sie dem Therapeuten in jenem Augenblick gerade bewußt ist, der Therapie sogar abträglich ist. Ich will damit sagen, daß die existentielle Begegnung wichtig ist. Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewußtsein kein Platz. Man kann auch sagen, daß wir in eben dem Maß, in dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selbst mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler. Damit soll keineswegs in Abrede gestellt werden, daß es uns ein andermal nötig und lohnenswert erscheinen könnte, eine Theorie zu entwickeln, die uns selbst betrifft oder unsere Klienten oder Patienten, um den Veränderungsprozeß näher unter die Lupe zu nehmen. Ich neige jedoch zu der Annahme, daß im Augenblick der Beziehung selbst solches Theoretisieren unnütz oder gar nachteilig ist.“ (Rogers 1983, 201).

An dieser Stelle sei auch Freud zitiert, der in seinen „Ratschlägen für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ – sagt: „Es ist zwar einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, daß Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen, aber die Technik, die der einen dient, widersetzt sich von einem gewissen Punkte an doch der anderen. Es ist nicht gut, einen Fall wissenschaftlich zu bearbeiten, solange seine Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, seinen Aufbau zusammensetzen, seinen Fortgang erraten zu wollen, von Zeit zu Zeit

Aufnahmen des gegenwärtigen Status zu machen, wie das wissenschaftliche Interesse es fordern würde. Der Erfolg leidet in solchen Fällen, die man von vornherein der wissenschaftlichen Verwertung bestimmt und nach deren Bedürfnissen behandelt; dagegen gelingen jene Fälle am besten, bei denen man wie absichtslos verfährt, sich von jeder Wendung überraschen läßt, und denen man immer wieder unbefangen und voraussetzungslos entgegentritt. Das richtige Verhalten für den Analytiker wird darin bestehen, sich aus der einen psychischen Einstellung nach Bedarf in die andere zu schwingen, nicht zu spekulieren und zu grübeln, solange er analysiert, und erst dann das gewonnene Material der synthetischen Denkarbeit zu unterziehen, nachdem die Analyse abgeschlossen ist“ (Freud 1912). Weiter heißt es dann aber bei Freud: „Die Unterscheidung der beiden Einstellungen würde bedeutungslos, wenn wir bereits im Besitze aller oder doch der wesentlichen Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und über die Struktur der Neurosen wären, die wir aus der psychoanalytischen Arbeit gewinnen können“ (ebd 380).

Rogers und Freud stimmen also darin überein, daß es in der realen Begegnung von Therapeut und Patient um das „Mitschwingen“ bzw. das „Mitspielen“ des Therapeuten geht und nicht darum, „daß wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden ...“ (Rogers 1983). Während nun aber Freud die Vorstellung hatte, daß die Erfassung des Unbewußten des Patienten im konkreten therapeutischen Kontakt dann, „wenn wir bereits im Besitze aller oder doch der wesentlichen Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und über die Struktur der Neurosen wären“, auch durch analysierendes und synthetisierendes Denken unterstützt werden könnte, vertrat Rogers die Vorstellung, daß eine Theorie geeignet sein könnte, „ein andermal ... den Veränderungsprozeß näher unter die Lupe zu nehmen.“ Es ist Rogers nicht darum gegangen, daß sich die Psychotherapeuten keine Gedanken machen und keine Theorien entwickeln sollten. Es ging ihm darum, daß sie in der konkreten therapeutischen Situation alles daran setzen, „Mitspieler“ zu bleiben, dem Klienten zu begegnen und ihm nicht in theoretischen Gedankengängen verlorenzugehen.

Bekanntlich findet die Arbeit der deutschen Gesprächspsychotherapeuten an der Ausarbeitung ihrer Krankheitslehre unter dem Druck des Wunsches auf Anerkennung durch die KBV als Richtlinienverfahren auf der einen Seite und in der Hoffnung auf ein Psychotherapeutengesetz auf der anderen Seite statt. Wenn wir wollen, daß die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren anerkannt wird, müssen wir eine Krankheitslehre vorweisen, die, wie Freud es formuliert, Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und die Struktur der Neurosen beinhaltet. Diese müssen sich in ihrer Bedeutung für die konkreten therapeutischen Vorgehensweisen zugleich

von denen der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie deutlich unterscheiden. Das ist verwunderlich. Ging es nicht Freud und geht es nicht seinen Nachfolgern um die Psychologie des Unbewußten und nicht um irgendeine Theorie?

Wenn wir im Rahmen des erhofften Psychotherapeutengesetzes berücksichtigt werden wollen, müssen wir zudem – so jedenfalls die Meinung einer einflußreichen Strömung in der heutigen Psychotherapieforschungsszene – nicht nur aufzeigen, daß wir empirisch nachweisbar Therapieerfolge erzielen, sondern auch, mit welchen konkreten Interventionen neben dem Mitschwingen bzw. dem empathischen Verstehen oder dem Begegnen von Patienten mit welchen Krankheitsbildern welcher Genese wir das bewerkstelligen. Wir müßten also – so lautet die Vermutung – nicht nur so tun, als hätten wir, wie Freud das nennt, besondere eigene Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und die Struktur der Neurosen, wir möchten auch so tun, als könnten wir diese nicht nur systematisch, sondern vor allem auch differentiell in unserem therapeutischen Verhalten nutzen, indem wir uns unterschiedlich gegenüber Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen unterschiedlicher Genese verhalten.

Ich glaube nicht, daß das möglich ist und sinnvoll wäre, auch nicht im Sinne der Hoffnungen Freuds. Empathisches Verstehen und denkendes Verstehen sind nicht ein und dasselbe und auch nicht lückenlos ineinander überführbar und dann in differentielle Interventionen umsetzbar.

Ich hege aber die Hoffnung, in der Tradition von Rogers, daß uns die differenzierte klientenzentrierte Betrachtung der verschiedenen Krankheitsbilder, ihrer Entwicklungsgeschichte im therapeutischen Prozeß und ihrer vermutlichen Entstehungsgeschichte nicht nur helfen kann, zu verstehen, wie und warum Psychotherapie was eigentlich heilt, sondern auch uns selbst besser zu verstehen, wenn es uns in der konkreten Therapiesituation nicht gelingt, dem Klienten zu begegnen, wenn wir in der Reaktion auf sein Erleben etwas anderes fühlen als unbedingte Wertschätzung.

Auf die Idealisierungen durch Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, z.B. in der Form von: „Ich habe mich noch nie im Leben von jemandem so gut verstanden gefühlt, wie von Ihnen“, reagiere ich heute bei weitem nicht mehr so nachhaltig mit Angst und Schrecken und Schuld- und Verpflichtungsgefühlen wie früher. Ich kann mir heute schneller als früher in einem inneren Dialog klar machen, daß Idealisierungen Angst, nicht verstanden zu werden und in der Reaktion darauf wütend oder verzweifelt aus der Fassung zu geraten, zugleich zum Ausdruck bringen und verleugnen; daß ich mit meinem Impuls, vor jemandem der mich idealisiert, wegzulaufen, auf den Anklammerungsversuch eines geängstigten Menschen reagiere, der mich mit seiner Zuwendung zu kontrollieren versucht; und daß ich in meiner ei-

genen Entwicklung in solchen Reaktionen früher wenig verstanden und nicht akzeptiert worden bin, weshalb sie mir heute ein schlechtes Gewissen machen.

Ich verspreche mir von der Explikation der Klientenzentrierten Krankheitslehre für mich als Therapeutin also nicht mehr und nicht weniger als das, was wir unseren Patienten versprechen, wenn wir sie in Behandlung nehmen: Sie werden nach einer erfolgreichen Behandlung mit sich selbst so umgehen können, wie der Therapeut oder die Therapeutin mit ihnen umgegangen ist: Sie werden sich selbst zuhören können. Sie werden sich selbst verstehen können. Sie werden sich selbst auch in schwierigen Selbsterfahrungen akzeptieren können. Und sie werden sich mehr und unerschütterlicher mit sich selbst identisch fühlen. Das wird ihre Begegnungsfähigkeit erhöhen: Wir können schneller zur unbedingten Wertschätzung einer anderen Person zurückzufinden, wenn wir uns selbst in der nur bedingten oder nicht vorhandenen besser verstehen und akzeptieren können. Ich habe also die Hoffnung, daß ein Therapeut, der sich mit der Krankheitslehre des Klientenzentrierten Konzepts auseinandergesetzt hat, es leichter haben wird, sich therapeutisch zu verhalten – nicht weil er nun den Patienten leichter denkend erfassen könnte und schneller erkennen könnte, wie er sich ihm gegenüber entsprechend seinem Krankheitsbild am besten zu verhalten hat, sondern weil er sich selbst in seinen Reaktionen auf den Patienten besser verstehen kann und damit frei wird für das empathische Verstehen des Patienten.

Welche Aussagen über und Erklärungen für gesunde und gestörte psychische Entwicklungen und ihre Erscheinungsformen in diesem Sinne enthält das Klientenzentrierte Konzept?

Im Klientenzentrierten Konzept wird nur ein Axiom vorausgesetzt: die Aktualisierungstendenz.

„Diese ist die dem Gesamtorganismus innewohnende Tendenz, alle seine Möglichkeiten in einer Art und Weise zu entwickeln, daß sie den Organismus als Ganzes erhalten und fördern“ (Rogers 1959, 196). Die Annahme der Aktualisierungstendenz ist die eines übergeordneten komplexen Entwicklungsprinzips (vgl. Höger 1993): Der Organismus als Ganzer ist ein seine Weiterentwicklung und Erhaltung selbst organisierendes und regulierendes System. Jede Erfahrung enthält ihre eigene Bewertung im Hinblick darauf, ob sie die einer Bedrohung oder Weiterentwicklung ist oder nicht.

Zur selbst organisierten und regulierten Entwicklung des Organismus als Ganzem gehört es, Teile seines Erlebens zu symbolisieren (ihrer gewahr zu werden, sich ihrer bewußt zu werden), damit auch sich selbst zu erfahren (seiner selbst gewahr, bewußt zu werden).

Wir werden uns unserer Erfahrung und ihrer Bewertung und damit auch unserer selbst im sogenannten Symbolisierungsprozeß bewußt, und zwar in Körperempfindun-

gen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen (vgl. Gendlin). Der erfolgreiche Abschluß eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluß der Entwicklung des „felt sense“, geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher im Sinne eines: „Das ist es, was mich im Moment bewegt.“ Kann der „felt sense“ nicht zu Ende entwickelt werden, bleibt diese auch körperlich spürbare Entspannung (felt shift) aus.

In der Symbolisierung der Erfahrung wird uns also nicht nur etwas, sondern werden wir uns auch unserer selbst als erfahrende und Erfahrung bewertende bewußt.

Und die Selbsterfahrung hat sowohl eine psychische als auch eine körperliche Seite, die als Entspannung fühlbar wird, wenn sie voll bewußt wird.

In der letzten Ausgabe der Zeitschrift *Psyche* (6, 50, 1996, Klett-Cotta, Stuttgart) hat Mark Solms in einem Beitrag mit dem Titel: „Was ist ein Affekt“ daran erinnert, daß Freud bei der Entwicklung seines Triebbegriffes von eben diesen Doppelseitigkeiten der Selbsterfahrungen ausgegangen ist. So wie Kant zwischen dem einfachen und dem Selbst-Bewußtsein unterschieden habe, und Bion zwischen der sinnlichen und der psychischen Realität, habe Freud zunächst zwischen einer Erfahrung und einer Selbsterfahrung unterschieden, eine äußere von einer inneren „Bewußtseinsoberfläche“ unterschieden. Auf der äußeren werde uns die (uns immer nur phänomenal gegebene) Realität in der „Bewußtseinschülle“ unserer Sinne zur Erfahrung: in dem, was wir sehen, hören, schmecken, riechen und in unseren Körpersensationen. Auf der inneren „Bewußtseinsoberfläche“ werde uns Erfahrung in der „Bewußtseinschülle“ unserer Affekte bewußt. So wie wir nie ein „Ding an sich“ erfahren könnten, sondern immer nur wahrnehmen könnten, wie es aussieht, riecht etc., so könnten wir auch nie „uns selbst an sich“ erfahren, sondern uns immer nur unserer affektiven Reaktionen bewußt werden, unseres Fühlens. Das besondere am Affekt sei nun, daß er eine psychische und eine körperliche Seite habe. Affektive Erfahrung könne nicht nur subjektiv gefühlt werden, sondern könne auch im bzw. am eigenen Körper objektiv wahrgenommen werden. Ich kann Angst z.B. fühlen. Daß meine Knie weich werden, kann ich aber auch feststellen, ohne daß ich Angst fühle; ich kann sehen und ertasten, wie ich eine Gänsehaut bekomme, auch wenn es mich nicht gruselt. Diese Doppelseitigkeit der Selbsterfahrung, die uns nur in der „Bewußtseinschülle“ des Affekts gegeben sei, daß sie eine psychische und eine körperliche Seite habe und dadurch sowohl subjektiv als psychisches als auch objektiv als körperliches Geschehen wahrgenommen werden könne, habe Freud in die Definition des Begriffs des Triebes aufgenommen: triebhaftes Geschehen sei psychisches, das eine körperliche Seite habe.

Daß wir uns selbst nicht „an sich“ sondern nur in der „Bewußtseinschülle“ des Affekts wahrnehmen können, so wie wir die Realität nicht „an sich“ sondern nur als Phänomen in der „Bewußtseinschülle“ unserer Sinne wahrnehmen können, sei der Hintergrund für Freuds Postulat des prinzipiell Unbewußten allen Triebgeschehens, das nie als solches bewußt werden könne.

Wir können davon ausgehen, daß, wenn Rogers das Selbstkonzept auch das phänomenale Selbst nennt, er sich vermutlich auf ähnliche Vorüberlegungen von „Bewußtseinschüllen“, in denen uns unsere Selbsterfahrung gegeben ist, bezieht. Jedenfalls wird den Konzepten der gefühlten Erfahrung, dem Fühlen und damit auch dem Körper im Klientenzentrierten Konzept eine zentrale Bedeutung beigemessen, und das spricht dafür, daß auch in diesem Rahmen zunächst einmal von affektiver Erfahrung die Rede ist, wenn von Selbsterfahrung gesprochen wird.

Wir müssen aber andererseits betonen, daß im Klientenzentrierten Konzept nicht – wie in der klassischen psychoanalytischen Metapsychologie – von Trieben und triebhaftem Erleben die Rede ist, wenn es um Selbsterfahrungen und ihre Abwehr geht, und nicht um triebhafte Bedürfnisse, wenn es um das Bedürfnis geht, gewisse Affekte zum Ausdruck zu bringen, dem eigenen „Fühlen“ nachzugehen. Das Klientenzentrierte Konzept enthält den ursprünglichen Freudschen Triebbegriff nicht. Im Klientenzentrierten Konzept wird ein Bedürfnis nach Erfahrung und Entwicklung und Erhaltung des Selbst, des phänomenalen Selbst, angenommen. Man könnte es heute das Bedürfnis nennen, sich mit sich selbst identisch und in Ordnung zu fühlen. Wir sprechen von der Selbstaktualisierungstendenz, wenn wir diese Entwicklungstendenz, Selbsterfahrung zu machen und in einem Selbstkonzept zu integrieren und es damit weiterzuentwickeln, meinen.

Auch die Selbstaktualisierung ist ein sich in der Erfahrung, in der Interaktion mit der Umwelt bzw. in Abhängigkeit von bestimmten Bedingungen in der Umwelt selbst organisierender und regulierender Prozeß: Nachdem sich ein erstes Selbstkonzept gebildet hat, enthält jede Selbsterfahrung ihre eigene Bewertung als eine der Bestätigung oder der Infragestellung, der Weiterentwicklung oder Bedrohung des Selbstkonzepts.

Die zentrale Bedeutung des Konzepts der Selbstaktualisierung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird z.B. in folgender Definition von Psychotherapie, der sich auch Rogers angeschlossen hat, deutlich:

„Wir können Psychotherapie vom phänomenologischen Standpunkt aus definieren als: die Vermittlung von Erfahrung, durch die das Individuum befähigt wird, angemessene Differenzierungen des phänomenalen Selbst und seiner Beziehungen zur äußeren Wirklichkeit vorzunehmen. Wenn solche Differenzierungen vorgenommen werden, dann erledigt das Bedürfnis des Individuums nach Erhal-

tung und Erhöhung des phänomenalen Selbst alles übrige“ (Snygg und Combs zitiert in Rogers 1951/1973).

Die Selbstaktualisierungstendenz wird in dieser Definition einem Bedürfnis gleichgesetzt und Psychotherapie als eine Situation beschrieben, in der es befriedigt wird: Im psychotherapeutischen Prozess wird Selbsterfahrung gemacht, die in das Selbstkonzept integriert werden kann und es damit weiterentwickelt.

Auch auf der Grundlage dieser Erfahrungen in psychotherapeutischen Prozessen wird im Klientenzentrierten Konzept davon ausgegangen, daß Selbsterfahrung zunächst nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert wird, daß sie von einem wichtigen Anderen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird. Im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Entwicklung des phänomenalen Selbst, mit der Selbstaktualisierungstendenz, wird deshalb ein „need for positive regard“ angenommen. Das Bedürfnis nach bedingungsfreier Anerkennung (Biermann-Ratjen 1993) bedeutet das Bedürfnis, in der Selbsterfahrung empathisch verstanden und in ihr ausschließlich um seiner selbst willen wertgeschätzt zu werden.

Die Voraussetzung dafür, daß ein Kind von Geburt an von anderen Menschen verstanden werden kann, daß sein Bedürfnis nach Anerkennung zum Ausdruck gebracht und befriedigt werden kann, ist mit den Affekten gegeben. Die basalen Affekte: Freude, Interesse, Überraschung, Trauer, Furcht, Ekel, Wut und Scham sind als Empfindungs- (Erfahrungs- und Bewertungs-) und Ausdrucksprogramme angeboren und unmittelbar nach der Geburt in ihren Signalkomponenten (Mimik und Vokalisation) und im Verlauf der ersten Lebensmonate auch in ihren motorischen Komponenten an Babies beobachtbar und sicher identifizierbar, und d.h. auch: andere Menschen können sich in das Baby vom Tag seiner Geburt an einfühlen, können seine Erfahrungen erkennen, sie verstehen, sein Bedürfnis nach Anerkennung befriedigen.

Seit den 30er und 40er Jahren dieses Jahrhunderts haben sich vor allem Forscher in der Nachfolge von Bowlby mit der Beobachtung beschäftigt, daß Kinder, die ohne Mutter aufwachsen, in Institutionen oder mit häufig wechselnden Betreuungspersonen, später an Persönlichkeitsentwicklungsstörungen leiden. Diese werden vermehrt dann beobachtet, wenn Babies zwar ordnungsgemäß gepflegt und versorgt werden, aber wenig oder keine liebevolle Zuwendung erfahren, wenn, wie wir das ausdrücken würden, ihr Bedürfnis nach empathischer positiver Beachtung, nach Anerkennung nicht befriedigt wird. Vor allem das Leiden dieser Kinder ist so beeindruckend, daß nach dem Zweiten Weltkrieg, als es viele elternlose Kinder gab, der englische Kinderpsychiater John Bowlby von der Weltgesundheitsorganisation damit beauftragt wurde, über die Bedürfnisse der Kinder, deren Befriedigung bei der gesunden Entwicklung eine Rolle

spielen, zu berichten. Bowlby's Bericht ist einer der Meilensteine auf dem Weg der Bindungsforschung, die sich in ihren theoretischen Formulierungen auf Sullivan bezieht, der ebenfalls ein Bedürfnis nach positiver Beachtung angenommen hat. Sullivan nannte es „Zärtlichkeitsbedürfnis“, das „von Anfang an als ein interpersonales Bedürfnis vorhanden“ sei (Sullivan 1953, 64).

Ich wiederhole an dieser Stelle zusammenfassend:

Mit dem Entwicklungsprinzip Aktualisierungstendenz wird im Klientenzentrierten Konzept davon ausgegangen, daß der Gesamtorganismus jede seiner Erfahrungen im Hinblick darauf bewertet, ob sie solche der Erhaltung und Förderung des Organismus oder solche der Bedrohung und Hemmung sind. In diesem Bewertungsprozess spielt die subjektive affektive Erfahrung eine herausragende Rolle. Zur Aktualisierungstendenz gehört eine Selbstaktualisierungstendenz, das Bedürfnis, eine Repräsentation der Erfahrung, das phänomenale Selbst oder das Selbstkonzept zu entwickeln. Erfahrung wird zunächst nur unter der Bedingung in die Repräsentanz der Selbsterfahrung integriert, daß sie von wichtigen Anderen anerkannt wird. Die Voraussetzung dafür, daß ein Kind in seinem Bedürfnis nach empathischem Verstanden- und unbedingtem Wertgeschätztwerden befriedigt werden kann, ist vom Tag seiner Geburt an mit den Affekten gegeben.

Das Selbstkonzept entwickelt sich also zwar selbstorganisiert aber nur in sozialen Interaktionen. Und die im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrungen sind also immer zweifach bewertete Erfahrungen: Sie sind sowohl organismisch als auch sozial bewertet. Die organismische Bewertung lautet: affektiv als erhaltend oder bedrohend, entwicklungsfördernd oder -hemmend erlebt. Die soziale Bewertung lautet: der Anerkennung wert, empathisch verstehbar und unbedingt wertzuschätzen.

Nachdem das Selbstkonzept eine erste Gestalt gewonnen hat, werden nun – dem Bedürfnis des Individuums nach Erhaltung des phänomenalen Selbst entsprechend – neue Erfahrungen nicht nur als der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Gesamtorganismus dienlich oder nicht bewertet, sondern auch als das Selbstverständnis bestätigend oder bedrohend und das Bedürfnis nach Anerkennung befriedigend – wie die bisher ins Selbstkonzept integrierten Erfahrungen.

Auf diese Weise kann sich die gesamtorganismische Bewertung von Erfahrung spalten. Rogers spricht von einer Spaltung der Aktualisierungstendenz. Die Selbstaktualisierungstendenz kann in Widerspruch zu einer Selbsterhaltungstendenz geraten. Erfahrungen, die das Selbstkonzept infrage stellen würden, werden nur unvollständig oder verzerrt symbolisiert oder gar nicht bewußt bzw. abgewehrt. Es besteht dann Inkongruenz zwischen der Gesamtheit der Erfahrung und der bewußten Erfahrung. Gelingt die Abwehr nicht oder nur zum Teil, wird die Inkongruenz gespürt. Das Individuum ist dann nicht nur ge-

spannt, sondern erlebt auch Teile seines subjektiven Erlebens als nicht verstehbar und/oder nicht akzeptierbar, nicht zu sich gehörend und/oder sein Selbstkonzept in Frage stellend. Wir sprechen dann von Symptomen von Inkongruenz.

