

# PERSON

Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

2 | 1999

3. Jahrgang

<b>Editorial</b>	99	<i>Wolfgang W. Keil</i>	
<i>Michael Gutberlet: Die Entfaltung von Personal Power im personzentrierten Ansatz</i>	101	Peter F. Schmid: <b>Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I. Solidarität und Autonomie</b>	144
<i>Edwin Kahn: The intersubjective Perspective and the Person-Centered Approach: Are They One at Their Core?</i>	110	<i>Hans Snijders</i>	
<i>Hermann Spielhofer: Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie</i>	122	Peter F. Schmid: <b>Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis - Ein Handbuch, Bd. II. Die Kunst der Begegnung</b>	146
<i>Jobst Finke: Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie</i>	131	<i>Jobst Finke</i>	
<i>Peter F. Schmid: Person-Centered Essentials - Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personzentrierter Ansätze in der Psychotherapie</i>	139	Peter F. Schmid: <b>Im Anfang ist Gemeinschaft</b>	150
<b>REZENSIONEN</b>		<i>Gerhard Stumm</i>	
<i>Lore Korbei</i>		Jobst Finke: <b>Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie</b>	152
Eugene T. Gendlin: <b>Focusing - orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode</b>	142	<b>Offener Brief der Person-Centered Association in Austria (PCA)</b>	154
		<i>Lore Korbei</i>	
		Vergabe des 1. internationalen Sigmund-Freud-Preises für Psychotherapie der Stadt Wien an Prof. Dr. Sylvester-Ntom Madu	155
		<b>Statuten des NEAPCCP</b>	156

FACULTAS

WUV | UNIVERSITÄTSVERLAG

ISSN 1028-6837

APG / ÖGwG

# 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, Strudlhofgasse 3/2, 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*

Ulrike Diethardt, Peter Frenzel, Sylvia Gaul, Wolfgang Keil, Christian Korunka, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Elisabeth Zinschitz

## *Richtlinien*

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Seminarstellungen, 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 ao. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka, Institut für Psychologie der Univ. Wien, A-1010 Wien, Liebiggasse 5;

Tel.: +43/1/42 77/47 8 27; Fax: +43/1/42 77/94 78, e-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

oder

c/o Mag. Wolfgang Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39; Tel.: +43/1/407 55 87; Fax: +43/1/407 55 874

## *Zusendungen sollten enthalten:*

Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel

Zusammenfassung (Abstract), ca. 10 Zeilen

Stichwörter (Keywords)

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

Literaturverzeichnis (References)

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 bezügl. Quellen- und Literaturangaben.

## *Zitationshinweise*

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (Wien 1997/1998) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Erscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

## *Erscheinungshinweise*

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 .....	99
<i>Michael Gutberlet</i>	
Die Entfaltung von Personal Power im personzentrierten Ansatz .....	101
<i>Edwin Kahn</i>	
The intersubjective Perspective and the Person-Centered Approach: Are They One at Their Core? .....	110
<i>Hermann Spielhofer</i>	
Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie ....	122
<i>Jobst Finke</i>	
Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie .....	131
<i>Peter F. Schmid</i>	
Person-Centered Essentials - Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personzentrierter Ansätze in der Psychotherapie ..	139
 <b>Rezensionen</b>	
<i>Lore Korbei</i>	
Eugene T. Gendlin: Focusing – orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode .....	142
<i>Wolfgang W. Keil</i>	
Peter F. Schmid: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I. Solidarität und Autonomie .....	144
<i>Hans Snijders</i>	
Peter F. Schmid: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis - Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung .....	146
<i>Jobst Finke</i>	
Peter F. Schmid: Im Anfang ist Gemeinschaft .....	150
<i>Gerhard Stumm</i>	
Jobst Finke: Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie ..	152
Offener Brief der Person-Centered Association in Austria (PCA) .....	154
<i>Lore Korbei</i>	
Vergabe des 1. internationalen Sigmund-Freud-Preises für Psychotherapie der Stadt Wien an Prof. Dr. Sylvester-Ntom Madu .....	155
Statuten des NEAPCCP .....	156