Wir können auch sagen: Im Zustand der Inkongruenz kollidiert das Bedürfnis nach Selbsterfahrung als Voraussetzung für die Weiterentwicklung des phänomenalen Selbst mit dem Bedürfnis nach Selbstachtung, Anerkennung durch die eigene Person. Diese Kollision kann zur Folge haben, daß Selbsterfahrung dissoziiert bleibt und zunehmend die Gesamtheit der im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrung nicht kongruent mit der Gesamtheit der Erfahrung des Organismus als Ganzem ist.

Der ganz und gar psychisch gesunde Mensch des Klientenzentrierten Konzepts ist die „fully functioning person“. Sie hat in ihren Interaktionen mit wichtigen anderen Menschen dann, wenn es um die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept, um Identitätsentwicklung auf dem Hintergrund der Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver regard ging, niemals etwas anderes erlebt als Anerkennung. Die fully functioning person kann immer kongruent sein. Sie kann alle Selbsterfahrungen vollständig symbolisieren und somit immer den erwähnten Zustand von auch körperlich spürbarer Entspannung erreichen.

Die fully functioning person ist natürlich niemals in der Realität vorzufinden – aber sie ist als theoretisches Konzept von Bedeutung – auch für eine Krankheitslehre.

Auf dem Hintergrund dieser prozeßorientierten Unterscheidung – mehr oder weniger fully functioning bedeutet, zu mehr oder weniger vollständiger Symbolisierung bzw. Gewährleistung der Selbsterfahrung in der Lage zu sein – zwischen mehr oder weniger gesunder Selbsterfahrung ist im klientenzentrierten Konzept auch eine entwicklungsorientierte Unterscheidung zwischen mehr oder weniger frühen Störungen der Selbstentwicklung und den entsprechenden Formen, in denen sich die Entwicklungsstörung manifestiert, möglich.

Im klientenzentrierten Konzept wird davon ausgegangen, daß die Selbstentwicklung ein Prozeß zunehmender Differenzierung ist. Selbsterfahrungen sind am Anfang der Entwicklung des Selbstkonzepts Erfahrungen des Wahr- und Angenommenwerdens in der affektiven Erfahrung, Erfahrungen der Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver regard. In Abhängigkeit vom Verlauf der Interaktion zwischen Baby und Pflegeperson in dieser ersten Phase entwickelt sich ein Selbstkonzept, in dem mehr oder weniger affektive Erfahrung überhaupt repräsentiert ist und in der Folge affektive, Bedeutungs- bzw. Sinnerfahrung repräsentiert bzw. erlebt werden kann. Wenn diese nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, dann wird Inkongruenz in der Form von Vernichtungsangst und Depression im Sinne eines vollständi-

gen Fehlens von Selbstachtung und der Lebenskraft und -freude erlebt.

Wenn sich eine erste Gestalt des Selbstkonzepts und der Selbstachtung entwickeln konnte, wird der Prozeß der Bewertung von Erfahrung als das Selbst und mit ihm die Selbstachtung bestätigend oder bedrohend selbst eine Quelle der Erfahrung: die Selbsterhaltungstendenz wird erfahrbar. Auch sie wird affektiv erfahren: Neben die Angst als Signal für die Bedrohung des Selbst und die Depression als Anzeichen für den Zusammenbruch der Selbstachtung, können nun auch andere Selbstgefühle treten: Freude an sich selbst, Überraschung über sich selbst; aber auch z.B. Ekel, Furcht, Wut und Scham angesichts von Erfahrungen mit sich selbst. Auch diese Selbstbewertungen bzw. die Affekte, in denen sie erlebt werden, können von wichtigen Anderen richtig verstanden oder falsch interpretiert werden, anerkannt oder bewertet werden – und dementsprechend als Selbsterfahrung ins Selbstbild integriert werden oder eben nicht. In dieser Entwicklungsphase taucht die Bewertungskategorie ‚gut-böse‘ auf. Von wichtigen Anderen nicht verstandene und nicht akzeptierte Selbsterfahrungen werden nun als wertlose und im Extrem schlechte, der positiven Beachtung eben nicht würdige, erlebt. Ob diese Spaltung der Selbsterfahrung in gute und böse Anteile überwunden werden kann zugunsten einer klaren Unterscheidung zwischen : „Dieses ist meine Erfahrung, egal wie sie von mir und anderen bewertet wird, und dieses ist die Beurteilung meiner Erfahrung durch mich oder einen anderen“, hängt wesentlich davon ab, ob die wichtigen Bezugspersonen vor allem die Gefühle, in denen Ohnmacht und Kleinsein erfahren werden, als solche begreifen, und zwar insbesondere das Außer-sich-sein, wenn das Kind nicht verstanden und nicht akzeptiert wird oder wenn es sich selbst nicht verstehen und akzeptieren kann. Es geht in dieser Phase also erst in einem zweiten Schritt um die Integration der Selbsterfahrung Verzweiflung oder Wut. In einem ersten Schritt geht es darum, in dem Gefühl, sich in einer Selbsterfahrung selbst nicht akzeptieren zu können, beachtet und verstanden zu werden.

Wenn sich schließlich ein Selbst entwickelt hat, in das auch die Möglichkeit der Erfahrung von Scham und Selbstzweifeln integriert werden konnte, und die Selbstachtung nicht durch jedes Erleben von sich nicht verständlich machen können und sich nicht geliebt und anerkannt vorfinden, erschüttert wird, kann das Kind sein Interesse darauf richten, was es sein und werden kann – in der eigenen Wahrnehmung und in den Augen anderer – z.B. in Abhängigkeit von seiner biologischen Ausstattung als männlich oder weiblich; und wie sich das anfühlt.

Wir können im Klientenzentrierten Konzept also zwischen Erfahrungen des basalen Angenommenwerdens, Selbstbehauptungserfahrungen und „Identitätsgefühlen“ unterscheiden, die nacheinander in der Selbstentwick-

lung in das Selbstkonzept integriert werden können, vorausgesetzt, sie werden von Bezugspersonen verstanden und positiv beachtet.

Wir gehen davon aus, daß bei der Selbstentwicklung zu zunehmender Differenziertheit zunächst „positive regard“ ganz allgemein und elementar eine Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Selbstrepräsentanz ist; daß bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept das korrekte Verstehen des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere besonders wichtig ist und daß bei der Entwicklung der Gefühle für die eigene individuelle Besonderheit des Kindes an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung vor allem unbewußter (inkongruenter) Art durch die wichtigen Anderen Art und Ausmaß der Selbstentwicklung sehr stark beeinflussen.

Hans Swildens (1993) hat den Vorschlag gemacht, zwischen einer sekundären und einer primären Inkongruenz zu unterscheiden. Primäre Inkongruenz bezeichnet die Menge der gesamtorganismischen Erfahrung und ihrer Bewertung, die nicht in das Selbstkonzept integriert worden ist. Sie bezeichnet damit auch das Ausmaß des nicht fully functioning, denn die Menge der nicht im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrung bestimmt auch das Ausmaß, in dem die Selbsterfahrung, die bewußt werden könnte, nicht bewußt werden und damit auch nicht gemacht werden kann. Das Ausmaß der primären Inkongruenz bestimmt auch die Wahrscheinlichkeit, daß Erfahrung eine existentielle Bedrohung (des Selbstkonzepts) darstellt und existentielle Bedrohung gefühlt wird. Positiv formuliert: Je weniger primäre Inkongruenz vorliegt, desto weniger wahrscheinlich stellt eine Erfahrung eine Bedrohung für das Selbstkonzept dar, desto weniger affektive Erfahrung muß abgewehrt werden, dem bewußten Erleben vorenthalten oder so verzerrt werden, daß sie nicht als Selbsterfahrung imponiert; desto offener ist die Person für die Erfahrung und desto weniger vulnerabel, anfällig für Vernichtungsangst und Depression, Sinnlosigkeits- und Wertlosigkeitserleben und das Gefühl der Leere, desto mehr kann eine Person leben.

Von sekundärer Inkongruenz sprechen wir dann, wenn akut eine bestimmte Erfahrung, die mit dem Selbstkonzept oder der Selbstachtung inkompatibel ist, nicht oder nicht vollständig bewußt wird und die akute Inkongruenz gespürt wird. Swildens erwähnt als Beispiel ein gesundes und auch von den Eltern geliebtes Kind, daß nun in der Schule plötzlich die Erfahrung machen muß, daß es z.B. wegen seiner Hautfarbe oder auch wegen der etwas zu gehobenen sozialen Position seiner Eltern unerwartete Ablehnung erfährt. Dieses Kind wird Symptome der sekundären Inkongruenz entwickeln: Angst vor der Schule – nicht vollständig bewußt als Angst vor der eigenen affektiven Reaktion auf die Ablehnung, und in der Folge vielleicht Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Kontaktvermeidungsverhalten, Verstimmtheit usw.

Die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Inkongruenz ermöglicht zusammen mit der prozeßorientierten Unterscheidung des mehr oder weniger fully functioning und den dazu gehörenden Inkongruenzerfahrungen eine differentielle Betrachtung und differenzierte Beschreibung, vor allem aber ein differentielles Verstehen bestimmter Störungsbilder und ihrer Psychogenese.

Am Beispiel der unterschiedlichen neurotischen Phänomene läßt sich das verdeutlichen. Neurotische Krankheitsbilder beinhalten nicht nur Hinweise auf nicht vollständig symbolisierte bzw. abgewehrte Erfahrung. Sie beinhalten immer auch Hinweise auf das akute Erleben von Inkongruenz: auf Angst, Depression, Ablehnung bis zur Bekämpfung oder Ausblendung von Erfahrung aus dem Wahrnehmungsfeld, z.B. Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen, die nicht nur als beeinträchtigend erlebt werden, sondern ihrerseits oft unvollständig symbolisiert sind. Die körperlichen Anzeichen für Angst oder Wut sind oft bewußt, das Gefühl der Angst oder Wut aber z.B. nicht. Und selbst wenn die Erfahrung der Inkongruenz vollständig symbolisiert werden kann, wird sie oft als persönlichkeitsfremd, eben als krank empfunden. Neurotisch Erkrankte leiden also nicht nur darunter, daß sie bestimmte, ihr Selbstkonzept in Frage stellende oder ihre Selbstachtung bedrohende Erfahrungen abwehren. Sie leiden auch darunter, daß es ihnen nicht gelingt, bestimmte Symptome der akut erlebten Inkongruenz als zu sich gehörend zu erleben und sich zu fragen, auf welche ihr Selbstkonzept infragestellende Erfahrung sie also wohl reagieren. Selbst wenn sie sich ihrer Angst, Depression oder Wut z.B. tatsächlich vollständig bewußt werden, bleibt ihnen verborgen, daß sie mit diesen Symptomen auf eine Erfahrung reagieren, durch die sie in ihrem Selbst und in ihrer Selbstachtung bedroht sind. Sie können ihre Symptome nicht als Ausdruck ihrer eigenen Bewertung ihrer Erfahrung als mit ihrem Selbstkonzept nicht zu vereinbaren ansehen.

Neurotische Erkrankungen basieren nicht auf sog. frühen Störungen. Ihnen liegt auch nicht ein hohes Ausmaß an primärer Inkongruenz zugrunde, in der Regel auch nicht einzelne traumatische Erfahrungen, sondern Jahre des Zusammenlebens mit Bezugspersonen, die das Kind in bestimmtem Inkongruenzerfahrungen (Belastungsreaktionen) nicht anerkannt haben: wenn es sich ängstlich oder wütend oder unglücklich oder unaufmerksam zeigte – in der Reaktion auf Erfahrungen, die sein Selbstkonzept bedrohten oder infragestellten.

Die Dekompensation einer neurotischen Störung, die neurotische Erkrankung, wird dadurch ausgelöst, daß sich eine Erfahrung, die früher nicht hat in das Selbstkonzept integriert werden können, wiederholt. Solche Erfahrungen werden abgewehrt. Sie lösen aber zugleich auch die Wiederholung der Erfahrung von Inkongruenz aus. Da diese beim Neurotiker z.T. ebenfalls eine Bedrohung für

das Selbstverständnis darstellen und abgewehrt bzw. nicht vollständig symbolisiert werden, können sie auch nicht abklungen.

Im therapeutischen Prozeß müssen also zunächst die Symptome der akuten, nicht vollständig symbolisierten sekundären Inkongruenz des neurotischen Patienten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Der Klient muß sie als solche ernstnehmen und sich in ihnen verstehen und akzeptieren als eine Person, die offenbar auf etwas reagiert, das sie nicht mit sich selbst vereinbaren kann, und zwar in einer Form, die sie ebenfalls nicht mit sich vereinbaren kann. Erst danach können wir daran gehen, mit dem Klienten gemeinsam zu explorieren, welche Erfahrung ihn – möglicherweise aber nicht unbedingt ebenfalls als Wiederholung einer früheren, die er nicht hat in sein Selbstkonzept integrieren können – inkongruent gemacht bzw. alarmiert hat.

#### Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1993), Die Psychogenese der Neurosen, in: Eckert J./Höger D./Linster H., (Hg.) Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Köln (GwG-Verlag) 99–107
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert J./Schwartz H.-J. (1979/1995') Verändern durch Verstehen. Gesprächspsychotherapie. Bommert H./Schmidtchen S. (Hg.). Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer W.)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996), On the way to a client-centred psychopathology, in: Hutterer R. et al. (Hg.) Client-centred and experiential psychotherapy. Frankfurt am Main (Lang Peter) 11–24
- Gendlin, E. T. (1970) A theory of personality change, In: Hart J. T./Tomlinson T. M. (Hg.) New directions in Client-Centered Psychotherapy. Boston (Houghton Mifflin) 129–73
- Rogers C. R. (1959) A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In: Koch S. (Hg.) Psychology: A Study of a Science. Volume 3. Formulations of the Person and the Social Context. New York, Boston (McGraw-Hill) 184–256
- Rogers C. R. (1951/1972) Client-Centered Therapy. München (Kindler), Frankfurt (Fischer TB 1983)
- Snygg, D./Combs. A. W. (1949) Individual behavior: a new frame of reference for psychology. New York (Harper and Bros)
- Solms, M. (1996) Was sind Affekte? Psyche 6, 50. Stuttgart (Klett-Cotta) 486–522
- Sullivan, H. S. (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York (W. W. Norton and Company)
- Swildens H. (1988/91) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln (GwG-Verlag)
- Höger, D. Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert/Höger/Linster (Hg.) (vgl. Biermann-Ratjen 1993)
- Freud (1912) Ratschläge für den Arzt in der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, Frankfurt (Fischer) 380

**Biographie:**

*Eva-Maria Biermann-Ratjen, geb. 1939, Diplom-Psychologin, Dozentin, seit 1965 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG.*



T. Len Holdstock

## Paradoxes and Challenges Facing the Person-Centered Approach

### Abstract:

*As we approach the 21st Century, major challenges await the Person-Centered (PC) approach if it is to continue in the pioneering spirit of Carl Rogers and remain true to being process oriented. One challenge relates to the resolution of the internal contradictions within the approach. Another relates to the ethnocentrism of the approach. Both challenges center on the concept of the self that underlies the PC approach. In terms of recent work in mainstream psychology and several other disciplines on the concept of the self, different models of the self seem to be entertained in PC therapy for the client and the therapist. The concept appropriate for optimal functioning of the client can be described as high on agency and independence (the separate self) and that for the therapist as high on agency and relatedness (the autonomous-relational self). Resolution of this discrepancy can not only resolve the internal contradictions within the approach, but align the purpose of PC therapy with recent models of the concept of the self underlying mental health, as well as facilitate the approach to transcend its individuocentric cultural boundaries.*

**Keywords:** *Therapieprozeß, Selbstkonzept.*

During the past few decades, the Person-Centered approach (PCA) and therapy (PCT) of Carl Rogers has been applied in therapeutic and cultural contexts far removed from its original point of departure. The attitude and the technique which form the basis of the approach have not only been adopted by therapists belonging to other schools of psychotherapy, mostly without any acknowledgement, but have also been applied by Person-Centered therapists conducting therapy in distinctly different modes and cultural contexts than that within which the PC originated.

These developments have resulted in fruitful dialogue and integration with various schools of psychotherapy (Bohart 1990; Tausch 1990). Among these have been behaviour modification (van Zuuren 1990), psychoanalysis (Eckert & Biermann-Ratjen 1990; Kahn 1989; Tobin 1991), analytical psychology (Meine 1986; Wijngaarden 1990), Gestalt therapy (Herlihy 1985), hypnotherapy (Gunnison 1985), psychodrama (Marques-Teixeira 1993), couple and family therapy (Gaylin 1990; Esser & Schneider 1990; Rombauts & Devriendt 1990), art, music, and movement therapy (Beech 1993), as well as dream (Finke 1990), and transpersonal work (Smith 1994).

In addition to the growing interaction with other therapeutic orientations, the PCA has provided the basis for therapy with increasingly more diverse client popula-

tions, including the mentally disabled (Badelt 1990; Pörtner 1990, 1996; Prouty 1990, 1994), clients diagnosed as borderline (Bohart 1990; Swildens 1990), schizophrenic (Teusch 1990; Prouty 1990, 1994), depressive and suicidal (Elliot, Clark, Kemeny, Wexler, Mack, & Brinkerhoff 1990; Hamelinck 1990), as well as persons with psychosomatic and medical complaints (Fuhrmann 1990; Meffert 1990; Pfeiffer & Ripke 1990; Sherman 1990).

In addition to the extended application of PCT, the name change from Client-Centered therapy to the PCA, came about, as is generally known, by the application of Rogerian principles outside the traditional domain of psychotherapy. Work in small groups for encounter and psychotherapy led to endeavours in education – general and medical, the business community, and large group workshops aimed at improving international understanding, conflict exploration and resolution. All over Europe and many other countries in Asia and the southern hemisphere, workshops have been and are organised with the intention of spreading the word about the PCA.

In its cultural exploration the same challenge awaits the PCA as it faces with respect to the incorporation of techniques belonging to other orientations (see Bozarth 1996; Brodley & Brody 1996). Is there room in the PCA for the incorporation of distinctly different cultural practices? Academic as the relevance of such a question per-

haps is, it is nevertheless of interest to speculate whether one can be regarded as functioning within a PC perspective once the cultural framework underlying the PCA is transcended?

The application of the PCA in so many countries outside the United States presents a new frontier fitting for our entry into the twenty-first century. Especially noticeable is the interest in the approach in Europe. However, it is in the context of non-Western cultures that some of the most challenging questions await the development of the PCA as an international movement. Thus far, the international extension of the PCA has had a distinct ethnocentric orientation in terms of the purpose of its therapy, facilitating individuocentric self-sufficiency. PC psychologists and others operating within this mold can be likened to the missionaries of old. Their interest has not been to indwell into the philosophies and approaches to healing of other cultures. The tendency has been even less towards integrating non-Western healing paradigms and techniques with those of the PCA, or to adapt the PCA to these. Despite its spread to countries all over the world, the focus has steadfastly remained a belief in the universality of PC theory and technique as it developed in the United States.

Recent developments regarding the concept of the self, both within and outside Western psychology, indicate how dangerous and limiting the assumptions of universality of some of the core concepts underlying the PCA can be. It is now realised that Western and non-Western cultures maintain distinctly different concepts of the self. The individualistic orientation in the West has led to a concept of the self described as independent, while the concept of the self of the collectively orientated non-Western cultures has been depicted as interdependent. Besides these terms many others have been used to convey the difference between the Western and non-Western concepts of the self (see Holdstock 1993). Within each of the major cultural categories, furthermore, are many subdivisions with more commonality across cultures than within the same general cultural grouping.

Since the concept of the self underlying the PCA grew out of and is firmly embedded in the individuocentric orientation underlying Euro-American male culture, it is debatable to what extent practices based on such a concept of self can be transported to cultural contexts maintaining an interdependent orientation to the self. However, as previously indicated, a distinct discrepancy exists between PC theories of the self and of therapy (Holdstock 1990, 1991, 1993, 1995, 1996a, b, c). Contrary to the personality theory focused on the self as an independent unit of the social system, the theory of therapy is predominantly based on an interdependent notion of the self. Empathy and unconditional positive regard, which are such key components of the PCA, are decidedly other ori-

ented, and therefore in keeping with the communal aspect of non-western cultures.

Congruence, the third condition considered by Rogers to be necessary and sufficient for therapy, poses more of a problem in the context of non-Western cultures. Whereas, the experiential component of congruence seems to have universal validity, its expressive aspect does not. However, here again, a discrepancy is to be found within PCT. While the theory validates the expressive component of congruence, in his own behaviour, the founding father, Carl Rogers, basically did not. In fact, one of the few criticisms directed at him, has been that he has been relatively undemonstrative, especially with respect to the expression of negative emotions, such as anger (Holdstock 1996a, c).

Thus, although the theory of therapy underlying the PCA is not totally in keeping with the interdependent orientation to the self within collective non-Western cultures, it can, for the greater part, and especially in Rogers' actual therapeutic behaviour, be considered to be in harmony with the interdependent orientation of non-Western people in general. The purpose of PCT, the development of a uniquely independent and autonomous person, needs to be modified, however, if it is to be consonant with the life-style of non-Western people, and with the emerging concept of the self unfolding even in the Western world at present. On the other hand, perhaps the independent focus of the PCA could provide just the necessary degree of autonomy lacking in the collectivism of many non-Western cultural contexts.

Until now, the tendency has been to regard independence and interdependence as polar opposites in construing the self (Markus & Kitayama 1991), and to equate independence, and not interdependence, with autonomy. The present trend, however, is not to regard independence and interdependence as polar opposites, but as separate dimensions that can co-exist and along which persons can vary, depending on different circumstances and situations. "Instead of a person's being either 'independent' or 'interdependent' in self-orientation, he/she might exhibit both orientations, that is, simultaneously maintain highly independent and highly interdependent construals or simultaneously low independent and low interdependent construals" (Kim, Hunter, Miyahara, Horvath, Bresnahan & Yoon 1996, p. 35).

Kagitçibasi (1996), recently also elaborated on the distinction between independence and interdependence. She regards independence and interdependence as constituting the interpersonal dimension in the construal of the self, but argues that we must do away with associating independence with autonomy. She equates autonomy with agency and contends that it constitutes a separate dimension of the self than the interpersonal. The two poles of agency are autonomy (agency) and heteronomy (depen-

dency), terminology which she borrowed from Angyal (1951). It is known that Angyal also had great influence on Rogers (Holdstock & Rogers 1983). Separateness and relatedness are the terms selected to describe the two poles of interpersonal distance. Thus, a person can be high or low in both agency and relatedness, or high in one and low in the other. Integrating the work of Kim and her associates (1996) with that of Kagitçibasi, it seems that the concept of the self can most meaningfully be conceptualised in terms of three and not two dimensions – the two interpersonal dimensions plus the agency dimension.

In terms of the recent work on the concept of the self, the focus of Carl Rogers on empowering the person can be characterised as high on the dimensions of agency (autonomy) and independence (separateness), a type of self described by Kagitçibasi (1996) as the *separated self*. Yet, the interdependent nature (empathy and positive regard) of PCT remains an enigma. It would seem that the therapeutic relationship requires a different concept of self for the client than the therapist. Whereas a combination of autonomy and independence is envisaged to constitute the model of a healthy self concept for the client, that of the therapist focusses on autonomy and relatedness, the *autonomous-relational self* of Kagitçibasi.

Based on the factor analytic work done by Braaten (1996) perhaps the two contrasting models of the self entertained for the client and the therapist are not so surprising. Braaten concluded that social assertiveness and interpersonal intimacy, his terms depicting autonomy and relatedness, are diametrically opposite constructs. According to him, “assertiveness implies separateness” (p. 103). Thus, if the therapist is to maintain the intimacy of the therapeutic relationship, he or she will have to shift from autonomy to heteronomy (Kagitçibasi’s relational self) in order to allow for the development of the client’s autonomy. In effect, that is precisely what is happening in PCT. However, such a self concept is not in keeping with the theory’s concept of the self as an autonomous-independent unit of the social system.

It is obvious that the yin-yang nature of the therapist-client relationship in PCT requires more careful consideration than it has received thus far. The therapist seems to represent the yin component and the client the yang component of the relationship. However, should the behaviour of each not embody both yin and yang, especially in light of the most recent work on the concept of the self? Expressed in PC terminology, congruence can be considered to represent the yang and empathy and positive regard the yin component of being? If that is the case, perhaps the focus of the PCA should become more holistic by placing more emphasis on the yin component of relating by the client and more emphasis on the yang component of relating by the therapist? However, if that hap-

pens, the delicate balance of the therapeutic relationship may be disturbed.

As it is at present, the therapist models relatedness while the client is facilitated towards developing independence. Is it valid to assume that autonomy towards independence will enable the client to cope more efficiently with the problems in living? Even though Rogers has so often said that acceptance by the therapist can teach the client to be accepting of him or herself, is it not contradictory to facilitate autonomy towards independence in the client while the therapist models heteronomy? Is the focus on individual autonomy not likely to reinforce ego-centric behaviour on the part of the client, rather than facilitate his or her move towards relatedness? If the behaviour of the PC therapist is considered to be growth promoting, should the aim of therapy not be geared, explicitly, towards the promotion of interdependence (relatedness), rather than independence (separation) on the part of the client? And if that is the case, would the present approach to PCT suffice? Needless to say, the same applies to most other therapeutic approaches.

While there is no doubt in my mind that the extreme individuocentrism of Western culture poses a major threat to mental health (see Peters 1994; Schippers 1994), the question remains to what extent the development of an autonomous-relational self is possible within the present zeitgeist. At times I despair that Western societies have reached the point of no return. Dutch newspapers agonise over the escalating demand on mental health services in the country and the senseless outbreaks of violence, such as the arranged combat of football supporters of different soccer clubs next to highways. Proactive and not just reactive measures are required to curb the rising incidence of mental health problems evident in the society. Band-aids need to be applied where necessary, but the circumstances responsible for the incidence of mental health problems require more attention. Thus far, the importance of the family, of socio-economic and political factors have been considered, but as yet we have not been brave or wise enough to embark upon an examination of the ideological assumptions underlying our respective cultures which we so unwittingly subscribe to. The question is whether PCT and most other therapies for that matter, with their emphasis on the independent self as the unit of the social system, can contribute to the revisioning of society. Do these approaches, ultimately, not contribute to, rather than alleviate, the individualistic malaise rampant today?

On the other hand, it is possible that the application of PCT may be required and perhaps restricted to instances where the autonomy of the self needs to be facilitated toward greater independence, either to function more effectively in competitive cultural contexts or in collective cultural contexts where the self is not allowed sufficient

room to be. However, care will have to be taken to balance the facilitation of independence ever so delicately in terms of the prevailing socio-cultural context. Too much focus on independent agency in a socio-cultural context with an individuocentric orientation can sway the client towards, what Schippers (1994), has described as the personality disorder of individualism. In collective cultural contexts, it can estrange the client from his or her environment. Thus, the facilitation of agency in the PCA has to take careful cognisance of the prevailing cultural and sub-cultural contexts.

What will be the sufficient degree of independent autonomy? Does the functioning of society perhaps not require the same yin-yang relationship between its members as occurs in the therapeutic situation? Can the balance be maintained by enhancing the agency towards independence without simultaneously enhancing agency towards interdependence? Can the behaviour of individual clients be shaped, in true Skinnerian fashion, not only to accommodate the needs of the individual, but the eventual long term remodelling of society? In terms of what we believe to be the facts pertaining to the conditions necessary for mental health, can we continue to refrain from our responsibility to direct the client towards the greater good of society, rather than satisfying the short-term needs of the client? Just as individual agency can dominate at the expense of interpersonal relatedness, the interests of the collective can dominate at the expense of individual autonomy. In such instances, a strengthening of the autonomy towards independence may be called for in cultural contexts where it is underdeveloped.

Although PCT is well established as a therapeutic technique, relatively little attention has been devoted to theoretical developments underlying the approach since Rogers' initial conceptions. Scant attention has also been paid towards integrating the theory with theoretical structures of general interest in psychology. Developments regarding the concept of the self, is a point in question. Although Rogers (1959), justifiably, expressed great pride in the exposition of his theory of personality and of therapy, it is almost half a century since publication of his classic chapter in Koch's influential history of the development of psychology. Since so much has happened in the intervening four decades, the schemata by which the self-concept is to be conceptualised, are in urgent need of revisioning.

In terms of the literature discussed in this paper, the relation of empowering the self (agency) to the dimensions of independence and interdependence, need to be raised? For instance, does agency represent a separate dimension with its own polar opposites, in addition to the two dimensions of interpersonal distance, each with its own polarities, as I have intimated? Or can agency be encompassed by the independent dimension alone? And

apart from the influence of culture, in general, on the construal of the self, the effect of gender, race, religion, social class, and the individual's particular social and developmental history, have to be considered. Since the way the self is conceptualised has significant cognitive, emotional, motivational, and other behavioural consequences (Holdstock 1995), its reconceptualisation may have far-reaching implications for our ideas about mental health, mental illness, and the way we conduct therapy.

Despite the life-long battle which Carl Rogers waged against logical positivism, it would seem that PCT, like the other psychotherapeutic approaches, has also come to place a higher priority on technique than theory. Thus, despite the historical aversion to positivism, the PCA has nevertheless succumbed to the seduction of the pragmatism of a method-driven positivistic discipline, even though its positivism manifests in the consulting room and not in the laboratory. It is necessary that the PCA constantly re-examines, not only its therapeutic techniques, but also its theoretical assumptions. After all, one of the identifying characteristics of the PCA is its process orientation.

Account must also be taken of the implications which rapid globalisation have for the PCA. During the later years of his life, Rogers endeavoured to contribute to the resolution of conflict between nations and was fond of quoting from Zen texts. A close relationship indeed exists between aspects of Zen and the PCA (Purton 1996). Brazier (1996), a PC psychotherapist, has recently published an excellent book on Zen therapy. Similarly, parallels and differences exist between the PCA and African philosophy and healing (Holdstock 1981). Apart from these initial endeavours, hardly any energy has been invested to explore the PCA in terms of non-Western cultural contexts. The investigation of the commonalities and differences which exist between the PCA and the paradigms underlying non-Western philosophies and techniques of healing, has the potential to enrich the approach and provide a useful impetus towards its internationalisation in the coming century.

#### References:

- Angyal, A. (1965/1982) *Neurosis and treatment: A holistic theory*. New York: Da Capo Press
- Badelt, I. (1990) Client-centered psychotherapy with mentally handicapped persons. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 671-681)
- Beech, C. (1993). Looking in, looking out: using multi-media approaches in person-centred therapy. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 148-166)
- Bohart, A. C. (1990) Psychotherapy integration from a client-centered perspective. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van

- Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 481–500)
- Bozarth, J. D. (1996) *Client-Centered therapy and techniques*. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 363–368). Berlin: Peter Lang
- Braaten, L. J. (1996) *Competition and solidarity: An evolving Person-centered model for self development based upon theory and empirical research*. In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (Eds.), *The power of the Person-Centered-Approach* (pp. 91–105). Köln: GwG-Verlag
- Brazier, D. (1996) *Zen therapy*. London: Constable
- Brodley, B. & Brody, A. (1996) *Can one use techniques and still be client-centered?* In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and Experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 369–374)
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). *Client-centered therapy versus psychoanalytic psychotherapy. Reflections following a comparative study*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 457–468). Leuven: Leuven University Press
- Elliot, R., Clark, C., Kemeny, V., Wexler, M. M., Mack, C. & Brinkerhoff, J. (1990) *The impact of experiential therapy on depression: The first ten cases*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 549–577). Leuven: Leuven University Press
- Esser, U. & Schneider, I. (1990) *Client-centered partnership therapy as relationship therapy*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 829–846). Leuven: Leuven University Press
- Finke, J. (1990) *Dream work in client-centered psychotherapy*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 503–510). Leuven: Leuven University Press
- Fuhrmann, E. W. (1990) *Some aspects of combining focusing with person-centered therapy in working with psychosomatic clients*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 733–739). Leuven: Leuven University Press
- Gaylin, N. L. (1990) *Family-centered therapy*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 813–828). Leuven: Leuven University Press
- Gunnison, H. (1985) *The uniqueness of similarities: Parallels of Milton H. Erickson and Carl Rogers*. *Journal of Counseling and Development*, 63, 561–566
- Hamelinck, L. (1990) *Client-centered therapy and psychiatric crisis intervention following suicide attempts*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 579–587). Leuven: Leuven University Press
- Herlihy, B. (1985) *Person-Centered Gestalt therapy: A synthesis*. *Humanistic Education and Development*, 24, 16–24
- Holdstock, T. L. (1981) *Indigenous healing in South Africa and the Person-Centered approach of Carl Rogers*. *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie*, 4, 31–46
- Holdstock, T. L. (1990) *Can client-centered therapy transcend its monocultural roots?* In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 109–121). Leuven: Leuven University Press
- Holdstock, T. L. (1991) *Het individuocentrisme in de klinische psychologie: Quo Vadis?* In J. A. M. Winnubst, P. Schnabel, J. van der Bout & M. J. M. van Son (Eds.), *De metamorfose van de klinische psychologie* (pp. 199–207). Assen: Van Gorcum
- Holdstock, T. L. (1993) *Can we afford not to revision the Person-Centered concept of self?* In B. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 229–252). London: Constable
- Holdstock, T. L. (1995) *Cultural concepts of the self: Mental health, mental illness and psychotherapy*. In Kang, S.-H. (Ed.), *Psychotherapy East and West: Integration of Psychotherapies* (pp. 580–590). Seoul: Korean Academy of Psychotherapists
- Holdstock, T. L. (1996a) *Anger and congruence reconsidered from the perspective of an interdependent orientation to the self*. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 47–52). Berlin: Peter Lang
- Holdstock, T. L. (1996b) *Discrepancy between the Person-Centered theories of self and of therapy*. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 395–403). Berlin: Peter Lang
- Holdstock, T. L. (1996c) *Implications of developments regarding the concept of the self for Client-Centered theory and practice*. In U. Esser, H. Pabst, G.-W. Speierer (Eds.), *The power of the Person Centered approach: New challenges-perspectives-answers* (pp. 83–90). Köln: GwG-Verlag
- Holdstock, T. L. & Rogers, C. R. (1983) *Person-Centered personality theory*. In R. J. Corsini & A. J. Marsella (Eds.), *Personality theories, research, and assessment* (pp. 189–227). Itasca, Ill: F. E. Peacock
- Kagitçibasi, C. (1996) *The autonomous-relational self: A new synthesis*. *European Psychologist*, 1, 180–186
- Kahn, E. (1989) *Heinz Kohut and Carl Rogers: Toward a constructive collaboration*. *Psychotherapy*, 26, 555–563
- Kim, M.-S., Hunter, J. E., Miyahara, A., Horvath, A.-M., Bresnahan, M. & Yoon, H.-J. (1996) *Individual- vs. culture-level dimensions of individualism and collectivism: Effects on preferred conversational styles*. *Communication Monographs*, 63, 29–49
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991) *Culture and self: Implications for cognition, emotion and motivation*. *Psychological Review*, 98, 224–253
- Marques-Teixeira, J. (1993) *Client-Centred psychodrama*. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 217–226). London: Constable
- Meffert, H.-J. (1990). *Client-centered psychotherapy with heart-surgery patients*. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 697–708). Leuven: Leuven University Press
- Meine, D. (1986) *Möglichkeiten und Grenzen der Integration von Klientenzentrierter Psychotherapie (Rogers) und Analytischer Psychologie (C. G. Jung)*. *GwG-info*, 65, 3–8
- Peters, L. G. (1994) *Rites of passage and the borderline syndrome: Perspectives in transpersonal anthropology*. *ReVision*, 17, 35–48

- Pfeiffer, W. M. & Ripke, T. (1990) Reflections on a person-centered approach to medicine. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 683–696). Leuven: Leuven University Press
- Pörtner, M. (1990) Client-centered therapy with mentally retarded persons: Catherine and Ruth. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 659–669). Leuven: Leuven University Press
- Pörtner, M. (1996) Working with the mentally handicapped in a person-centered way – is it possible, is it appropriate and what does it mean in practice? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Berlin: Peter Lang
- Prouty, G. F. (1990) Pre-therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 645–658). Leuven: Leuven University Press
- Purton, C. (1996) The deep structure of the core conditions: A Buddhist perspective. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 455–467). Berlin: Peter Lang
- Rogers, C. R. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the Client-Centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 3, Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill
- Rombauts, J. & Devriendt, (1990) Conjoint couple therapy in client-centered practice. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 847–863). Leuven: Leuven University Press
- Schippers, L. (1994) Individualism: A personality disorder. *ReVision*, 17, 24–28
- Sherman, E. (1990) Experiential reminiscence and life-review therapy with the elderly. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 709–732). Leuven: Leuven University Press
- Smith, W. H. (1994, September) Transpersonal work and the Person-Centred therapist. Paper presented at the IIIrd International Conference on Client-Centred and Experiential Therapy, Gmunden, Austria
- Swildens, J. C. A. G. (1990) Client-centered psychotherapy for patients with borderline symptoms. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 623–635). Leuven: Leuven University Press
- Tausch, R. (1990) The supplementation of client-centered communication therapy with other valid therapeutic methods: A client-centered necessity. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 447–455)
- Teusch, L. (1990) Positive effects and limitations of client-centered therapy with schizophrenic patients. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 637–644). Leuven: Leuven University Press
- Tobin, S. A. (1991) A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers's Person-Centered therapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 9–33
- van Zuuren, F. J. (1990) De zelfkant van fobici: bestaansrecht van de client-centered benadering bij fobieën. *VRT-Periodiek*, 20, 3–14
- Vossen, T. J. (1990) Client-Centered dream therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 511–548). Leuven: Leuven University Press
- Wijngaarden, H. R. (1990) Carl Rogers, Carl Jung and client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-Centered and Experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 469–479). Leuven: Leuven University Press

#### Corresponding author:

*T. Len Holdstock, Vrije Universiteit Amsterdam, 3F-69 an der Boethorstraat, Amsterdam.*

Gerd-Walter Speierer

# Personzentrierte Krisenintervention

## Abstract:

*Ein Konzept zum Verständnis von Krisen, zur Berücksichtigung unterschiedlicher Krisenursachen und zur Planung bzw. Durchführung patienten- bzw. klientenbezogener, ätiologisch-, zustands- und zielorientierter Hilfen für Personen in Krisen wird dargestellt. Seine theoretische Grundlage ist das vom Autor entwickelte Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) der Gesprächspsychotherapie (Speierer 1994).*

**Keywords:** Diagnostik, Indikation, Krisenintervention, Differenzieller Ansatz.

## Krisendefinition

Krise wird als ein vorübergehender Zustand betrachtet, in dem die betroffenen Personen, gemessen an ihren bisherigen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, sich unfähig erleben, bzw. von außen betrachtet nicht in der Lage sind, ohne fremde Hilfe auszukommen. Nach dem spontanen und/oder mit fremder Hilfe erzielten Abklingen der Krise können die meisten Betroffenen entsprechend dem status quo ante wie bisher weiterleben. Das Weiterleben erfolgt mit einem mehr oder minder starken Rückfallrisiko für eine erneute Krise.

In der International Classification of Diseases (ICD 10) (Dilling et al. 1991) werden die dazugehörigen Störungen als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43) beschrieben.

Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) (Speierer 1994) kann bei allen psychischen Störungen und so auch bei Personen in Krisen angewendet werden. In dieser gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre steht das Konstrukt der Inkongruenz als Selbstunverträglichkeit von Erfahrungen im Mittelpunkt.

## Krisenentstehung und Krisenreaktionen im DIM

Die zentrale These des DIM für die Krisenreaktionen und Belastungsstörungen ist: Gestörtes Erleben und andere Störungssymptome bei bisher gesunden Personen in Krisen, aber auch bei Krisen von Personen mit neurotischen, psychosomatischen und teilweise psychiatrischen Vorerkrankungen sowie mit krankheitsreaktiven psychogenen Symptomen und Störungen aus der Verarbeitung körperlicher Erkrankungen und anderer schwerer Belastungen sind auch Folge von erlebter Inkongruenz zwi-

schen den Erfahrungen und dem Selbstkonzept einer Person.

Das Selbst(konzept) kann auch als das Selbstverständnis eines Menschen angesehen werden. Es beinhaltet die Vorstellungen, Wertmaßstäbe, Verhaltensregeln und Lebensgestaltungspläne, die jemand aktuell als zu sich selbst gehörend betrachtet und an denen seine Selbstidentität und seine Selbstachtung hängen.

Im differentiellen Inkongruenzmodell wird angenommen, daß akute Krisen(reaktionen) durch ein abruptes Bewußtwerden von selbstinkongruenten Erfahrungen entstehen. Sie bedrohen unvermittelt die physische oder psychosoziale Existenz der Betroffenen. Es dominiert dann eher ein selbstbedrohliches streßhaftes Überforderungs- und Insuffizienzerleben als ein selbstunverträgliches konflikthafte Zerzissen.

So könnte zum Beispiel in einer akuten Krisenreaktion Inkongruenz abrupt entstehen durch die plötzliche Erfahrung oder Erkenntnis des Scheiterns an einer Aufgabe, des Scheiterns einer Beziehung oder des Zusammenbruchs der bisherigen Lebensverhältnisse mit der Bedeutung, ich bin ein Versager bzw. ich bin nicht liebenswert bzw. ich gehöre zu den Verlierern, wenn es sich um einen Menschen handelt, dessen Selbstachtung eng an Erfolg bei dieser Aufgabe und mehr oder weniger an Erfolg in jeder Beziehung oder Situation geknüpft ist.

Derartige Inkongruenz hat zum ersten unangenehme Erlebnisqualitäten. Inkongruenz hat zum zweiten körperliche, d.h. psychosomatische Begleiterscheinungen. Inkongruenz hat zum dritten Verhaltensreaktionen. Alle drei Arten von Inkongruenzfolgen bilden in unterschiedlicher Mischung und Betonung die subjektive und objektive Symptomatik psychogener Störungen.

Die häufigsten Inkongruenz(folge)symptome sind:

1. Gefühle der psychophysischen Anspannung.
2. Gefühle von Verletzlichkeit bzw. Verletztheit.
3. Gefühle von Minderwertigkeit, Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Depression und Lähmung.
4. Angstgefühle und Versuche Angst zu verringern durch Erfahrungseinschränkung in Form von Vermeidung bestimmter Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Situationen.
5. Abrupte Verwirklichungen selbstinkongruenten Verhaltens. Sie werden leidvoll und als persönlichkeitsfremd erlebt.
6. Im Erleben zerfällt die Einheit der eigenen Persönlichkeit. Denken, Fühlen und Handeln werden zeitweise im Einklang mit dem Selbst erlebt. Zeitweise dominieren die selbstunverträglichen Erfahrungen gleichsam als Verselbständigte. Zeitweise wechseln in rascher Folge selbstkongruente und selbstinkongruente Verhaltensanteile. Sie erzeugen zusätzliche Angst und Spannung mit entsprechenden vegetativen Begleiterscheinungen durch die Verwirrung, die sie hervorrufen.
7. Eingeschränkte oder überschießende unkontrollierbar erlebte Denkprozesse, Gefühle und Handlungen treten auf. Die Patienten berichten in diesem Zusammenhang, sie fühlten sich nicht mehr als Herr im eigenen Haus, stünden wie neben sich u.ä.

In den Krisensymptomen, wie sie in den Lehrbüchern beschrieben werden, können diese Inkongruenzfolgen mehr oder weniger vollständig wiedererkannt werden.

Die Anerkennung unterschiedlicher Inkongruenzquellen bildet in der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention die Voraussetzung differentiellen Handelns.

Rogers (1959) hat den Inkongruenzbegriff in die Psychopathologie eingeführt. Er hat Inkongruenz ausschließlich „sozial-kommunikativ verursacht“ angesehen. Er hielt daher die Inkongruenz bei allen psychischen Störungen auch für sozial-kommunikativ behandelbar. Diese Uniformitätsannahme wurde inzwischen durch die klinische Praxis und Forschung gerade auch im Bereich der psychiatrischen Akutversorgung und Krisenintervention widerlegt.

Eine Erklärung der teilweise suboptimalen bzw. mangelhaften Behandlungsergebnisse der Gesprächspsychotherapie bei psychischen Störungen wurde durch das differentielle Inkongruenzmodell ermöglicht.

In seinen Annahmen zur Störungsgenese tritt, neben die sozial-kommunikative Ätiologie als einzige Inkongruenzursache die dispositionelle und lebensereignisbedingte Inkongruenzentstehung.

Die dispositionelle Inkongruenz erscheint durch eine gleichsam angeborene oder krankheitsbedingt aktualisierte Tendenz, Erfahrungen eher selbstinkongruent zu erleben statt kongruent in das Selbstkonzept zu integrieren. Die dispositionelle Inkongruenz zeigt sich in der Psychotherapie als durch Wertschätzung, Einfühlung, Thera-

peutenkongruenz und auch durch Zusatzmerkmale eher mangelhaft oder überhaupt nicht verringerbare Unfähigkeit der Patient(inn)en, Erfahrungen und Selbstbild in subjektiv erträglichen Einklang zu bringen. Klinische Beispiele dafür sind die psychotherapeutisch nicht erfolgreich behandelbaren schweren Formen der Hypochondrie, ferner die für das Selbst inkongruenten bedrohlichen Erfahrungen in den akuten Stadien der Psychosen.

Die lebensereignisbedingte Inkongruenz tritt auf entweder akut bei plötzlich auftretenden lebensverändernden Ereignissen oder allmählich bei langsamer, unausweichlicher Zuspitzung von Lebensverhältnissen. Die Erfahrung durch Lebensereignisse bzw. veränderte Lebensverhältnisse übersteigt dann die Fähigkeit der Betroffenen, diese noch selbstverträglich oder kongruent zu verarbeiten, sei es vorübergehend oder dauerhaft.

Beim abrupten plötzlichen Eintritt von überlastenden Lebensereignissen resultiert eher eine akute Krisenreaktion mit den beschriebenen Symptomen.

Beispiele dafür sind Krisenreaktionen nach Katastrophen, Kriegseinwirkungen, Verlust naher Angehöriger, Unfälle, akut auftretende psychotische Schübe und die unvermittelte Konfrontation mit lebensbedrohlichen Erkrankungen.

Bei allmählicher Belastungszunahme resultieren nach einer Phase der scheinbar symptomlosen Kompensation eher psycho- und somatoreaktive Störungen mit ebenfalls deutlichen aber häufiger eher MINUS- als PLUS-Symptomen.

Beispiele dafür sind die Belastungsstörungen bei zum Tode oder schwerer Invalidität oder zunehmender Behinderung führenden Erkrankungen. Hierher gehören auch die Auswirkungen von länger dauernder Arbeitslosigkeit, Statusverlust, und andere als selbstunverträglich erlebte Einschränkungen der existentiellen Möglichkeiten. Auch hier kann als Ergebnis zunehmend erlebter Belastung zusätzlich eine akute Krisenreaktion stattfinden.

Durch die Einführung der dispositionellen Inkongruenz und der lebensereignisbedingten Inkongruenz im DIM wird anerkannt, daß nicht jede pathogene Inkongruenz psychotherapierbar ist, sei es mit den Mitteln der Gesprächspsychotherapie, sei es mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen.

In der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention steht daher mit der Berücksichtigung der unterschiedlichen Inkongruenzquellen ein multimodales und differentielles Behandlungsangebot im Einklang mit ihrer Krankheitstheorie zur Verfügung.

Wenn die gesunden Selbstentwicklungs- und Selbstheilungskräfte sei es dispositionell, sozialkommunikativ oder lebensereignisbedingt, in Krisen außer Kraft gesetzt sind, braucht auch die Gesprächspsychotherapie Zusatzmerkmale jenseits ihrer Basismerkmale, die den Zustän-



den und Veränderungen von Personen im Verlauf einer Krise gerecht werden.

Denn Krisenreaktionen haben nach Cullberg (1978) eine charakteristische Verlaufsgestalt:

- erstens die Schockphase,
- zweitens die Reaktionsphase,
- drittens die Bearbeitungsphase und eventuell
- viertens die Neuorientierungsphase

Krisenintervention muß daher phasengerecht erfolgen:

- in der Schockphase – die Soforthilfe
- in der Reaktionsphase – die nichtverletzende Konfrontation
- in der Bearbeitungsphase – die Krisenverarbeitung, Rückfallprophylaxe und ggf. Neuorientierung.

Anzumerken ist: Krisenintervention nach der Schockphase also in der Reaktions- und Bearbeitungsphase wird nur von einer Minderheit der Patient(inn)en angenommen.

die psychotherapeutische Krisenintervention u.a. folgende Erkenntnisse ableiten:

Eine Krise kann auch gesehen werden als Inkongruenz-erleben, vorzugsweise aufgrund von Lebensereignissen. Jedoch können zusätzlich sozial-kommunikative und dispositionelle Faktoren mitbeteiligt sein.

Seine Pathogenität erhält das Inkongruenz-erleben durch die erlebte Bedrohung des Selbst(konzepts) und in erweitertem Sinne der Bedrohung der eigenen physischen, psychischen und oder sozialen Existenz. Eine Krisenreaktion entsteht aber erst dann, wenn die bisherigen noch funktionierenden psychischen Inkongruenzbewältigungsstrategien insuffizient oder außer Kraft gesetzt werden. Inkongruenz wird dann (abrupt und schmerzlich) bewußt. Die gleichfalls selbstbedrohlichen Inkongruenz-folgesymptome verstärken das Inkongruenz-erleben wie in einem Teufelskreis.

Die Ziele der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention sind demnach eine Verringerung der erleb-

**Tab. 1:** *Zusammenschau differentialdiagnostischer Befunde und zustandsgerechte Optionen der Hilfe für die personzentrierte Krisenintervention*

Inkongruenzquellen	Zustandsdiagnose Störungsdiagnose	Schock Soforthilfe durch Zustands- u. Situationsverständnis, Präsenz, Schutz, Stützung, Entlastung	Reaktionsphase nicht- verletzende Konfrontation mit Realität u. Gefühlen durch Psychotherapie, Beratung u. Information	Bearbeitungsphase Ereignis- und Erfahrungs- verarbeitung Erarbeitung von Perspektiven für zukünftiges Leben und zur Rückfallverhütung
Lebensereignisse  sozial-kommunikative erf. Dispositionen	Selbstbedrohliche Lebensereignisse Änderungen der Lebenssituation sexueller Mißbrauch Vergewaltigung Mißhandlung Erlebnisreaktion Beziehungskrise Identitätskrise neurotische Störungen Persönlichkeitsstörung schizotype Psychose affektive Psychose Vergiftungs-/Entzugerscheinungen organische/seelische Störungen (z.B. bei Gehirnerkrankungen) körperliche Erkrankungen mit psychischen Auswirkungen (z.B. Stoffwechselstörungen)	Leitlinien der Verwirklichung: • personzentrierte Grundhaltung • persönliche Begegnung im Erst(gesprächs)kontakt ggf. mit Bezugspersonen • ggf. Empfehlung, Veranlassung, Organisation weiterer notwendiger Hilfen z.B. • Ortsveränderung, (WG, Frauenhaus, Krankenhaus) • Einschaltung von Behörden/Organisationen (Sozialamt, Jugendamt, Justiz, Polizei, Wohlfahrtsverbände etc.	Leitlinien der Verwirklichung: • personzentrierte Psychotherapie • personzentrierte Beratung • personzentrierte Information • problemzentrierte Information (u.U. mit Einbeziehung von Bezugspersonen, Partner(in), Familienmitgliedern) • ggf. Medikamente	Leitlinien der Verwirklichung: • person-, problem- u. situationszentrierte Gespräche • Information und Beratung • Einzeltherapie • Partnertherapie • Gruppentherapie • Kuraufenthalte • soziotherapeutische Maßnahmen vor Ort • Maßnahmen der körperlichen Rehabilitation • Maßnahmen der beruflichen Qualifikation und Rehabilitation • Medikamente u.a. medizinische Maßnahmen

Tabelle 1 zeigt die differentialdiagnostische und zustandsdiagnostische phasengerechte Indikation für unterschiedliche Hilfen in der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention nach dem differentiellen Inkongruenzmodell.

Zusammenfassend ergibt sich: Aus den klientenzentrierten Definitionen und Vorgehensweisen lassen sich für

ten Inkongruenz. An ihre Stelle soll wieder Kongruenz treten durch alte und neue selbstverträgliche Erfahrungen.

Die Intervention der gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention gehen i.A. über die kommunikativen Hilfen der GPT hinaus. (Beziehungsangebot mit Basis-

merkmalen, Zusatzmerkmalen, Fokussieren und bestimmten Formen der Lenkung).

Ihr Einsatz erfolgt gezielt aufgrund einer differentiellen Inkongruenzanalyse nach ätiologischen, phasen- und zustandsbedingten Kriterien.

Die GPT Krisenintervention berücksichtigt ferner die Ressourcen der Person und ihres engeren sozialen Umfeldes wie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Erfolgskriterien einer gesprächspsychotherapeutischen Krisenintervention sind die Wiedergewinnung von Selbstkongruenz, von Selbstwertschätzung und Selbstverständnis durch neue bzw. die erneute Erfahrungen von selbstverträglicher Autonomie, Zukunftsperspektiven und menschlichen Beziehungen. Dazu kommen wirksame Inkongruenzbewältigungsstrategien und Inkongruenztoleranz. Diese Merkmale des Erlebens und der Erfahrungsbeurteilung stehen gleich bedeutsam neben objektivierbaren Außenkriterien wie z.B. die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit der Lebensführung, Arbeitsfähigkeit sowie der Rückgang von individuellem und/oder sozialem Problemverhalten bzw. Körpersymptomen.

#### Literatur:

Cullberg (1978) Krisen und Krisentherapie, in: Psychiatr. Prax. 5 (1978) 25-34

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (1991) WHO-Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern (Huber) 1991

Rogers, Carl (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Hg.), Psychology, a study of a science, New York (Mc Graw Hill) 1959, Vol. 3, 184-256 (Übers. Köln: GwG 1987)

Speierer, G.-W. (1994) Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM), in: Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)

Speierer, G.-W. (1992) Medizin, Ökologie, Klientenzentrierte Psychologie und Krisenintervention, in Straumann, U. (Hg.), Beratung und Krisenintervention, Köln (GwG-Verlag), (1992) 55-83

#### Biographie:

*Prof. Dr. med. habil. Dipl. Psych. Gert-Walter Speierer, Arzt und Psychologe, Teilnehmer am La Jolla Programm, seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg. Zahlreiche Publikationen zu Theorie, Technik und Diagnose der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Seit 1985 ist die Störungstheorie Forschungsschwerpunkt.*

Marlis Pörtner

# Wider die Beliebigkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie

## Abstract:

*Die Klientenzentrierte Psychotherapie sieht sich oft dem Vorwurf der Verschwommenheit und Beliebigkeit ausgesetzt. Es erscheint deshalb sinnvoll, genauer darüber nachzudenken und zu verdeutlichen, was die Eigenart dieser Therapieform ausmacht. Neben der Grundhaltung des Therapeuten – Empathie, Wertschätzung und Kongruenz – gibt es einige weitere Aspekte, die spezifisch sind für die Klientenzentrierte Psychotherapie und die sowohl theoretische wie praktische Bedeutung haben:*

- *Relativität der Werte*
- *Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel*
- *Nicht der Inhalt steht im Mittelpunkt, sondern der Prozeß*
- *Nicht die Defizite sind entscheidend, sondern die Ressourcen*
- *Die kleinen Schritte*
- *Das Wichtigste geschieht außerhalb der Therapiestunde*

*Das Berücksichtigen dieser Aspekte trägt dazu bei, Klientenzentrierte Psychotherapie nicht als diffuses Heilsversprechen mißzuverstehen, sondern sie als das wahrzunehmen, was sie ist: ein Instrument, das Menschen ermöglicht, sich mit sich selbst, mit ihren Schwierigkeiten und mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen, bisher nicht bewußte Seiten ihrer Persönlichkeit wahrzunehmen, schlummernde Ressourcen und neue Handlungsspielräume zu entdecken, ihren eigenen Weg zu finden und Verantwortung für sich zu übernehmen.*

*Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen lassen sich keine Techniken ableiten, dennoch ergeben sich Konsequenzen für die Praxis. Das Wahrnehmen, Aufgreifen und Respektieren der beschriebenen Aspekte ist ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Wie sich das konkret auswirkt, wird anhand von Beispielen erläutert.*

**Keywords:** *Therapietheorie, Therapieprozeß.*

Eine der zentralen Anforderungen an klientenzentrierte Psychotherapeuten – die personenzentrierte Haltung, die auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz beruht – kann zugleich eine Quelle grundlegender Mißverständnisse sein:

Nicht selten wird Empathie als diffuses „liebsein“, Wertschätzung als undifferenziertes „alles gut finden“, Kongruenz als ungefiltertes „sich einbringen“ mißverstanden. Das führt dann in der Praxis zu jener Beliebigkeit des „anything goes“, die der Klientenzentrierten Psychotherapie häufig – und leider nicht immer zu Unrecht – vorgeworfen wird. Diese Beliebigkeit ist jedoch keineswegs ein Wesenszug der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern ergibt sich aus ungenauer Kenntnis oder oberflächlichem Verständnis ihrer Grundlagen. Dabei finden sich in der Literatur zahlreiche differenzierte Be-

schreibungen der einzelnen Aspekte dieser therapeutischen Haltung und ihrer Implikationen für die Praxis. So definiert Germain Lietaer „Kongruenz“ als „die innere“ und „Transparenz“ als „die äußere Seite der Authentizität“ (Lietaer 1991), und Dave Mearns erklärt, weshalb „unbedingte Wertschätzung nicht mit ‚gern haben‘ verwechselt“ werden darf (Mearns 1994) -, um nur zwei Beispiele neueren Datums herauszugreifen.

Die auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz beruhende therapeutische Haltung ist inzwischen auch von anderen psychologischen Schulen als wichtiger Einflußfaktor erkannt und übernommen worden. In der Klientenzentrierten Psychotherapie steht sie jedoch im Mittelpunkt als eine der Grundbedingungen für den therapeutischen Prozeß und wesentliches Element der Theorie (Rogers 1959). Die zentrale Hypothese, die dem klienten-

zentrierten/personenzentrierten Ansatz zugrunde liegt, formuliert Rogers so: „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 1986) Was für konkrete Konsequenzen für die therapeutische Praxis ergeben sich aus dieser Grundannahme?

Ergänzend zu meinen eigenen Erfahrungen und Überlegungen bin ich dieser Frage in ausführlichen Gesprächen mit 60 klientenzentrierten Therapeuten in verschiedenen Ländern Europas und den USA nachgegangen (Pörtner 1994). Bei aller Verschiedenheit der persönlichen Arbeitsweisen, zeichnen sich charakteristische Aspekte ab, an denen sich die praktische Arbeit orientieren kann. Im folgenden möchte ich einige dieser Aspekte beschreiben:

## 1. Relativität der Werte

Das Prinzip des Nicht-Wertens meint nicht grundsätzlich Wertfreiheit, in der alle ohne Rücksicht auf ihr Umfeld machen, was sie wollen. Aber es verlangt von der Therapeutin, daß sie ihre Wertvorstellungen von denen des Klienten trennen kann, sie nicht einfach auf ihn überträgt, sondern ihm hilft, sich mit seinen eigenen auseinanderzusetzen. Das beinhaltet unter anderem auch die Erkenntnis, daß Werte nicht einfach von anderen (Eltern, Autoritätspersonen etc.) übernommen werden können, auch nicht von der Therapeutin, sondern daß sie stets an der eigenen Erfahrung überprüft werden müssen und Wandlungen unterworfen sind.

Besonders deutlich wird die Relativität der Werte, wenn wir es mit Menschen aus anderen Kulturkreisen zu tun haben. Für sie geht es oftmals darum, ihren Platz zu finden zwischen den überlieferten Werten ihrer angestammten Kultur und denen, die sie in ihrem jetzigen Umfeld erleben. Der Therapeut ist dann hilfreich, wenn er die Klientin in diesem Hin-und-hergerissen-Sein zwischen den Kulturen einführend begleitet, ihr das Abwägen der unterschiedlichen Risiken und Konsequenzen ermöglichen und sie ihren eigenen Weg finden lassen kann, ohne sie nach der einen oder anderen Seite zu beeinflussen. Das wird ihm desto besser gelingen, je klarer er sich seiner eigenen Werte bewußt ist und sie beiseite stellen kann, um offen zu bleiben für das Erleben der Klientin.

Das mag als eine selbstverständliche, keiner besonderen Erwähnung bedürftige Voraussetzung jeglicher Psychotherapie erscheinen, aber sie ist in der Praxis nicht immer so selbstverständlich erfüllt. Ganz unmerklich können sich eigene Wertvorstellungen der Therapeutin einschleichen (z.B. in bezug auf Beziehung, Emanzipation, persönliche Freiheit, usw., aber auch solche die sich

aus ihrer therapeutischen Orientierung ergeben) und ihre Offenheit für das Erleben der Klientin beeinträchtigen. Deshalb muß sie sich immer wieder ganz bewußt mit ihren Wertvorstellungen auseinandersetzen. Neue Erfahrungen – das gilt für Therapeuten genauso wie für Klienten – bedingen stets auch einen Prozeß der Neubewertung.

## 2. Nicht der Inhalt steht im Mittelpunkt, sondern der Prozeß

Die klientenzentrierte Theorie formuliert nicht inhaltliche Konzepte, sondern beschreibt die Charakteristik von Wachstums- und Veränderungsprozessen unabhängig von den Inhalten, an denen sie sich vollziehen. Deshalb haben in der Gesprächspsychotherapie nicht wie in anderen Therapieformen bestimmte Inhalte mehr Gewicht als andere (wie z.B. Träume in der Jung'schen Psychologie oder die frühe Kindheit in der Psychoanalyse). Im Zentrum steht der Prozeß der Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis, Veränderung, Problemlösung oder Entscheidungsfindung der Klientin, gleichgültig anhand welcher Inhalte dieser Prozeß vor sich geht. Für klientenzentrierte Therapeuten sind grundsätzlich alle Themen wichtig, mit denen sich der Klient beschäftigt.

Doch sie sind trotz dieses Grundsatzes nicht immer dagegen gefeit – je nach persönlichen Neigungen – gewisse Inhalte stärker zu gewichten als andere, seien das spirituelle Themen, Träume oder auch bestimmte Problematiken oder Entwicklungsschritte, die sie für die Klientin als wichtig erachten. Solche Präferenzen können den Entwicklungsprozeß – ganz subtil – steuern und behindern, indem der Therapeut etwas bestimmtes erwartet. Diese Erwartung spürt auch der Klient und er kommt – oft noch verstärkt durch eigenes theoretisches Wissen oder Halbwissen – unter Druck, etwas bestimmtes leisten zu müssen. Das behindert seine Selbstexploration. Die Therapeutin muß solche Präferenzen bei sich klar erkennen, sie beiseite stellen und unvoreingenommen das ernst nehmen, was den Klienten im Augenblick beschäftigt. Auch ganz banal erscheinende Alltagsereignisse können tiefgreifende Veränderungen und nachhaltige psychische Entwicklungsprozesse mit sich bringen. Deshalb muß die Therapeutin sich von Inhalten lösen, dem Prozeß vertrauen und Veränderungsvorgänge differenziert wahrnehmen können. Dabei ist das ‚wie‘ in der Regel für die psychische Entwicklung entscheidender als das was.

Sich vom Inhalt lösen zu können, hat auch methodische Auswirkungen. Es macht einen Unterschied, ob der Therapeut vorschlägt: „Wäre es möglich, Brücken zu schlagen zwischen diesen verschiedenen Interessen?“ oder: „Warum versuchen Sie nicht, Ihre handwerklichen Fähigkeiten in Ihre Lehrtätigkeit einzubauen?“ Die eine

Frage regt einen Prozeß des Suchens nach Möglichkeiten an, der inhaltlich noch ganz offen ist; die andere bezieht sich auf einen klar definierten Inhalt, engt den Klienten ein und wirkt, falls er diese ganz bestimmte Möglichkeit nicht hat, eher entmutigend.

### 3. Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel

Vorgegebene Ziele bergen die Gefahr, daß der Blick starr auf dieses Ziel gerichtet und übersehen wird, was unterwegs geschieht. Erfolg wird ausschließlich daran gemessen, ob das Ziel erreicht wird. Impulse, die in eine andere Richtung weisen, bleiben unbeachtet, obwohl sie vielleicht ganz neue Perspektiven eröffnen könnten.

Ebenso wichtig wie das Ziel – oft wesentlich wichtiger – ist für die Klientin die Erfahrung, daß sie sich auf den Weg machen kann, sich nicht mehr festgefahren zu erleben, sondern fähig, etwas zu verändern. Der Therapeut sollte deshalb nicht ständig ein Ziel im Auge haben, selbst wenn es von der Klientin selbst formuliert worden ist, sondern geduldig mit ihr auf dem Weg bleiben, genau wahrnehmen, wie sie diesen Weg geht, und das ansprechen. Denn hier können sich Ressourcen erschließen und neue Perspektiven auf tun.

In diesem Zusammenhang kann selbst Rogers' Begriff „fully functioning person“ zur Falle werden, wenn er nicht als Wegweiser, sondern als Zielvorstellung verstanden wird. Rogers betont jedoch den prozeßhaften Charakter dieses Begriffes durch die Formulierungen „more“ und „increasingly“, die er in seiner Beschreibung der „fully functioning person“ immer wieder verwendet, und mit der Feststellung: „There is no clear distinction between process and outcome“ (Rogers 1959). Klientenzentrierte Therapeutinnen müssen sich davor hüten, mit „fully functioning person“ eine ganz bestimmte Zielvorstellung zu verbinden, die der Klient erreichen sollte. Nur der Klient selbst kann herausfinden, was dieses „more fully“ in seinem Lebenszusammenhang bedeutet und wie es sich verwirklichen läßt. Aufgabe der Therapeutin ist es, ihn auf diesem Weg zu begleiten und zu unterstützen, nicht zu beurteilen, wann er das Kriterium „fully functioning“ erfüllt.

### 4. Die kleinen Schritte

auf diesem Weg, die so leicht übersehen werden, sind ganz besonders wichtig. Jeder noch so kleine Schritt beweist die Fähigkeit, Schritte zu machen, und birgt das Potential für weitere Schritte.

Veränderungen können nur dann richtig verarbeitet werden, wenn sie im eigenen Rhythmus geschehen. Empathie heißt für den Therapeuten auch: sich in den Rhyth-

mus des Klienten einfühlen und sein Tempo respektieren. Kleine Schritte können meist besser integriert und in den Alltag übertragen werden als spektakuläre emotionale Aufbrüche. Solche können zwar für die Klientin ein wichtiges und befreiendes Erlebnis sein, das sie aber in ihrem Lebenszusammenhang oft nicht umsetzen kann und wieder zuschütten muß, weil der Schritt zu groß ist. Deshalb werden die kleinen Schritte in der Klientenzentrierten Psychotherapie aufmerksam beachtet. Darin unterscheidet sie sich von anderen humanistisch orientierten Therapieformen, die starke Emotionen auslösen (wie die Gestalttherapie) oder eine Katharsis bewirken wollen (wie das Psychodrama). Selbstverständlich kommen diese auch in der Klientenzentrierten Psychotherapie vor, aber sie werden nicht speziell angestrebt oder höher eingeschätzt als die kleinen, oft kaum wahrnehmbaren Veränderungsschritte, die sich erst im Rückblick als beträchtliche Wegstrecke erweisen. Mearns bezeichnet diese beiden ganz unterschiedlichen Formen der Veränderung als „osmotic and seismic change“ (Mearns 1994).

Während große „seismische“ Umbrüche kaum in Gefahr sind, übersehen zu werden, muß die Therapeutin ihre Wahrnehmung für die „osmotischen“ Veränderungen sorgfältig schürfen. Sie sollte geradezu mit der Lupe nach diesen unscheinbaren kleinen Schritten suchen und auf sie hinweisen, wenn sie sie entdeckt, damit sie der Klientin bewußt werden und sie zu weiteren Schritten ermutigen. Denn häufig sehen Klienten einseitig und überdeutlich nur das, was sie noch nicht erreicht haben, und meinen, überhaupt nicht weiterzukommen, weil sie die kleinen Schritte nicht wahrnehmen können oder ihnen zu wenig Bedeutung beimessen. Dann kann es hilfreich sein zurückzuschauen: Wie war das vor einem halben Jahr? Oder noch vor drei Wochen? Meist stellen die Klienten dann mit Staunen fest, daß sich in dieser Zeitspanne – unmerklich zwar – eben doch einiges geändert hat.

Auch in sich wiederholenden Bildern, die der Klient gebraucht, lassen sich manchmal ganz kleine Unterschiede ausmachen – oft sind es nur Nuancen – die darauf hinweisen, daß etwas in Bewegung ist. Solche Nuancen dürfen nicht verlorengelassen, denn sie könnten ein erster Schritt zur Veränderung sein.

Um diese Nuancen wahrzunehmen, muß der Therapeut aufmerksam und genau bei dem bleiben, was die Klientin in zum Ausdruck bringt, bei ihren Bildern, ihren Worten und ihren Gefühlen, und nicht seine eigenen Vorstellungen in den Vordergrund schieben. Ganz besonders wichtig ist das bei Menschen mit schweren psychischen Störungen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen usw., bei denen solche Nuancen ein Schlüssel – oft der einzige – zum Verstehen sind. Das hat Garry Prouty in seiner jahrelangen Arbeit mit chronisch schizophrenen und geistig behinderten Menschen eindrücklich nachgewiesen. (Prouty 1994;

zusammenfassende deutsche Darstellungen in: Pörtner 1996 a, 1996 b)

## 5. Nicht die Defizite sind entscheidend, sondern die Ressourcen

Diagnostische Kenntnisse sind eine Hilfe zum Verstehen menschlichen Verhaltens, aber sie können dieses Verstehen auch behindern, indem sie den Blick verstellen für das, was über den diagnostischen Raster hinausgeht. Doch gerade hier, in den ganz persönlichen Eigenarten, die sich nicht in diagnostische Kategorien einordnen lassen, werden Ressourcen sichtbar, liegt das Potential zu Veränderung.

Anstatt sich vorwiegend an dem zu orientieren, was fehlt, sollte die Therapeutin vermehrt auf das achten, was da ist, es aufgreifen und die Klienten darin ermutigen und bestärken. Denn auch sie sind oft so befangen in dem, was sie nicht schaffen, daß sie die Möglichkeiten und Stärken, die sie auch haben, viel zu wenig wahrnehmen und nutzen können. Der Therapeut kann ihnen helfen, sie zu entdecken und zu entwickeln, wenn er – ohne die Defizite zu übersehen – sein Augenmerk vermehrt auf die Ressourcen richtet.

Das ist gerade auch bei Menschen mit geistiger Behinderung von eminenter Bedeutung, denn sie haben das Stigma „ich bin geistig behindert und kann das nicht“ oft so internalisiert, daß sie sich überhaupt nichts mehr zutrauen. Auch bei langjährigen Psychiatriepatienten ist es manchmal erschreckend, wie sie sich mit den psychopathologischen Kategorie identifizieren, denen sie zugeordnet werden, dabei aber von sich selbst und ihrem Erleben weitgehend abgeschnitten sind. Das dürfen Therapeutinnen nicht noch verstärken, indem auch sie sie hauptsächlich über die Diagnostik wahrnehmen.

Und noch ein Aspekt darf nicht vergessen werden:

## 6. Das Wichtigste geschieht außerhalb der Therapiestunde

Psychotherapie kann und darf nicht zum Zentrum und Lebensinhalt werden. Das Leben hat immer Vorrang. Das sollten Therapeuten in aller Bescheidenheit stets vor Augen haben. Wiederum eine Selbstverständlichkeit, die aber gelegentlich untergeht im Treibhausklima einer von der Realität abgehobenen und zum sektiererischen neigenden „Therapiekultur“, die das Instrument Psychotherapie überschätzt und zum Selbstzweck macht. Auch der Personzentrierte Ansatz ist davon nicht immer frei, ob schon seine Grundsätze – wenn sie ernstgenommen werden – dem absolut entgegenstehen.

Die großartigsten Erlebnisse in der Therapiestunde nützen dem Klienten wenig, wenn er nicht etwas davon

in seine Realität umsetzen kann. Therapie und Alltag sollten in einer Wechselwirkung zueinander stehen: Durch die Therapie wird die Klientin offener für ihr eigenes Erleben und das, was ihr begegnet – neue und andere Erfahrungen im Leben, die dadurch möglich werden, befruchten ihrerseits wieder den therapeutischen Prozeß.

Ein klientenzentrierter Therapeut ist kein Macher, der diesen Prozeß lenkt und kontrolliert, sondern ein Begleiter, der dem Klienten Bedingungen anbietet, die Entwicklung und Veränderung ermöglichen. Den Weg geht die Klientin selbst, und der wird entscheidend beeinflusst durch das, was in ihrem Leben geschieht. Ungünstige Lebensumstände können verhindern, daß in der Therapie erlebte neue Möglichkeiten in die Realität umgesetzt werden können, anders herum können Ereignisse, die im Leben stattfinden, den Entwicklungsprozeß beträchtlich fördern. Oft geht es in der Therapie auch darum, Wege zu finden, um mit dem Nicht-Veränderbaren anders leben zu können.

Wer diesen Vorrang des Lebens respektiert, kommt kaum in Versuchung, sich als allwissender Guru oder als große Heilerin zu überschätzen, sondern wird die eigenen Möglichkeiten und Grenzen ebenso realistisch erkennen wie diejenigen der Psychotherapie.

Die nachfolgenden Beispiele sollen aufzeigen, wie die beschriebenen Aspekte in der Praxis in Erscheinung treten, manchmal vereinzelt, oft auch in komplexer Weise miteinander verbunden und sich überschneidend.

### Beispiel 1:

Frau L. seit achtzehn Jahren verheiratet, Mutter von zwei halbwüchsigen Söhnen, hat sich in der Therapie während längerer Zeit damit beschäftigt, wie sie sich als Frau von ihren „drei Männern“ in den Hintergrund gedrängt fühlt: Sie erlebt sich als schwach, nicht präsent mit ihren Anliegen, und möchte lernen, sich in der Familie mehr durchzusetzen. Eines Tages kommt sie ganz aufgekratzt in die Therapiestunde: „Wissen Sie, was ich gestern gemacht habe? Bratwürste mit Zwiebeln!“ Ihr Leben lang habe sie geglaubt, eine Allergie gegen Zwiebeln zu haben. Während ihrer ganzen Ehe habe es in ihrem Haushalt niemals Zwiebeln gegeben, obwohl ihr Mann und ihre Söhne die Bratwürste viel lieber mit Zwiebeln gegessen hätten als ohne. Und jetzt sei sie plötzlich auf die Idee gekommen, es einmal mit den Zwiebeln zu probieren. „Und wissen Sie was“, schließt sie ihren Bericht: „Es ist nichts passiert!“

Dieses, wenn man so will, banale Ereignis, hatte überraschende Auswirkungen: die Tatsache, daß etwas, das jahrelang so unumstößlich festgestanden hatte, sich plötzlich verändern konnte, führte in der Familie zu Gesprächen über Dinge, die bisher stillschweigend hingenommen worden waren. Daraus ergaben sich weitere Ver-

änderungen, die vorher unmöglich schienen. Das gleichförmig gewordene Familienleben wurde neu belebt.

Frau L. entdeckte mit Staunen, wie sehr sie die Familie mit ihrer „Schwäche“ bestimmt, ja manipuliert hatte. Sie erkannte, daß ihre Position in der Familie viel stärker war, als sie geglaubt hatte, und begann sich mit ihren starken Seiten auseinanderzusetzen, was zu Veränderungen in ihrem Selbstkonzept führte.

Das Beispiel zeigt: Auch an ganz alltäglichen Inhalten können wesentliche Veränderungsprozesse in Gang kommen, die weit über das Alltagsereignis hinausführen. Und: Im Verlauf einer Therapie geschehen die entscheidenden Veränderungsschritte, die das Gewohnte auf einmal in neuem Licht erscheinen lassen („shifts“, wie sie im Focusing genannt werden), durchaus nicht immer in der Therapiestunde, sondern oftmals im täglichen Leben.

#### Beispiel 2:

Eine junge Frau kommt wegen Eßstörungen in die Therapie. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, ihre Eßgewohnheiten wieder in den Griff zu bekommen und abzunehmen. Doch Frau S. berührt das Thema nur selten und flüchtig. Es gelingt der Therapeutin nicht, eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Problem anzuregen, und sie fragt sich manchmal, ob sie etwas falsch mache. Aber es erscheint ihr notwendig bei dem zu bleiben, was die Klientin zur Sprache bringt. Und Frau S. beschäftigen andere Themen: ihre Wohnsituation, die Beziehung zu ihrem Freund, Probleme am Arbeitsplatz. Nach langem Ringen beschließt sie, sich von ihrem Freund zu trennen und aus der gemeinsamen Wohnung auszuziehen. Eines Tages fällt der Therapeutin auf, daß Frau S. merklich abgenommen hat. Erstaunt fragt sie nach. Es stellt sich heraus, daß die Eßstörungen für Frau S. schon eine ganze Weile kein Problem mehr sind. Sie haben sich im Zuge der anderweitigen Veränderungen quasi „von selbst“ erledigt, ohne daß explizit an ihnen gearbeitet wurde.

Das Beispiel zeigt: Es bewährt sich, wenn der Therapeut mit dem Klienten auf dem Weg bleibt und sich nicht durch ein vorgängig formuliertes Ziel ablenken läßt. Er würde den Klienten in seinem Entwicklungsprozeß behindern, wenn er ihn „beim Thema behalten“ wollte, ob schon ihn anderes im Augenblick mehr beschäftigt. Im vorliegenden Beispiel wurde das ursprüngliche Ziel ganz nebenbei mit erreicht, in anderen Fällen kann das Ziel wieder ins Auge gefaßt werden, sobald andere Inhalte bearbeitet wurden, manchmal auch wird auf dem Weg, den die Klientin zurücklegt, das Ziel irrelevant.

#### Beispiel 3:

C., eine 20jährige Portugiesin, möchte dieses Jahr zum erstenmal nicht mit ihren Eltern in die Ferien fahren, sondern mit ihrem Freund, ebenfalls einem Portugiesen, den sie seit einem halben Jahr kennt. Die Eltern sind

außer sich. Für sie ist es undenkbar, daß ein junges Paar gemeinsam in die Ferien geht, ohne verheiratet zu sein. Die jungen Leute hingegen sehen, daß das für ihre schweizerischen Kollegen selbstverständlich ist, und möchten diese Freiheit auch für sich in Anspruch nehmen. Zugleich ist C. das Aufgehobensein im Familienverband aber sehr wichtig. Sie ist erschüttert über das kategorische Nein ihrer Eltern und fürchtet einen Bruch, den sie auf keinen Fall möchte. Auf der anderen Seite hat sie Angst, der Freund könnte sich von ihr abwenden, wenn sie so abhängig von ihren Eltern ist.

Das Beispiel zeigt: Werte sind relativ. Der Therapeut wird sich hüten, hier Werte zu vertreten, weder seine eigenen noch die des Freundes oder der Eltern. Vielmehr wird er der jungen Frau behilflich sein, sich in diesem Wertkonflikt zurechtzufinden und abzuwägen, was sie riskieren will und was nicht. Wenn die Möglichkeit dazu besteht, ist es sinnvoll, auch die anderen Beteiligten in das Gespräch einzubeziehen und gemeinsam nach einem gangbaren Weg zu suchen.

#### Beispiel 4:

Herr O. sagt: „Es geht mir nicht besser. Ich war gestern wieder so verzweifelt, daß ich keinen Ausweg mehr sah. Am Nachmittag habe ich mich dann aufrappeln können und bin spazierengegangen, das hat mir gut getan. Draußen in der Natur sehe nicht mehr alles so schwarz. Aber am Morgen war es ganz schlimm. Ich weiß nicht, wie das noch werden soll. Ich halte das nicht mehr aus.“

In diesem Beispiel ist es wichtig, daß die Therapeutin angesichts der trüben Grundstimmung den kleinen Schritt nicht übersieht, den Herr O. gemacht hat: Er ist spazierengegangen und hat gemerkt, daß es ihm draußen in der Natur besser geht. In seiner Naturverbundenheit könnte sich eine Ressource erschließen, um mit seinen Depressionen besser fertig zu werden. Die Therapeutin wird sowohl auf seine Verzweiflung und das Gefühl, daß es nicht besser wird, eingehen wie auch auf den kleinen Schritt und die mögliche Ressource hinweisen, die vielleicht einen Hoffnungsschimmer bedeuten.

Die hier beschriebenen Aspekte spielen sicherlich auch in anderen Therapieformen eine Rolle. Aber ihre Gewichtung ist spezifisch für die Klientenzentrierte Psychotherapie: Sie ergibt sich aus ihren Grundvoraussetzungen. Diese Aspekte zu beachten trägt dazu bei, diesen gerecht zu werden. Es

- befreit den Klienten vom Druck etwas bestimmtes leisten zu müssen und hilft ihm, seinen eigenen Weg zu finden.
- traut der Klientin Selbstverantwortung zu.
- führt zu Bescheidenheit in der Selbsteinschätzung der Therapeutin und es ergeben sich daraus

- methodische Kriterien, welche auch die Beantwortung der Frage nach der
- Integration anderer Methoden erleichtern.

#### Literatur:

- Lietaer, G. (1991): The authenticity of the therapist: Congruence and Transparency. Vortrag bei der 2nd International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, Stirling, Scotland
- Mearns, D. (1994): Developing Person-Centred Counselling. London, Sage
- Pörtner, M. (1994): Praxis der Gesprächspsychotherapie – Interviews mit Therapeuten. Stuttgart, Klett-Cotta
- Pörtner, M. (1996 a): Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta
- Pörtner, M. (1996 b): Garry Proutys Konzept der Prä-Therapie. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irlich, D. (Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung: Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Bern, Hans Huber, 207–218
- Prouty, G. (1994): Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Psychotherapy. Westport, Praeger
- Rogers, C. R. (1959): A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.): A study of a science. Vol. 3.

Formulations of the Person and the Social Context. New York, McGraw-Hill, 184–256

- Rogers, C. R. (1986): A Client-centered/Person-centered Approach to Therapy. In: Kutash, I. & Wolf, A. (Hrsg.) Psychotherapist's Casebook. San Francisco, Jossey-Bass, 197–208

#### Biographie:

*Marlis Pörtner, geboren (1933) und aufgewachsen in Zürich.*

*In früheren Jahren Tätigkeit am Theater und beim Rundfunk (vorwiegend in Deutschland), später als Übersetzerin von Belletristik und Kinderbüchern. War verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und zwei Enkelkinder.*

*1975–79 Psychologiestudium, anschließend Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie. Lebt und arbeitet in Zürich als Psychotherapeutin in eigener Praxis sowie als Supervisorin in sozialen Institutionen.*

*Schreibt und hat – neben verschiedenen Artikeln in Sammelbänden – bisher zwei Bücher veröffentlicht: Praxis der Gesprächspsychotherapie (Stuttgart 1994, Klett-Cotta), Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen (Stuttgart 1996, Klett-Cotta).*



Maria Bruckbäck

## Die Verbalisation des Selbst

### Abstract:

*Die Verbalisation des Selbst bedeutet den ernsthaften Versuch, sein gewordenes und werdendes Selbst subjektiv und prozeßorientiert zu verbalisieren.*

*Die Möglichkeit eines Menschen, sein Selbst adäquat verbal zu äußern, setzt seine Bereitschaft sich zu öffnen, um um dieses Selbst zu erforschen, voraus. Soll bewußt vom Eigenen die Rede sein, ist die Anerkennung der inneren Bedürfnisse die notwendige Voraussetzung, um sie zur Sprache zu bringen, sie auszudrücken und sie als Beziehungsmittelpunkt inmitten des Verwoben- und Involviertseins mit der Umwelt wahrzunehmen.*

*Dazu wird exemplarisch der Ansatz von Lacan, der ein tiefes, nicht faßbares Verständnis der Struktur der Selbstverbalisation bietet und der Ansatz von Tamm, der einen Zugang zur Selbstverbalisation über die Reflexion der eigenen Ansprüche und Leitideen gibt, beschrieben.*

*Dieser Artikel bietet einen Beitrag zur Aussagefähigkeit des durch Krisen und Leid auf sich selbst verwiesenen und sich selbst reflektierenden Individuums im therapeutischen Prozeß.*

**Keywords:** Selbstbegriff, Strukturalismus, Theorieentwicklung.

Während meiner 15jährigen Praxis sind mein Interesse und die Faszination, Klienten zuzuhören, durch verschiedene Zugänge und Konzepte differenzierter geworden und gewachsen. Man nimmt, wenn man z.B. die psychoanalytischen Konzepte kennt, Gesagtes anders wahr.

In Psychotherapien, wo der Mittelpunkt das Sprechen des Klienten ist, hat die Verbalisation als Aussagefähigkeit des Selbst, der Persönlichkeit, große Bedeutung; ich sehe in der kontinuierlichen Verbalisation des Selbst einen möglichen Weg, sich selbst prozeßhaft näher zu kommen, sich dadurch besser verstehen und annehmen zu lernen.

So möchte ich Ihnen hier aus der Literaturfülle über zwei für mich sehr anregende und für die praktische Therapie hilfreiche, voneinander unabhängige Zugänge berichten. Zum einen von einer Stelle bei Jacques Lacan, der die Sprachstruktur dem Unbewußten gleichsetzt und uns von der Möglichkeit, durch die Sprache vom Anderen in unserem Begehren anerkannt zu werden, beeindruckend erzählt. Zum andern von Johanna Tamm, die im reflektierten, geklärten Idealitätsbezug die Voraussetzung für die Selbstverbalisation sieht.

Nach Lacan, Psychoanalytiker und Philosoph, kann es nicht das Ziel des Sprechens sein, einen eindeutigen Sinn oder Bedeutungsinhalt zu vermitteln.

Lacan geht es nicht wie Freud darum, das Unbewußte aufzudecken, vielmehr will er die Struktur des Unbewußten im Diskurs vermitteln. Dabei zeigt sich die eigentliche Entdeckung Lacans, nämlich, daß das Unbewußte wie Sprache strukturiert ist. Es ist eingebunden in den normalen Sprachgebrauch und in dessen Querverweisen und Verwebungen sichtbar. Im Gegensatz zu Descartes ‚ich denke, also bin ich‘ gibt es bei Lacan ein Denken, von dem das Subjekt nichts ‚weiß‘, weil es auf einer anderen Erfahrungsebene als auf der des bewußten Seins auftaucht; nämlich dort, ‚wo ich nicht bin‘, in den Bruch- und Leerstellen des bewußten Diskurses, da, wo der Sinn ‚Reißaus‘ nimmt. Dieses Denken in der Bedeutung eines ‚es spricht‘ bzw. ‚es denkt‘ schreibt Lacan dem Subjekt des Unbewußten zu.

Um die Struktur der Lacan'schen Sprachordnung zu verstehen, ist es notwendig, auf das Stadium der kindlichen Ich-Bildung, das Lacan als ‚Spiegelstadium‘ bezeichnet, zurückzugreifen.

Das Subjekt ist zerteilt, es identifiziert sich einerseits mit dem eigenen Spiegelbild oder dem Bild des anderen und andererseits steht diesem imaginären Ideal die reale Mangelhaftigkeit gegenüber, das Subjekt ist sich entfremdet. Es entsteht ein Zirkel von Faszination, dem Angezogenein vom Idealbild und der Aggression darüber, daß dieses Idealbild nicht wirklich ist. Das Einsseinwollen mit

sich als einem anderen ist nur um die Preisgabe des einen oder anderen möglich. Der Ausweg aus diesem Konflikt ist nur in der Sprache, die das Symbolische stiftet, möglich. Hier gibt es ein Nebeneinander ohne Vermittlung, in der sowohl das eine wie auch das andere anerkannt wird.

Der eigentliche Wunsch ist es, wie bereits gesagt, vom Anderen anerkannt zu werden.

Es ist wieder die sprachliche Ordnung, in der es möglich ist, einen Ausweg aus dem Begehren zu finden, indem es in der Sprache zur Anerkennung hinfinden kann.

Im unreflektiven Sein fehlt der Sinn, und im Stadium des Reflektierens sind wir von unserem Sein abgetrennt (vgl. Pagel 1992; Lacan 1975).

„Allein vom Begehren aus ist es möglich, im und durch das Sprechen zu einer Gewißheit seiner selbst zu gelangen, die sich mit einer Gewißheit des Seins deckt“ (Gondek 1992, S. 119).

Das Subjekt kann sich durch das Sprechen aus seiner Selbstbezogenheit befreien, und durch den Eintritt in die Sprachordnung das begehrende Subjekt, das Es, der Ort des wahren Seins, zu seinem Sprechen finden.

Lacan meint, daß gerade das Unbedeutende das eigentlich Effektive sein kann.

Genau in diesen Gesetzmäßigkeiten der Sprache, die ein System von Verweisen und Verschiebungen ist, entdeckt nun Lacan jene Gesetzmäßigkeiten des Unbewußten wieder, die Freud in der „Traumdeutung“ beschrieb.

In der Sprache, wie im Unbewußten, gibt es keine Bedeutung, die nicht auf eine andere Bedeutung verwies. Da das Unbewußte wie eine Sprache strukturiert ist, gibt es keinen anderen Zugang außer dem Sprachlichen. In der Analyse dieser sprachlichen Ordnung, z.B. die der Strukturknoten, die einen Konflikt symbolisieren, muß das Sprechen dieser Sprache befreit werden, indem das in die Sprache verwobene Unbewußte erkannt wird (vgl. Lacan 1975, S. 109).

Demgemäß fordert Lacan als Psychoanalytiker natürlich von der Analyse, daß sie nur ein einziges Medium zur Verfügung hat, nämlich das Sprechen des Patienten, und er fordert volles Sprechen, ein Sprechen welches das Unbewußte zu Tage bringt, indem ‚es‘ spricht wo ‚ich‘ es nicht weiß.

Einen anderen Zugang zur Selbstverbalisation, nämlich den als einem Vergleichsergebnis zwischen Idealität und Realität findet man bei Johanna Tamm.

Ausgehend von der existentialistischen Philosophie wird bei Johanna Tamm die Krise zum Anlaß der Selbstreflexion und die gegenstandslose Angst zentraler Punkt in der Aussagefähigkeit des Subjekts.

„In einem logischen System ist es freilich angenehm zu sagen, daß die Möglichkeit in die Wirklichkeit übergeht. In der Realität ist das nicht so leicht, und es bedarf dazu einer Zwischenbestimmung. Diese Zwischenbestimmung

ist die Angst (...), die gegenstandslose Angst, die Krise“ (Kierkegaard 1986, S. 47).

Die Ursache der Angst liegt immer in einem ungeklärten Idealitätsbezug. Wenn das Subjekt das Erhoffte und Erfragte, seine Leitidee, seinen Platz im Leben nicht findet, und dadurch das Verhältnis zur Umwelt oder zu sich selbst gestört ist, kommt das Subjekt in eine Krise und in den Zustand der Angst. Angst bezeichnet hier die Konfrontation mit Unbekanntem. Der Idealitätsbezug ist die Bedingung der Subjektivität, deren fließender Kern. Wenn die Identität der Idealität nicht mehr ermittelt werden kann, entsteht Angst, und sowohl die Idealität als auch die vom Idealitätsbezug abhängige-Subjektivität existiert in dem Sinn nicht mehr.

Das Nichtsein und das Verstummen in der Angst bedeutet immer, daß etwas Vorhandenes nicht benennbar oder/und gar nicht mehr auffindbar ist (vgl. Tamm 1974).

Durch die Unmöglichkeit Identität zu ermitteln, fehlt die Grundlage für einen sich entwickelnden Denkprozeß, zugleich geht mit dem Verlust der Idealität das Maß für die Realität und damit die Realität verloren, da der Bezugspunkt fehlt. Mit dem Realitätsverlust verliert das Subjekt auch die Objekte, die Umwelt.

In der Angst wird die Subjektivität, das Selbst, völlig auf sich zurückgeworfen, sie ist dadurch ihrer Subjektfunktionen, dem Denk- und dem Aussagevermögen entzogen. Durch den Objekt-, den Realitäts- und Subjektivitätsverlust ist sie von der Beziehung zur Umwelt abgeschlossen und kommt dabei zu einer ganz anderen Art des Denkens, nämlich der Reflexion über sich selbst. Damit wird die Subjektivität sich selbst zum Objekt.

Die Reflexion auf sich selbst entsteht, wo Idealität nicht gefunden, aber gesucht wird, sodaß Angst entsteht.

„Auch wenn also dieses Feststellen des Nicht-sich-selber-seins des Subjekts ein Scheitern des Denkens und somit der Subjektfunktion darstellt, ist dieses Scheitern und dessen Erkennen (...) eine Annäherung an die Wahrheit: Die Feststellung der verlorenen Identität des Subjekts ist Wahrheit über das Subjekt in der Angst“ (Tamm 1974, S. 50).

Die aus der Reflexion gewonnene Selbsterkenntnis ist die Voraussetzung um sein Selbst zu verbalisieren; die Verbalisation des Selbst ist wiederum die notwendige Voraussetzung um zur Selbsterkenntnis zu gelangen. Dieses dynamische Gefüge basiert auf dem Vorhandensein eines Persönlichkeitskerns, der dem Subjekt im Erleben gegenstandsloser Angst, eben durch den Verlust der das Subjekt manifestierenden Denk- und Aussagefähigkeit, diffus und aufgelöst erscheint. Durch das Ertragen des Schweigens und das Wissen des Nichtsagenkönnens kann das Subjekt in einer späteren Selbstbezugnahme im Reden über das Schweigen (siehe Lacan) die Identität der Idealität, den Persönlichkeitskern klärend finden; diese Selbsterkennt-

nis (der geklärte Idealitätsbezug) befähigt das Subjekt zu einer stimmigeren Selbstverbalisation.

Das Aushalten der Angst heißt, daß an dem Idealitätsanspruch festgehalten wird, auch wenn seine Identität nicht geklärt ist, daß dieser Anspruch nicht zugunsten einer Übernahme fremder Realität aufgegeben wird. Auf eine versagende Umwelt kann nicht nur mit Angst reagiert werden, sondern auch mit Angstvermeidung. Zum Beispiel kann das verunsicherte Subjekt resignieren, indem es seinen Idealitätsanspruch aufgibt; das Subjekt hat sich „um seinen Kern betrogen“ (Tamm 1974) und die eigenen Ansprüche verleugnet. Die Subjektivität wird preisgegeben und es kommt zu einer autoritätsgebundenen Art zu denken, weil durch das Aufgeben der Subjektivität das Maß die Realität kritisch zu bedenken, wegfällt und fehlt. Ebenso wie die Resignation führt auch die Angstvermeidung durch Aggression zu einem starren Festhalten der Situation. Hier wird das Dilemma des Idealitätsverlustes zu einem Konflikt zwischen der Subjektivität und der Realität, die Objektivität wird preisgegeben, indem sie die Angebote der Realität nicht wahrhaben will. Einzig der Angst kommt im Gegensatz zu anderen Affektzuständen eine positive Bedeutung zu. Die Unsicherheit und Unklarheit wird fruchtbar, wenn sie ausgehalten und innerhalb der Subjektivität ausgetragen wird. In der Reflexion über sich selbst, also im Akt der geistigen Selbstbezugsnahme, wird die Identität der Idealität geklärt, und erst durch dieses Bewußtsein über das eigene Selbst werden Aussagen über sich möglich.

Wenn der Idealitätsanspruch einen intensiven Konflikt hervorruft, indem die Umwelt den Idealitätsanspruch nicht ausreichend zur Kenntnis nimmt und/oder das Indi-

viduum die Fragen anderer, die an es herangetragen werden, nicht beantworten kann, kann das Verhältnis zwischen Mensch und Umwelt krisenhaft abbrechen oder verstummen. Wenn diese Angst und Verunsicherung ausgehalten und anschließend reflektiert wird, wird die Idealität, die Leitidee in jeder Krise ein Stück weiter erkannt und zugelassen. Erlebte, ausgehaltene Unsicherheit oder Existenzlosigkeit, also Angst, führt über den reflektierten, geklärten Idealitätsbezug des Menschen zur Fähigkeit über sein Selbst auszusagen und damit zu einem tieferen Selbstverständnis.

#### **Literatur:**

- Gondek, H. D.: Die Angst als „das, was nicht täuscht“. In Taureck, B. (Hrsg.): *Psychoanalyse und Philosophie: Lacan in der Diskussion*. Frankfurt a. M.: Fischer 1992, S. 107-138
- Kierkegaard, S.: *Die Krankheit zum Tode*. 2. Aufl., Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt 1986, (1. Aufl. 1849)
- Lacan, J.: *Schriften 1. (Ecrits 1966)*. o. O.: Suhrkamp 1975
- Pagel, G., Lacan, J.: Einführender Überblick über einen schwierigen Denker und Erörterung einiger Kriterien und Kontroversen. In: Taureck, B. (Hrsg.): *Psychoanalyse und Philosophie: Lacan in der Diskussion*. Frankfurt a. M.: Fischer 1992, S. 32-60
- Tamm, J.: Angst und Subjektivität. In: Kielholz, P.; Kaeser, R., H.: Klingler, M.: *Aktuelle Probleme in der Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie*. Bd. 11, Bern: Huber 1974, S. 1-97

#### **Anschrift der Verfasserin:**

*Dr. phil. Maria Bruckbäck,  
Zollergasse 18-20/1/11, A-1070 Wien.*

Bernie Neville

## The Person-Centred Ecopsychologist

### Abstract:

*Eco-psychology challenges the anthropocentric and egocentric assumptions in which most therapies are grounded. It is argued that, while client-centred therapy conventionally focusses on the internal congruence of the individual, the congruence between person and planet also comes within its scope. Client-centred therapy is able to deal not only with personal anxiety but with species anxiety, which is manifested in both personal and collective pathology. The primacy of the individual and the primacy of the planet must both be fully acknowledged if healing is to take place.*

**Keywords:** *Personzentrierter Ansatz, Mythologie, Beratung.*

Client-centred theory and therapy concerns itself with the world as constructed and experienced by the client. It is based on a number of premises: that client and therapist are essentially distinct entities, with their separate personal boundaries: that it is the client's subjective experience of the world which shapes the client's behaviour; that the success of therapy hinges on the therapist's ability to enter and articulate the phenomenal world of the client. On the other hand it assumes that the client's subjective experience reflects well or poorly a world of real objects in which the client lives, a world which can't be changed by simply thinking about it differently. Both client and therapist act in and on a world which is essentially "other". The focus of the therapeutic project is the quality of the individual's functioning and experience of life. In ideology and method it privileges subjectivity and personal autonomy.

Ecopsychology challenges the anthropocentric assumptions on which most therapies, including the humanistic therapies, are based. It abandons any essentialist notion of a boundary between self and the world. It does not perceive the world as "other". In such a perspective, adequate human functioning demands a congruence not just between one's behaviour and one's self-concept, or between one's self-concept and one's "real self", but a congruence between self and Nature. If subjective experience is acknowledged and valued, it is acknowledged and valued as a manifestation of the "mind of the world". The focus of the therapeutic project shifts from the individual to the planet. The uniqueness of the individual is illusory, or at most irrelevant.

I believe there is a point in forcing a meeting between these two perspectives, not so much to challenge the subjectivism and individualism of the humanistic therapies as to enlarge their view of the project in which they are engaged.

These two different projects are grounded in two different ways of imagining the world, two different fantasies.

The first of these fantasies is the fantasy of the many. It is the fantasy at the root of most psychological models of human life. In this fantasy, the universe consists of many entities which, though they may have connections with each other, are essentially separate. Human beings are essentially individuals, existing in a world of differentiated objects. The centre of experience is the individual ego. Human beings exist as separate, encapsulated egos, making their own way in the world and communicating by passing information across the spaces between them. For those whose work as therapist is embedded in this fantasy, it is the individual who is healed, or adjusted, or stimulated to grow, or assisted to emerge. I'll call this the Hero fantasy.

The second of these fantasies is the fantasy of the oneness of all things. In this fantasy, human beings are not terribly important. We are part of a larger system, which will continue to live and renew itself when human beings wipe themselves out. The given world does not exist for human beings, for all our arrogant assumption that there is something special about us. The world exists, and we are a not-terribly-significant part of it. Or, more poetically, the earth is our mother and we live in symbiotic union with her. Those who work within this fantasy

are concerned with the health of the earth, not of the individual. I'll call this the Mother fantasy.

I use the word fantasy here because I am not concerned here with the facts of our situation, not concerned with what is "objectively true" about it, but with the ways we imagine it. I use the word fantasy also because I am interested in the stories we tell ourselves, particularly the "big stories", the myths and fairy tales which are worked over and passed down in every culture as representations of our experience of the world and our attempts to make sense of it. Jungians are inclined to the view that the tendency to imagine or construct the world in certain ways is hard-wired in our physiology. Whether or not we accept this notion, it seems that the myths of the great classical cultures still reflect our psychological experience of the world.

The Hero fantasy is one story of how the world is. The Mother story is another. I suggest they are both true stories.

Archetypal psychology, which finds its inspiration in the work of Carl Jung and James Hillman, tries to see through human experience to the "old stories" through which human life constantly plays itself out. Human experience appears to be not random but patterned, and the patterns apparent in post-industrial society, appear to be essentially the same patterns as recorded in humanity's oldest stories. Whether "hard-wired" or not.

What sort of "old story" do we find behind our contemporary experience of the uneasy relationship between "Nature" and the individual ego? Ovid, in the collection of myths he called "Metamorphoses", related the story of Erysichthon to remind his contemporaries in first century Rome of something they were inclined to forget in their rush to civilise their world.

Erysichthon was a hero, a leader, a warrior, a king. In the fashion of such heroes and warlords, he would take his men off into the neighbouring territories to pillage and plunder, and when the pillaging and plundering was done he and his men would bring their loot back to the royal domain and feast and celebrate until it was all gone. Then they would go off on another excursion.

These were fairly rough times, and Erysichthon yearned for a little more comfort, a little more civilisation. He wanted to be able to feast in a way that befitted his status as a hero. What he needed was a really splendid banqueting hall. Being a man of action he did something about it. He took his men out to a clearing in the forest and told them to get to work and build something worthy of his vision.

The first task was to cut down a huge oak tree which stood in the clearing. One of his servants took the axe and began to chop it down. Blood flowed from the wound in the tree. The servant refused to continue, so Erysichthon

seized the axe and killed him, then set to work to finish the job himself.

While this was going on, the dryads, the nymphs or spirits of the forest, were in a panic. If this tree were cut down their sister, the spirit of this particular tree, would die. They rushed off to Demeter, the mother goddess, the goddess of growth and nurturance, to tell her what was going on. She disguised herself as a priestess and approached Erysichthon as he worked enthusiastically on the tree. She ordered him to stop. The tree was sacred. It had heritage value. He hadn't prepared an environmental impact statement. He didn't have a permit etc.

Of course Erysichthon laughed at all this. This was an essential commercial development. The project would employ hundreds of workers and enable them to feed their families. You can't stop progress. The tree was taking up valuable space. It was a valuable asset which must be exploited. Human beings were more important than a jumped-up weed. This was his way of dealing with his mid-life crisis. She couldn't stop him anyway etc.

Demeter was angry, but being a goddess she controlled herself. She warned Erysichthon that if he continued with this project he would be very sorry. Then she left.

Erysichthon and his men went to work with a will. They chopped down the tree, prepared the timber and used it to build a magnificent banqueting hall. They met their deadline and came in under budget. A complete success story. Then they went back to pillaging and plundering and brought all their loot back to the banquet hall for a feast. Erysichthon felt very satisfied with the whole project. He'd proved his point, advanced civilisation, done his bit for the economy and improved his own quality of life.

However, Demeter had not been idle. She had called one of her nymphs in and sent her to the far, freezing north with a message for the goddess Penia (Hunger). Demeter and Penia were not ordinarily on speaking terms, but the nymph was to remind Penia that she owed Demeter a favour, and explain how she might repay it. Penia agreed, and the nymph carried the news back to the goddess. So Penia rode on the cold wind all the way to Thesaly, which was where Erysichthon had his home, and entered into his body while he was asleep.

Erysichthon woke with a raging hunger. He ate all the food in the palace, but was still hungry. He sent his servants out to find more food, but was still hungry. He sat in his banquet hall eating everything that was brought to him, as his soldiers roamed his lands and the neighbouring countries looking for food. He sold all his property to import food. He even sold his beloved daughter into slavery. Yet he was still hungry. He sat in his hall crazy with hunger. In desperation he ate the plates and the cutlery. He ate the table. In his anguish he bit on his finger. And then he ate himself.

The Greeks of 800 BC who told and heard this story would have reflected that that's the way it is in this world. And, with a sense of history which the first listeners could never have, so do we.

In Greek mythology, the Mother and the Hero are often in conflict.

For the stone age inhabitants of the Balkan peninsula, divinity was Mother Earth, who gave them birth, nourished them and received them at the end. Indeed, they did not experience themselves as distinct from Mother Earth. For them, as for the new-born infant, mother was the world, and they and their mother were one. As they developed an awareness of themselves as dwelling in a world, the world they dwelt in was an entirely numinous one, where every experience was a religious experience and every act was a religious act.

Of course, they did not know that they were living in a religious world, because they were not capable of the kind of abstraction necessary to form such a definition. They simply lived, and the world in which they lived resonated with divinity. They entered into the rhythms of Mother Earth through religious ritual, ensuring through the magic of their dances and sacrifices that day continued to follow night, and that new life continued to emerge out of death. Their thinking was magical; they knew that their mimicking of the process of nature was the means by which the process of nature continued. Their connection with the earth was symbiotic. They had no sense of themselves as being distinct from their mother, the earth, or as apart from each other. Their identity was in their belonging. They had no sense, either, that they were smarter or stronger or more important than other animals, or that they were special in any way at all. They certainly did not see the world as existing for their use. The earth was alive and all-powerful and they were part of her. She gave all things birth and she devoured all things.

When human beings became capable of turning this symbiotic awareness into narrative, it was a narrative of the Great Mother and the Divine Infant who was at once her son and her lover. It was much later, with the emergence of different social and political (and possibly environmental) conditions that the Divine Son became the Hero, leaving his mother and doing "men's work". Apollo, Prometheus, Herakles, Theseus and the rest overcome "Nature", fight monsters (almost always female), go on their heroic journey, find their father's kingdom, conquer darkness and death. Some, like Herakles, are ultimately successful. Some, like Erysichthon, are pitiable failures.

The Hero story has been dominant in European consciousness, in one form or another, for three thousand years or so. Nevertheless, the Mother story has survived Greece and Rome and Christianity, sometimes, as in the German romanticism, with a strong public voice, sometimes slipping into the collective forgetfulness. When the

more poetic of the deep ecologists talk about Gaia and our organic union with her it is obvious that they are repeating the Mother story. When they talk systems-talk about the interdependence of all things, or decry our anthropocentric assumptions about the planet, it is the same story in different language.

The Hero story has many variations. We have, for instance, the Apollo version, where the hero destroys the earthdragon, imposes order on chaos and brings the clear light of reason to the world. Or the Herakles version where the superman completes a succession of impossible tasks, moving rivers and mountains to do so, and helping people along the way. Or the Achilles version where the youthful hero chooses to die a brilliant death rather than live an uneventful life. For the couple of centuries of the industrial age we've been following the script of the Prometheus version.

Prometheus is the scientist and technician, the hero who liberated human beings from the power of the gods, who stole the gods' own fire to bring light and warmth to humanity, who taught men how to take control of their worlds by technology, who refused to allow women a place in the scheme of things, who set out to improve the lot of humanity and was punished for it by Zeus. The scientific culture of the modern era has worked itself out within the Promethean fantasy of individuality, control of nature, progress, liberation and salvation through technology (or technique), in spite of the lack of evidence that science and technology inevitably make people freer and happier. It is only now, when it is becoming apparent that the Promethean project of controlling and improving the world has failed, that there is serious challenge to the Promethean version of truth. And one form this challenge takes is the return of the Mother story.

Counselling psychology, whether seen as a science or an art or a craft, has from the beginning been framed by the Hero myth. We can find the Promethean project in developmental psychology, in psychiatry, behaviourism, psychoanalysis, ego-psychology, rational-emotive therapy, gestalt and practically anywhere else we care to look. What about person-centred therapy?

The humanistic therapies, and client-centred therapy among them, are not as deeply embedded in the Hero narrative as some other therapies. Nevertheless many of their core assumptions are Promethean. They make the assumption that both therapist and client live in a world which is essentially distinct from them, a world which must be dealt with as "other". They act in and on this world as separate and distinct identities. They may be linked by empathy and relationship, but their separateness is not challenged. Though the key metaphor in humanistic therapies is likely to be a vegetative one (growth) belonging to Demeter/Gaia, rather than a mechanical one (efficiency) which belongs to Prometheus, it is the client-

as-individual who must emerge, grow, mature. The therapist acts so as to liberate the client from the power of impulse and compulsion, from conditions of worth, from inappropriate self-talk, from dependence on the therapist, or whatever. The therapist supports the client on a hero's journey, past beasts and barriers, out of darkness into light, from powerlessness to empowerment. All good hero-stuff. The centre of the psychological world is the heroic ego, as Freud knew so well:

*Normally there is nothing of which we are more certain than the feeling of our self, of our own ego. The ego appears as something autonomous and unitary, marked off distinctly from everything else.'*

For Freud it was obvious enough that the differentiation of self from environment was a necessary and significant achievement for the species and for each individual infant.

*One comes to learn a procedure by which, by deliberate direction of one's sensory activities ... one can differentiate between what is internal – what belongs to the ego – and what is external – what emanates from the outer world. In this way one takes the first step towards the introduction of the reality principle which is to dominate future development.'*<sup>1</sup>

No more "participation mystique" with mother or nature. No more infantile sense of undifferentiated oneness with the world. The self stops at the skin. We are on our own in an alien world of objects. The clearer the boundary we build between self and other, the more heroic the ego, the less miserable we will be.

The problem with this, which is only gradually being recognised, is that when we look at the bigger picture, it looks as though it is our collective domination by the Hero narrative which is responsible for the plight of the planet. Prometheus' promise of emancipation from nature and the gods, his gift of the science and cunning and technology to control the material world, his privileging of "progress", has actually brought us to a crisis where the process of our extinction may be already irreversible. We no longer assume that science and technology will inevitably produce a better world. From this perspective our focus on the Hero narrative may appear not just problematic but pathological.

And just as we find the Promethean orthodoxy of control of nature under challenge from the deep ecologists

and others, we find the orthodoxy of ego-development challenged in psychology. In Jung-oriented thinkers particularly, but increasingly elsewhere, we find the phenomenon of identification with a single definable ego being construed as dysfunctional. James Hillman is by no means alone in referring to the "ego-pathology" of our "normal" ways of being in the world. The Hero has apparently failed to save us.

Carl Rogers' psychology and therapy were not enmeshed in a fantasy of control, and he did not identify the person with the rational ego any more than Jung did. However, there has been a stream of thinking in client-centred therapy which can well be called Promethean. Rogers' early empiricism contributed to this, as did his early ambition to develop a technique that was better than other techniques. This sort of thinking found its most Promethean expression in the models of Carkhuff and Egan who operationalised and quantified the core conditions to make a technical science out of client-centred therapy. Carkhuff's writing is manifestly hero-literature. Not only is he in a fantasy of intellectual control over the messy field of human communication and human personality change, but he has assumed technical control over input and outcome and over the process of bringing people to "higher functioning". There is a vast difference between this sort of writing about client-centred therapy and Carl Rogers' own writing, especially his later writing about the person-centred approach. Yet the technique-centred writing typified by Carkhuff and Egan still represents a certain type of orthodoxy in the field. And so it should. There are many ways of thinking about therapy, and this is one of them. The Hero story is just as true as the Mother story. However, each story only represents a partial truth.

What I am concerned with here is an attempt to find another truth about therapy. I want to examine what therapy looks like when it is framed within the Mother narrative.

Stephen Aizenstadt puts the question slightly differently: "What would a psychology look like if it is based on an ecocentric worldview rather than an egocentric one?"<sup>3</sup> He suggests that we might, for instance, view depression as a natural response to the manic condition of the world. We might see the condition of the world being projected in the behaviour of human beings, rather than human beings projecting their pathology onto the world. We might listen to the voices of the earth and take them seriously. We might give up the notion that psychological

<sup>1</sup> S. Freud. *Civilization and Its Discontents*. Norton, 1961. p. 14.

<sup>2</sup> *Ibid*, p. 14.

<sup>3</sup> S. Aizenstadt. "Jungian Psychology and the World Unconscious" in T. Roczak, M. E. Gomes and A. D. Kanner, *Ecopsychology*, Sierra Club Books, 1995, p. 98.

health is solely a function of individual wholeness and nurturing human relationships, and imagine rather that that both physiological and psychological illness is connected to our damaged relationship to nature.

*Once we are resituated in this wider, ever-transforming ecology of nature, we reconnect with the natural resources and the rhythms that live inside of us.*<sup>4</sup>

Aizenstadt is clearly writing within the Mother fantasy. Or take Theodore Roczak's essentially Jungian argument that we are deeply implicated in nature, that the integration and emergence of the whole self, conscious and conscious – a process which Jung called individuation – is simply harmonising oneself with the natural world. Ecopsychology, as he understands it,

*holds that there is a greater ecological intelligence as deeply rooted in the foundations of the psyche as the sexual and aggressive instincts Freud found there. Or rather ... the psyche is rooted **inside** a greater intelligence once known as the **anima mundi**, the psyche of the Earth herself that has been nurturing life in the cosmos for billions of years through its drama of increasing complexification. The "greening of psychology" begins with matters as familiar to all of us as the empathic rapport with the natural world which is reborn in every child and which survives in the work of nature poets and landscape painters. Where this sense of shared identity is experienced as we most often experience it, person to person, we call it "love".*<sup>5</sup>

Definitely mother-stuff.

Whether Gaia is for us a goddess, an organism animated by soul, or a biocybernetic universal system, we are in the Mother story when we shift our focus of significance from ego to eco.

Where does client-centred therapy fit in here?

On first reflection, there doesn't appear to be much connection between the subjectivist and individualist worldview of the person-centred approach, and the great web of life, concrete and material and infinitely complex. There are plenty of people to argue that the care of the worried well and even the mentally suffering is an indulgence and an irrelevance in the current ecological emergency. Our efforts should be spent on saving the planet.

After that we can worry about whether we are happy or not. The conventional response to this is that saving the world starts with the consciousness of each individual. We can, we argue, give our attention to the individual without necessarily privileging the individual over the world. However, I think the person-centred approach has more to say than that.

Ken Wilber deals with the individual versus planet problem, the Hero versus Mother conflict, by calling on Arthur Koestler's word "holon", by which he means something which is both a part and a whole.<sup>6</sup> An atom is an entity in itself; it also exists as a part of a molecule. A molecule exists as an entity in itself; it also exists as part of a cell. And so on all the way up the "holarchy". In fact, everything which exists is a holon. We seem to have no problem with applying this notion to everything smaller than us in the "holarchy", and even to everything larger than us, but we have some resistance to applying it to ourselves. We like to see ourselves as top of the heap, rather than as cells of a larger organism. One reason why the writings of Carl Jung have some appeal for psychologically-oriented ecologists and ecologically-oriented psychologists is that his therapy of the individual was grounded in a notion that our individuality is a secondary phenomenon. For Jung we are essentially momentary manifestations of a greater reality.

If we take on board the notion of human beings as holons, client-centred therapy takes on another dimension. Carl Rogers' proposition that a condition of successful therapy is that the client must be anxious or at least vulnerable to anxiety, has implications outside the domestic problems of the client. At one level we have personal anxieties; at another we have species anxiety. It seems to me a given that we are experiencing a massive collective anxiety about the incomprehensible danger we are in. We repress this anxiety both personally and collectively, but it manifests itself in collective pathological behaviour. It seems to me that is the essential work of therapy to challenge the lies we tell ourselves, not just the personal ones but the shared ones. The counsellor who attends fully to the client-as-holon will be listening not only to the private pain but also to the pain of the species and the plight of the world. The unconditional caring which comes with this attention will go "all the way down" the holarchy (and all the way up). James Hillman comments on his experience as therapist attending to the pathology of the world:

<sup>4</sup> Ibid, p. 99.

<sup>5</sup> T. Roczak, "Where Psyche Meets Gaia" in Roczak et al., *ibid* p. 16.

<sup>6</sup> See K. Wilber, *A Brief History of Everything*. Hill of Content, 1996.



*I find today that patients are more sensitive than the worlds they live in ... I mean that the distortions of communication, the sense of harassment and alienation, the deprivation of intimacy with the immediate environment, the feelings of false values and inner worthlessness experienced relentlessly in the world of our common habitation are genuine realistic appraisals and not merely apperception's of our intra-subjective selves. My practice tells me that I can no longer distinguish clearly between neuroses of self and neuroses of world.<sup>7</sup>*

It seems to me that Rogers got it completely right when he developed a model of therapy in which the means and the end are identical – congruence. We are used to dealing with this idea on the individualistic level. If, in my interaction with my client, I am “all of a piece”, if my thinking and feeling and talking and behaviour are all coming from the same place, if I am not telling lies to myself or my client, even lies I don't know about, the chances are that my client also will begin to function more congruently. We can push this a little further. Both I and my client need to be congruent not only in thinking and feeling and behaviour, not only in our awareness and our unconscious processes, not only within our own organism. We need also to be congruent with what we call the “natural world”. We need to be in harmony with the rhythms of nature. So does our culture, so does our species. Humanistic therapies have always been grounded in the notion that the separation of mind and body is pathological. We are now becoming aware of the deep pathology that has come from the modernist separation of Culture and Nature. The incongruence between our self-image and our organic experiencing, between who we as individuals think we are and what our bodies know we are, can be perceived as a reflection of the incongruence between our culture and Nature. The client-centred therapist can both offer and invite “deep congruence”, just as she can both offer and invite “deep empathy” and “deep acceptance”. Not only can but must, if she is not to be irrelevant.

Our psychology, even the fairly radical psychology of the person-centred approach, has trouble with such ideas. We think we can talk about empathy with human beings well enough, but what could we possibly mean by empathy with animals? empathy with rocks and stones and trees? Martin Buber has many sympathetic commentators, who embrace with enthusiasm his distinction between *I – It* relationships and *I – Thou* relationships, but they are inclined to stop taking him seriously when he suggests

that the two kinds of relationships exist not only in our encounter with other human beings, but in our encounter with the non-human world.

Those whose basic assumptions are grounded in the Mother story have no such problem. The systemic ecologist whose world is a wholly material web of life, sees the oneness of the system in which human beings are intrinsically connected with all material existence, and has no interest in the meanings which individuals attribute to their experience of this. The pan-experiential ecologist, whether philosopher, poet or nature mystic, is inclined to see deep empathy with the planet as the natural condition of human beings.

The Hero stories of the great classical mythologies, and the Hero stories of modernist science and psychology, depict the struggle for egoic consciousness to emerge from the darkness of unconsciousness, the chaos of Nature, the tumult of uncontrolled energies. The Mother stories of religious traditions and Nature philosophies do not see chaos and darkness and tumult but an order which is beyond our comprehension and which we should be content to worship.

However, neither the Mother story nor the Hero story is now sufficient for us. If we are Mother-worshippers we have to give up the fantasy that we can live in the kind of symbiotic union with the planet which was experienced by our stone age ancestors. If we are Hero-worshippers we have to give up the fantasy that science and human initiative will find us a way out of the mess. As therapists we have to learn to think polytheistically. We have to acknowledge both the primacy of the individual and the primacy of the planet. We have to focus simultaneously on the wholeness of the individual and the wholeness of the species.

In the late twentieth century both client and therapist are trapped in the story of Erysichthon, whether they want to be or not. They are both experiencing Erysichthon's panic as he finishes eating everything in sight and begins to feel in his gut the nauseous realisation of what comes next. There is no one here to heal us but ourselves. Perhaps we can call on Demeter for forgiveness, but she won't easily grant it. The forest is much safer without Erysichthon around.

Client-centred therapists are used to facing the impossible. Many clients come with a problem that has no solution, and the counsellor goes into the client's world without judgement, without any guarantee that a solution can be found, without any notion of what it might be. So the work of listening and reflecting and deepening is done, as the client explores what is there, pain and all, rather than thinking about what ought to be. And often enough the miracle happens. The tension goes from the client's body and he says: “Now I see”. And he leaves, not

<sup>7</sup> J. Hillman, “Anima Mundi: The Return of the Soul to the World.” *Spring*, 1982. p. 72.

enmeshed in an impossible dilemma, but facing a manageable task.

We have to believe that if we listen with all our attention to the pain of Erychthon, which we can hear in ourselves, in our clients and in our culture, and if we can offer him our whole, congruent selves and our unconditional love, the same miracle will happen. We've got no other choice.

**References:**

- J. Hillman (1982) "Anima Mundi: The Return of the Soul to the World." Spring  
S. Freud (1961) *Civilisation and Its Discontents*. Norton  
Ovid (1958) *The Metamorphoses* [trans H. Gregory] Viking

T. Roczak, M. E. Gomes and A. D. Kanner (1995) *Ecopsychology*, Sierra Club Books

K. Wilber (1996) *A Brief History of Everything*. Hill of Content

**Biography:**

*Bernie Neville teaches in the education and counselling programs of the Graduate School of Education, La Trobe University, Melbourne, Australia. His understanding of learning and healing processes is deeply influenced by the thought of both Carl Rogers and Carl Jung. He has written extensively on the broader applications of client-centred theory. His writings include "Educating Psyche: Emotion, Imagination and the Unconscious in Learning" (Melbourne, Collins Dove).*

Ned L. Gaylin

# Client-Centered Family Therapy: Individual and Ecosystemic Issues

## Abstract:

*Conducted within the context of the family, client-centered family therapy incorporates but also transcends dimensions of classic individual client-centered psychotherapy. When client-centered therapy is conducted within the family context its impact and efficaciousness is profoundly enhanced. Rogers' "necessary and sufficient conditions" for psychotherapeutic change are directly transferable to the context of client-centered family therapy but require conceptual augmentation which create subtle but portentous new dimensions in the milieu of family therapy.*

**Keywords:** *Familientherapie, Zielgruppenorientierung.*

## Introduction

The twentieth century has been the age of the individual. Historically, Client-Centered Therapy has, like other psychotherapies, focused on the individual. Client-Centered Therapy, and its philosophical twin the Person-Centered Approach emanate from a psychology of self, in the tradition (amongst others) of William James, Prescott Lecky, John Dewey, and Kurt Goldstein. Although the self is always defined in an interpersonal context, Rogers, like other psychotherapy theoreticians, was summarily concerned with the development of the individual's inner locus of evaluation and control, in other words, autonomy. These elements basically defined individual psychological well-being and were considered goals of virtually all modalities of psychotherapy for the greater part of this century.

Within the psychotherapy community, family therapy is the new comer. For family therapists, the family system as a whole is the client rather than the individual with the presenting problem. Although, at first blush, Client-Centered Therapy may seem at odds with the practice of family therapy, it is not. This presentation delineates the inherent integrity and efficacy of client or person-centered family therapy.

## The Individual in The Family: The Ecosystem Context

Client-Centered Therapy postulates that all organisms have an actualizing tendency – a push to fulfill their biological destiny. For humankind, that press is further refined into a special, self-actualizing tendency, whereby a part of the organism, the 'I' or 'me', is conceptualized as distinct from all else in the environment. When these two tendencies are at odds – when our total organismic experience is inconsistent with our perceptual self experience – we feel incongruence, psychological distress.

Our sentience, our long developmental period, and our awareness of past, present and future all help to define us as uniquely interdependent beings. The heart of that interdependence is the family. Early on we become aware of ourselves in the context of others, and we spend the rest of our lives defining ourselves in relationship to others.

Because of the manner in which we have evolved and are raised, throughout our lives we develop and accrete a set of self perceptions in relationship to others. These perceptions of self are rather like subselves, which comprise our self complex. Thus we start out as child to our parents, brother or sister to our siblings, etc. Later we incorporate other subselves – those of student, friend, worker, spouse, parent, etc. Our attitude about ourselves is an amalgam of the interplay of the subselves of our self complex.

The family is so central, so indigenous to who we are, that it permeates our conceptualization of self. Our thinking and language are replete with allusions to the family

– progenitors, siblings, mates, offspring, and extended kinsfolk. Thus, we use kinship terms to demonstrate close affiliation to non family people and places, i.e., we speak of our ‘motherland’ or ‘fatherland’, ‘the family of humankind’, ‘fraternity’ and ‘sisterly’ or ‘avuncular’ feelings.

So inherent is the family to who we are that, like the self, it may be considered to have an actualizing tendency. This family actualizing tendency – the press to leave our family of orientation, connect intimately with a mate, and form a family of procreation – is basic to, but transcends, the individual’s actualizing tendency. The family actualizing tendency is imbedded in the multitude of selves which we retain within the foundation of our self-complex. For the formative part of our lives we define self virtually always in terms of others; as we mature our search for fulfillment invariably implies a search for intimate connections.

### Theory to Practice: The Bridge Conditions

Rogers’ special genius was his ability to clarify and streamline – separate theoretical excess from the essential. He termed his therapeutic approach first “nondirective therapy”, later “client-centered therapy”, and finally “person-centered therapy”.

The term ‘non-directive’ was somewhat misleading because no therapy can be considered truly non-directive or objective. Therapists, like everyone else, are subjective and even a subtle “uhh huh” or nod can act as a ‘directing’ stimulus to the client. Thus, what Rogers was underscoring is that no one can know the client’s inner world better than the client. In a nutshell, for the client- or person-centered therapist, the client is the theory: each client must be attentively followed as he, she, or they lead the therapist through their experiential realm(s).

An attentive and fully present therapist creates a climate of warmth, acceptance, and prizing, thereby engendering the clients’ acceptance of their inner experiences of self. Thus, clients are freed to be fully themselves and accepting of their experiences of self, whatever they may be. The therapist enters the client’s frame of reference and, experiencing the client’s experience as fully as possible, acts as a kind of interpersonal, subjective mirror. This reflection of the client’s experience back to the client is the engine which enables the therapeutic re-experiencing for the client. In this manner the self-actualization of the client is unencumbered.

Rogers posed no other therapeutic technique. He went so far as to suggest that none were necessary. He postulated only six “necessary and sufficient” conditions for therapeutic personality change. These six conditions, it should be noted, were not a blueprint for Client-Centered Therapy, but rather for all therapy – regardless of theoretical orientation.

The attractiveness of Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach is the exquisite economy of its theoretical components. This parsimony of percepts makes for an enviously lean theoretical orientation. However, simultaneously, it makes Client-Centered Therapy appear simplistic and deceptively easy to master. Such austerity is highlighted particularly when Client Centered Therapy is compared to its more ornate and, presently, more popular sister orientations.

## The Six Conditions

### 1. Psychological contact: the relationship

In individual psychotherapy, a relationship between client and therapist is virtually a given – little more is said. In psychotherapy with couples and families the relationship between therapist and family members, individually and collectively, becomes central and far more intricate. The complexity surrounds the strained and tense intrafamilial relationships which have generally impelled the clients to seek help. The therapist must maintain multiple relationships, and do so in a manner that enables all family members to experience trusting contact with the therapist. This first condition – the relationship between therapist and family members – affects all of the other five conditions.

### 2. Incongruence of the client(s): psychological distress

Incongruence, the discomfiture that an individual feels when the experience of self is at odds with the conceptualization of self, is what prompts individuals to seek help. With more than one client, both interpersonal and classic intrapersonal incongruities enrich, embellish, and profoundly complicate the therapeutic process. Thus, a husband’s incongruence resulting from experiences and perceptions of himself, his wife, and her perceptions of him, taken with the wife’s reciprocal impressions of her husband, all may become focal therapeutic issues which demand the therapist’s attention. Add a child or two and the intra/interpersonal issues increase exponentially. Thus, in family therapy, one may deal with intrapersonal incongruence as well as a complex range of interpersonal incongruences.

### 3. The congruence of the therapist in the therapeutic relationship: therapist presence

The integrity, transparency, and presence of the therapist is paramount in both individual and family therapy. Although therapists need not be paragons of psychological well-being, they must be aware not only of who they are in the client-therapist relationship, but abundantly cognizant of their own self complexes, as well. It is this

integrity and awareness which make the next two conditions both possible and powerful in facilitating clients' change.

#### **4. Unconditional positive regard: nonjudgmental love**

To hear the client without preconception and prejudice is to allow the client to express those aspects of self that have been previously judged by self or others as somehow deficient or abhorrent. As the client gradually discloses these self-perceived offensive traits without reprisal but, rather, with genuine caring from the therapist for the client's self worth, the traits become available for examination, re-experiencing, and potential healing. The power of this healing condition is compounded and enhanced when experienced in the midst of the family. Through full nonjudgmental acceptance of each family member, the therapist thus acts as a model, discharging the attributions made by other family members in both previous and present interactions.

#### **5. Empathy: seeing the world through the client's eyes**

Empathy, the ability to hear, experientially understand, and not be overwhelmed by the felt experience of another, is the heart of all therapeutic endeavor. It requires that therapists be in touch with their many selves, and call upon previous experiences in order to resonate with experiences of their clients in a recognizably authentic manner. Like unconditional positive regard, this condition is powerfully enhanced when family members are present. Through the empathic understanding of the therapist, those family members who have lost the ability to hear each other and have grown weary from conflict may, once again, get in touch with the inner experience of their loved ones.

#### **6. The client's perception of being understood and prized: validation**

At some level, the client or clients must feel that they have been heard and validated, as well as cared about. Although each family member may not feel empathy and caring from the therapist all of the time, the condition must be experienced by all members some of the time – if not most of the time.

### **Client-Centered Methods in Family Therapy**

Empathic reflection of clients' feelings is really the one and only technique in Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach. In this process, the therapist enters the client's frame of reference, encounters the experience as fully as possible, and articulates as accurately as possible the perceived feelings back to the client. This

basic activity of the therapist is the same in individual and family therapy.

Therefore, in the context of the family, it is not so much the overt behavior of the therapist that changes but, rather, the internal activity of the therapist that is subtly but palpably and irrevocably modified. Thus, while the Client-Centered therapist working with an individual takes on the world view of that client, the Client-Centered family therapist maintains the world views of multiple clients – all family members – simultaneously. This may even include absent family members.

Accordingly, when a child in family therapy reports an experience, I, by evoking my own child subself, may experience as fully as possible what the child has experienced, and then reflect back to the child my empathic understanding of that experience. Moreover, my parent self is also primed, ready to experience the parents' responses to their child's report of that same experience. Experiencing the multiple views and reactions among respective family members enables the therapist to experience a sense of the ecosystemic interaction of these members. Thus, once having practiced Client-Centered Family Therapy, one can never do individual therapy in quite the same manner as before. A therapist, tuned in to the interactional nature of the developing self, is aware of the omnipresence of family members, even in their absence.

Related to the reflection of feelings of individual family members, but subtly different, is the reflection of the overtone interactions of family members, or the 'interspace reflection' representing the space that results between and among the individuals in the family therapy setting. The specific focus of 'interspace reflection' is the therapist's articulation of the observed or reported interactions between or among family members. It serves the same function as a reflection of feelings, but instead of reflecting the expressions of an individual it captures the interaction and feelings between and among individuals.

Subsumed in empathic reflection are related phenomena: 'intergenerational echoing' and 'ghosting', both of which seem to emanate naturally when family members interact in a therapeutic milieu. The first, 'intergenerational echoing', often occurs spontaneously when, for example, a father and son are interacting and the father becomes aware of similarities to interactions that have occurred between him and his own father. The recognition and exploration of the parallel are often accompanied by heavy emotionality and a kind of nostalgic discovery, which invariably has a profound positive impact on all family members.

'Ghosting' refers to the sensed presence or reference to a family member not present in the session. Often, by simply alluding to an absent member, those present may react empathically or attributionally with regard to that member. Furthermore, it is not uncommon for therapy

participants to approach the absent member later, regarding an issue evoked and/or expressed during therapy. Therapy participants often report that dramatic interactions of a therapeutic nature have ensued from such encounters outside the therapy session. Moreover, as a consequence of such interactions, the absent member is sometimes induced to join the family in therapy.

### **Summary and Conclusion**

Conducted within the context of the family, Client-Centered Family Therapy incorporates, but also transcends, dimensions of classic individual Client-Centered Psychotherapy. The purpose of Client-Centered Family Therapy is the enhanced functioning of the family and its several individual members.

The family is an organismic interactive ecosystem – a unique human institution with genetic, psychosocial and historic parameters. As the introducer of the individual to society, and then mediator between the individual and society, the family exerts a powerful influence on the individual throughout life. Consequently, the impact and efficaciousness of Client-Centered Therapy are profoundly enhanced when conducted within the family context.

### **Biography:**

*Ned L. Gaylin has been married to Rita Gaylin for 40 years, has four children, and (finally) has one grandchild – Joseph. He is also currently Professor and Director of Clinical Training of the Marriage and Family Therapy Program of the Department of Family Studies at the University of Maryland, College Park, Maryland.*

Leon Niebrzydowski

# Self-Disclosure Empathy and Sexual Satisfactions as the Factors Conditioning a Successful Marriage

## Introduction

Marriage has always been a significant form of co-existence between two partners. There is no doubt that for most people family life is a fundamental source of happiness. Being happy in marriage affects positively not only interpersonal relationships among family members but also their physical health as well as their professional and social activity. The atmosphere in a marriage conditions its quality (Komorovsky 1964; Fitzpatrick 1986).

Nowadays psychologists pay more and more attention to the problem of marital happiness, success, and satisfaction. Nevertheless, marriage disintegration becomes dangerously popular – the number of divorces and separations increases rapidly. How to prevent them should be the subject of thorough psychological researches with emphasis put on the necessary conditions of success and stability of the marital relationship.

In the present paper we assume that marital satisfaction is mainly guaranteed by the ability of genuine communication between partners and by empathic understanding of the partner's emotional states.

The research results obtained so far do not expose satisfactorily the factors mentioned in the title, which are responsible for the success in marriage.

Self disclosure and exchange of intimate information between partners is vital to marital functioning. Communication based on self-disclosure, friendliness and trust enables both partners to obtain factual information about themselves and, in turn, gives more possibilities of affecting each other. When the mutual self-disclosure exists in marriage, there is no need for defensive reactions. according to the statement: "I know I can be my real self in front of you, so be the same to me", which is in agreement with the reciprocity principle (Niebrzydowski 1992).

According to the investigations by Derlega and Chaikin (1976) expressing actual information about the self by one partner of a dyad has always given positive effects for it constituted a starting-point for better understanding between partners, which, in consequence, often led to the change of their attitudes towards each other.

Self-disclosure is connected with a friendly orientation towards the partner of interaction, which makes it possible not only to get to know him/her better but also to learn more about himself/herself. Such a profound understanding in marriage is vital in difficult family situations.

We suppose that an appropriate level of self-disclosure and empathy can guarantee satisfactory interactions in a dyad and also protect it against disintegration.

In marriage a close relationship refers not only to psychic bonds but also to physical ones. Quite often the latter determine the functioning of a dyad. Hence, investigations on marriage cannot ignore the problems of intimacy and sexuality among the partners (Janicka 1990).

## Empirical Section

In connection with the above assumptions three factors responsible for marital success have been distinguished: self-disclosure, empathy, and sexual satisfaction.

The investigations on their intensity levels require the determination of the following research aims:

1. Classification of marriages according to the levels of their satisfaction.
2. Determination of the levels of self-disclosure, empathy and sexual satisfaction of both partners from various groups of marriages.

## Investigation Methods

Collecting appropriate empirical data which give answers to the above problems required an application of the following methods:

- Marriage Success Scale by M. Braun-Galkovsky
- Self-disclosure Questionnaire by S. Jourard
- Empathic Understanding Questionnaire by A. Weglinsky
- Standardized Interview to Investigate Sexual Satisfaction by I. Janicka.

**Table 1:** Estimation of their parents' marriages by husbands and wives from the group of marriages under survey

Marriage Group	Husbands Estimation of parents' marriage				Wives Estimation of parents' marriages			
	agreeable	disagreeable	divorced	in separation	agreeable	disagreeable	divorced	in separation
I-satisfied	95 %	5 %	0	0	90 %	5 %	5 %	0
II-dissatisfied disagreeable	66,7 %	20 %	13,3 %	0	76,7 %	16,7 %	6,6 %	0
IV-dissatisfied	50 %	15,4 %	26,9 %	7,7 %	42,3 %	26,9 %	19,2 %	11,6 %
V-threatened	57,1 %	38,1 %	4,8 %	0	71,4 %	4,8 %	23,8 %	0

**Table 2:** Investigation results of five distinguished groups of marriages

Marriage Groups	Number of surveyed couples	Husbands					Wives				
		X Rm	δ	x Wzg	x I-R	x Im	x Rm	δ	x Wzg	x I-R	x Im
I	20	3,91	0,22	66,6 %	0,13	4,04	3,9	0,21	65,9 %	0,17	4,07
II	30	3,78	0,11	61,6 %	0,3	4,08	3,89	0,16	66,3 %	0,27	4,1
III	17	3,51	0,08	33,7 %	0,7	4,23	3,52	0,09	35,7 %	0,74	4,3
IV	26	3,25	0,22	34,8 %	0,78	4,05	3,04	0,30	29,1 %	0,94	3,99
V	21	3,75	0,30	88,2 %	0,24	4,06	3,38	0,32	28,4 %	0,87	4,23
Total	114										

x Rm - average evaluation of one's marriage

δ - standard deviations

x Wzg - average uniformity index between the answers from the 1st and 2nd parts of the test

x I-R - average gap between actual and ideal estimation of marriage

X Im - average estimation of ideal marriage

### Couples Under Survey

There were surveyed 144 marital couples according to the strictly fixed criteria: couples who got married for the first time; those who had children; who were healthy both physically and psychologically; and have been married for not less than three years.

On the basis of subjective descriptions of the marriages the following marriage groups have been distinguished:

- satisfied marriages, in which both partners express the same opinions on their relationships (I),
- satisfied marriages, in which the partners express different opinions on their relationships (II),
- unsatisfied marriages, in which both partners define their marriage as critical (III),

- unsatisfied marriages, in which both partners express different opinions on their relationship and their marriage is definitely of a conflict character (IV),
- threatened marriages, in which partners express antagonistic opinions on their relationship (V).

The marriage groups distinguished above can be considered five types of marriages.

### Levels of Self-Disclosure, Empathy, and Sexual Satisfaction

In all marriage groups (although qualitatively different) the levels of self-disclosure, empathy and sexual satisfaction of both partners have been defined. The data are given in Tables 3 and 4.



**Table 3:** Average indices concerning the level of revealing real selves to partners in the groups of marriages

satis- fied	Marriage Groups	Husbands		Wives	
		average self-disclosure	standard deviations	average self-disclosure	standard deviations
	agreeable	58,40	20,89	79,35	15,32
	disagreeable	69,70	21,17	77,83	18,53
dis- satis- fied	critical	50,00	20,17	37,35	12,12
	conflict	46,69	19,81	49,73	26,47
	threatened	68,00	25,88	40,85	31,73

**Table 4:** Attitudes of wives under survey toward their own original family

Marriage Groups	Husbands			Wives		
	positive	negative	indifferent	positive	negative	indifferent
I-satisfied agreeable	95 %	0	5 %	100 %	0	0
II-satisfied disagreeable	86,7 %	10 %	3,3 %	80 %	6,7 %	13,3 %
III-dissatisfied	90,5 %	9,5 %	0	71,4 %	23,8 %	4,8 %
IV-dissatisfied conflict	65,4 %	15,4 %	19,2 %	69,2 %	19,2 %	11,6 %
V-threatened	57,1 %	0	42,9 %	61,9 %	28,6 %	9,5 %

It follows from the data that the couples satisfied and not satisfied with their marriages vary to a significant extent according to the factors in question ( $P < .01$ ). Among satisfied diads empathy and self-disclosure of wives is higher than of husbands. The lack of such regularity in unsatisfied diads is unfavourable for the quality of their marriages. Considering sexual satisfaction satisfied husbands achieve better results than their wives. They also represent greater demands concerning the quality of their intimate contacts, which are proven by the difference between actual estimation of their sexual satisfaction and its ideal image.

The investigation results show that the degree of marital satisfaction is higher when the sexual satisfaction is accompanied by empathy. This dependence shows more clearly in group I. To the satisfaction of wives their own empathy ( $\alpha = .002$ ) and the sexual pleasure of their husbands ( $\alpha = .008$ ) suffice.

The dependence between the satisfaction of wives with their marriages and their empathy turned out to be stronger ( $r = .86$ ) than between the former and sexual sa-

tisfaction of their husbands ( $r = .57$ ), whereas the husbands' satisfaction with their marital relationships is strictly defined by their sexual pleasure ( $\alpha = .009$ ).

In the creation, development and even the maintenance of close marital relationships mutual self-disclosure seems to have a considerable role. It refers to many life problems, it not only delivers more psychic closeness. Only happily married couples (I and II) show the uniformity in interpersonal communication and the largest range of mutually discussed topics

Empathy constitutes a variable that determines the level of self-disclosure. Yet it does not denote the linear dependence. High empathy favours the optimum level of openness, i.e. adequate interaction conditions as well as needs and possibilities of communication between partners. However, a progressive tendency of empathy changes leads to the limitation of self-disclosure of wives and their husbands. We can say that the progressive changes of empathy make for its regulating function which affects the optimum level of self-disclosure.

**Table 5:** Comparison coefficients correlation ranks Spearman ( $r_s$ ) between self-disclosure husband and wife in 6 category topics

Marriage Groups	Category affirmations					
	Attitudes	Linking and inters.	Work	Money	Person	Body
$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
I-satisfied agreeable	0,78	0,56	0,03	0,71	0,78	0,36
II-satisfied disagreeable	- 048	0,34	0,16	0,45	0,8	0,45
III-dissatisfied	0,3	0,15	- 0,09	0,47	0,05	- 0,16
IV-dissatisfied conflict	0,2	0,14	0,17	0,03	0,26	0,13
V-threatened	- 0,5	0,3	0,05	0,21	0,21	- 0,3

In happily married couples (I, II) mutual self-disclosure of partners and the possibilities of its perception are mainly due to the empathy of wives. Its high level stimulates self openness of a husband, which gives satisfaction to both partners ( $\alpha = .1$ ). Even self-disclosure of husbands with low empathy makes married couples satisfied if it is accompanied by a high level of wives' empathy ( $\alpha = .04$ ). Moreover, the latter contributes to high quality of sexual experience of their husbands ( $\alpha = .02$ ) as well as of their own ( $\alpha = .04$ ).

In unhappily married couples (III, IV) the relations between empathy and self-disclosure and between empathy and sexual satisfaction are deprived of any significant dependences. Too low empathy of partners does not guarantee understanding in a dyad and solution of its problems.

In threatened couples (V) wives' self-disclosure affects considerably the decrease of empathic sensitivity of their husbands ( $\alpha = .02$ ). Such dependence is due to the lack of regulating indices of sexual satisfaction that constitute independent variables for wives ( $r = .8$ ) and their husbands ( $r = .95$ ).

## Conclusion

Summing up, we can state that the analysis of our investigation results concerning empathy and sexual satisfaction in marriage makes it possible to define its quality and perspectives. Nevertheless, it turned out that the

only proper measure of effective communication in the dyads under survey was mutual self-disclosure.

The determination of partners' attitudes toward their own marriage, of levels of their empathy, sexual satisfaction and mutual self-disclosure should constitute the basis of actual therapy as well as an index of its effectiveness.

## References:

- Derlega/Chaikin (1975), Norms Affecting Self-Disclosures in Men and Women, in: *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 1975, 44.
- Fitzpatrick (1986), Marriage and Verbal Intimacy, *Communication Monographs* 46 (1986) 167-178.
- Janicka (1990), *Otwartosc i empatia w malzenstwie*, Unpublished doctoral dissertation. Department of Psychology University of Lodz, a participant of Prof. Dr. Niebrzydowski's doctor's level seminars.
- Komorowsky (1974), Patterns of Self-Disclosure of Male Undergraduates in: *Journal of Marriage and the Family* (1974) 12.
- Niebrzydowski (1992), *Friendships and Self-Disclosure in Inter-human Relationships Psychology*, Lodz (University Press) 1992.

## Corresponding author:

*Prof. Dr. Leon Niebrzydowski, University of Lodz, Department of Psychology, Narutowicza 65, 90-131 Lodz, Poland.*

---

## **ÖGwG-SYMPOSION 1998**

**Linz, 21.–23. Mai 1998**

Das ÖGwG-Symposion 1998 soll eine anregende Auswahl wahlweise belegbarer thematischer Gruppen und insgesamt einen intensiven fachlichen Austausch und persönlichen Kontakt für ÖGwG-Mitglieder und alle am Rogers-Ansatz Interessierten ermöglichen. Dem sollen mehrere alternativ angebotene Fortbildungsseminare (je 10 Std.), offene Arbeitsgruppen (je 5 Std.) sowie zwei Plenar-Vorträge mit Diskussion dienen. Den Abschluß bildet die Generalversammlung der ÖGwG.

### **Fortbildungsseminare:**

- Einbezug des Körpers in die Klz. Therapie (L. Korbei, N. Stölzl)
- Diagnostik nach ICD und DSM (J. Leth), Diagnostik in der Verrechnung mit der Krankenkasse (E. Zissler, GKK Wien) und Gelegenheit zur Supervision (mit K. Sommer)
- Klz. Feldsupervision (B. Mitterhuber, J. Sauer)
- Encountergruppe (P. F. Schmid, IPS der APG)

### **Offene Arbeitsgruppen:**

- Bedeutung der Spiritualität im Rogers-Ansatz (H. Gruber)
- Problematik des Selbst-Begriffs bei Rogers (W. Keil, H. Spielhofer)
- Theorie der Klz. Gruppentherapie (Ch. Gutmann, J. Moosbrugger)
- Konzept für die Klz. Therapie mit Drogenabhängigen (Ch. Heinitz)
- Personorientierte Gesprächsführung (S. Keil)
- Ethische Berufsregeln in der ÖGwG (A. Wittrahm, GwG)

### **Vorträge:**

- D. Höger (GwG): Zum Selbst-Begriff bei Rogers
- M. Gutberlet (SGGT): Zur Power des personorientierten Ansatzes

### **Termin und Ort:**

Do. 21. Mai 1998 (Chr. Himmelfahrt!), 15 Uhr – Sa. 23. Mai 1998, ca. 18 Uhr  
Landwirtschaftskammer f. OÖ., 4021 Linz, Auf der Gugl 3

### **Kosten:**

öS 1.600,— bei Einzahlung bis 31. März 1998; öS 1.900,— bei Einzahlung nach diesem Termin

### **Weitere Informationen:**

ÖGwG-Geschäftsstelle; 4020 Linz, Altstadt 17  
Tel. u. Fax: 0732/784630 (Mo. u. Mi. 9–13 Uhr)

***Internationales Personzentriertes Encounter-Seminar nach Carl R. Rogers***

Das einwöchige Seminar wird nach dem klassischen Personzentrierten Ansatz von Carl R. Rogers veranstaltet. Ziel ist, sich persönlich und in seinem Verhalten gegenüber seinen Mitmenschen weiterzuentwickeln, indem insbesondere die Beziehungen innerhalb der Seminargruppe als Lern- und Wachstumschance wahrgenommen werden können.

In diesem Seminar kann man unter anderem:

- den Personzentrierten Ansatz und seine personalen und sozialen Implikationen »in Aktion« erleben und sich theoretisch und praktisch fortbilden
- die eigene Person sowie eigenes und fremdes Kommunikationsverhalten besser verstehen lernen
- freier und kreativer handeln lernen und sein Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen nachhaltig erweitern
- ganz verschiedenen Menschen begegnen, die sich nach Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung, Beruf und Kultur unterscheiden
- die Entwicklung von Gruppen und ihren Strukturen verstehen und mitgestalten lernen
- die charakteristischen Bedingungen für kollektive Entscheidungsfindung und selbstgesteuertes Lernen in Gruppen erkennen
- die Kunst der Gruppenleitung und die Möglichkeiten, für andere Menschen hilfreich zu sein, lernen.

Charakteristisch für das La Jolla Programm sind ein Wechsel von Erfahrungsmöglichkeiten in *Klein- und Großgruppen*, die *Auseinandersetzung mit der eigenen Person* sowie mit *Gruppen- und Intergruppenprozessen*, die Möglichkeit, *selbstinitiiert Kleingruppen zu gestalten*, und die Gelegenheit, *Gruppen unter Supervision zu leiten*.

Ein ausführlicher Prospekt wird auf Wunsch gerne zugesandt.

***Veranstaltung und Leitung:***

Douglas A. Land, Peter Frenzel, Peter F. Schmid, Werner Wascher, Marietta Winkler (IPS der APG)

***Zielgruppe:***

Menschen, die privat und /oder beruflich an der Entwicklung der Person interessiert sind.

***Geschichte des La Jolla Programms:***

Das La Jolla Programm wurde 1967 von Bill Coulson, Doug Land und Bruce Meador, Mitarbeitern von Carl Rogers (der selbst Consultant des Workshops war) in Kalifornien gegründet. Hier konnten Teilnehmer(innen) aus der ganzen Welt den Personzentrierten Ansatz kennenlernen und Erfahrungen für ihre Tätigkeit in den verschiedensten sozialen, pastoralen und politischen Bereichen sammeln. Das La Jolla Programm in Österreich findet in Zusammenarbeit mit Doug Land seit 1978 statt.

***Facilitating Team:***

Das charakteristische Selbstverständnis eines personzentrierten Gruppen-»Leiters« besteht darin, eine für den Prozeß der Persönlichkeitsentwicklung und der Entwicklung der Gruppe hilfreiche Person – ein »Facilitator« – zu sein. Es ist eine »an den Personen orientierte Philosophie der Gruppenleitung, eine Auffassung, die davon ausgeht, daß ein Maximum für die Gruppe wie für den Leiter erreicht wird, wenn der Facilitator an seiner Gruppe als Person teilnimmt und nicht als irgendeine Art Experte« (Carl Rogers).

**Zeit:** Mittwoch, 10. 6. 1998, 12 h (Mittagessen) bis Mittwoch, 17. 6. 1998, 18 h (Abendessen)

**Ort:** Bildungshaus Schloß Großrußbach, NÖ; A-2114 Großrußbach, Schloßbergstr. 8

**Kosten:** öS 6450,-. Ermäßigungen für IPS-Mitglieder und auf Anfrage. Zzgl. Aufenthalts- und Verpflegungskosten je nach Zimmerkategorie, am Ort zu bezahlen. Zahlungsschluß 9. 5. 1998

**Anrechenbar** für 55 Stunden

**Info zum Seminar:** Marietta Winkler, Tel. 01 / 7137796

**Info zur Organisation:** Andreas Höllinger, Tel. 0732 / 795230

**Anmeldung:** Schriftlich bei Andreas Höllinger, 4020 Linz, Hafnerstr. 26.

**Hinweis:** Wochenendgruppe nach Carl Rogers: Selbsterfahrungsgruppe für externe Teilnehmer(innen) im Rahmen des La Jolla Programms, 12.–14. 6. 1997, öS 950,- (15 Stunden)

## Aktuelle Literatur zum Personzentrierten Ansatz

- *Auckenthaler, Anna*, Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- *Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim*, Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer), 7. überarb. u. erw. Aufl. 1995
- *Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.)*, Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996
- *Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.)*, Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Anwendung und Praxis, Göttingen (Hogrefe) 1997
- *Bohart, Arthur C. / Greenberg, Leslie S. (Hg.)*, Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy, Washington (American Psychological Association) 1997
- *Deter, Detlev / Sander, Klaus / Terjung, Beatrix (Hg.)*, Die Kraft des Personzentrierten Ansatzes. Praxis und Anwendungsgebiete, Köln (GwG) 1997
- *Eckert, Jochen (Hg.)*, Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse, Köln (GwG) 1995
- *Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans (Hg.)*, Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 1993
- *Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans (Hg.)*, Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen, Stuttgart (Kohlhammer) 1997
- *Esser, Ulrich / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (Hg.)*, The power of the Person-Centered Approach. New challenges – perspectives – answers, Köln (GwG) 1996
- *Esser, Ulrich / Sander, Klaus / Terjung, Beatrix (Hg.)*, Die Kraft des Personzentrierten Ansatzes. Erlebnisaktivierende Methoden, Köln (GwG) 1996
- *Esser, Ulrich / Sander, Klaus / Terjung, Beatrix (Hg.)*, Die Kraft des Personzentrierten Ansatzes. Praxis und Anwendungsgebiete, Köln (GwG) 1997
- *Farber, Barry A. / Brink, Debora C. / Raskin, Patricia M. (Hg.)*, The psychotherapy of Carl Rogers. Cases and commentary, New York (Guilford) 1966
- *Finke, Jobst*, Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme) 1994
- *Peter Frenzel / Peter F. Schmid / Marietta Winkler (Hg.)*, Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie, Köln (EHP) 1996
- *Frielingsdorf-Appelt, Christa / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (Hg.)*, Die Kraft des Personzentrierten Ansatzes. Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung, Köln (GwG) 1996
- *Gendlin, Eugene T.*, Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method, New York (Guilford) 1966
- *Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (Hg.)*, Person-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt (Peter Lang) 1996
- *Keil, Wolfgang W. / Korbei, Lore / Poch, Veronika / Hick, Pauline (Hg.)*, Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der klientenzentrierten Psychotherapie, Salzburg (Mackinger) 1994
- *Mearns, Dave*, Developing Person-Centred Counseling, London (Sage) 1994
- *Pörtner, Marlies*, Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen, Stuttgart (Klett-Cotta) 1996
- *Reisch, Elisabeth*, Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten, München (Pfeiffer) 1994
- *Carl R. Rogers / Peter F. Schmid*, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2. erw. Aufl. 1995
- *Sachse, Rainer*, Der psychosomatische Patient in der Praxis, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- *Sachse, Rainer*, Psychosomatische Klienten in der Psychotherapie. Grundlagen einer effektiven Therapie mit »schwierigen Klienten«, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- *Sachse, Rainer*, Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) 1996
- *Sachse, Rainer*, Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile, Göttingen (Hogrefe) 1997
- *Schmid, Peter F.*, Personale Begegnung. Der personzentrierte Ansatz in Therapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge, Würzburg (Echter), 2. akt. u. erw. Aufl. 1995
- *Schmid, Peter F.*, Autonomie und Solidarität. Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch, Bd. I, Köln (EHP) 1994
- *Schmid, Peter F.*, Die Kunst der Begegnung. Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch, Bd. II, Paderborn (Junfermann) 1996
- *Schmidtchen, Stefan / Speierer, Gert-Walter / Linster, Hans (Hg.)*, Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre, Köln (GwG) 1995
- *Suhd, Melvin M. (Hg.)*, Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 1995
- *Teusch, Ludwig / Finke, Jobst / Gastpar, Markus (Hg.)*, Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen, Heidelberg (Asanger) 1994
- *Wascher, Werner / Frenzel, Peter (Hg.)*, Der Personzentrierte Ansatz und multikulturelle Kommunikation. Ein internationaler Überblick, Vol. III, Linz (edition sandkorn) 1994

## Bibliographien

- *Schmid, Peter F.*, Bibliographie Carl R. Rogers: Vollständiges chronologisches und alphabetisches Verzeichnis der Originalausgaben und der deutschen Übersetzungen der Publikationen, Filme, Videos und Tonbänder mit mehreren Registern, 1922–1997, Wien 1997/98, öS 150,—. Erhältlich beim Verfasser (A-1120 Wien, Koflerg. 4).
- *Schmid, Peter F.*, Bibliographie zum Personzentrierten Ansatz 1940–1997, mit Register, Gesamtband (über 6300 Titel), Wien 1997/98, öS 290,— Erhältlich beim Verfasser (s. o.).

**CHRISTIAN KORUNKA (HG.)**

# Begegnungen: Psychotherapeutische Schulen im Gespräch

**Dialoge der Person-Centred Association in Austria (PCA).**

Facultas 1997. 352 Seiten, broschiert,  
öS 398,- / DM 55,- / sFr 51,-  
ISBN 3-85076-413-3

Das Buch enthält die kommentierten Aufzeichnungen von Gesprächen zwischen Psychotherapeuten verschiedener Schulen. Der Inhalt der Gespräche ist die persönliche Auseinandersetzung über Unterschiede und Gemeinsamkeiten der jeweiligen Richtungen. Zusätzlich werden von den Autoren der einzelnen Beiträge theoretische Aspekte von Unterschieden und Gemeinsamkeiten therapeutischer Schulen dargestellt. Das Buch gibt somit einen umfassenden theoretischen und praktischen Überblick über die Möglichkeiten und Grenzen der Begegnungen psychotherapeutischer Schulen am Beispiel der personenzentrierten Psychotherapie.

Mit Beiträgen von Th. Sluneko, H. Spielhofer (im Gespräch mit W. Pfeiffer und H. Katschnig), L. Korbei (im Gespräch mit W. Keil und O. Frischenschlager), Ch. Korunka (im Gespräch mit B. Reisel und I. Kryspin-Exner), Ch. Fehring (im Gespräch mit P. Frenzel und S. Essen), V. Poch (im Gespräch mit A. Längle), P. F. Schmid (im Gespräch mit A. Auckenthaler), E. Zinschitz (im Gespräch mit K. Sommer und N. Amendt-Lyon), P. F. Schmidt (im Gespräch mit N. Stölzl und R. Skolek) und W. Janisch (im Gespräch mit W. Wascher und H. Haselbacher).

**FRANZ SEDLAK, GISELA GERBER (HG.)**

# Dimensionen integrativer Psychotherapie

Facultas 1998. ca. 300 Seiten, broschiert,  
öS 398,- / DM 55,- / sFr 51,-  
ISBN 3-85076-430-3  
Erscheint im Jänner 1998

Das Buch plädiert für die Notwendigkeit methodenübergreifender therapeutischer Ansätze. Im Unterschied zu bereits vorhandenen Veröffentlichungen über integratives Handeln in der Therapie, wo ein Meta-Konzept gesucht wird, kommen im vorliegenden Band Therapeut/inn/en verschiedener Schulen – konzertant – zu Wort. Ihre Beiträge sind Beispiele für wichtige Dimensionen der Psychotherapie: philosophisch-religiöse Überlegungen, künstlerisch-kreative Aspekte, umgreifende Ansätze oder basale Kriterien der Therapie.

Mit Beiträgen von E. Franzke, G. Gerber, G. Horn, C. Kaltenbach, M. Martin, A. Reinelt, M. Schröder, F. Sedlak, R. Skolek, H. Wallnöfer und H. Walter.

**FACULTAS**

**W U V | UNIVERSITÄTSVERLAG**

Berggasse 5  
A-1090 Wien  
Tel.: 0043/1/310 53 56  
Fax: 0043/1/319 70 50