# Editorial

Das vorliegende Heft der Zeitschrift PERSON, das wegen organisatorischer Schwierigkeiten etwas verspätet erscheint, präsentiert nach der letzten Schwerpunktnummer zu personenzentrierten Ansätzen außerhalb der Psychotherapie wieder eine Sammlung unterschiedlicher Beiträge, die sich mit dem ursprünglichen Gebiet personenzentrierter Theorie und Praxis auseinandersetzen.

Als einen Nachhall der in Österreich so erfreulich zahlreichen wissenschaftlichen Veranstaltungen zum Personenzentrierten Ansatz, konnten wir den Vortrag von Michael Gutberlet, den er am ÖGWG-Symposium 1998 in Linz gehalten hat, in diesem Heft abdrucken. Der Autor läßt uns an einigen Gedanken teilhaben, die versuchen das Wesen unseres Ansatzes zu beleuchten. Der Beitrag zeichnet sich vielleicht im Besonderen dadurch aus, das dies auf eine Weise geschieht, die einen bedeutsamen Grundsatz personenzentrierter Theorieentwicklung berücksichtigt: die persönliche Erfahrung als Leitlinie und "höchste Autorität" (Rogers) anzusehen. Dem Leser oder der Leserin wird Gelegenheit geboten an einem Suchprozess teilzunehmen, wie eine Erfahrung im therapeutischen Prozess verstanden und wohl auch begünstigt werden kann, die einen signifikanten Wachstumsschritt im Therapieprozeß kennzeichnet. Michael Gutberlet reflektiert dabei in phänomenologischer Weise seine persönlichen Erfahrungen mithilfe der Kategorie "Personal Power", die er als die Fähigkeit definiert, Zugang zu der dem menschlichen Organismus inhärenten inneren Kraft zu finden und ihre Vertiefung und Erweiterung zu unterstützen. Dabei ergeben sich auch Fragen rund um den so häufig diskutierten Widerspruch von Technik und Haltung innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes.

Auch der zweite Beitrag in diesem Heft erinnert uns an eine wissenschaftliche Veranstaltung, die ein Auditorium zur Präsentation personenzentrierter Theorieentwicklung bot. Liegt der erste Wiener Weltkongreß zeitlich auch schon etwas zurück, so sind doch die Ausführungen von Edwin Kahn schon alleine deswegen keineswegs als überholt anzusehen, als sie sehr grundsätzliche, basale Überlegungen aufzeigen und anregen. Der Autor, der dem interessierten Beobachter internationaler Kongresse wohl kaum entgangen sein kann, trägt einmal mehr zum interdisziplinären Diskurs zwischen verschiedenen Schulen der Psychotherapie im Allgemeinen, zur Auseinandersetzung zwischen personenzentrierten und psychoanalytischen Erkenntnissen im Besonderen bei. Edwin Kahn konfrontiert uns mit einigen Ergebnissen, die sich aus der Entwicklung einer der vielen

Strömungen der Psychoanalyse von einer "Ein-Personen-Psychologie" zu einer "Zwei-Personen-Psychologie" ergeben haben. Die Theorie Robert Stolorow's, die vorerst kurz dargestellt wird, reflektiert einige Fragestellungen, die auch im personenzentrierten Kontext, gerade in letzter Zeit, große Relevanz aufweisen: Wie beeinflusst die Subjektivität des Therapeuten die Subjektivität des Klienten? Durch die Kontrastierung von Kernaussagen beider Theorien erkennt der Autor einige Ähnlichkeiten zwischen der Selbstpsychologie und dem Personenzentrierten Ansatz, was uns nicht nur eigene Positionen besser verstehen hilft, sondern auch Anregungen gibt, welche Fragestellungen innerhalb des eigenen Paradigmas noch nähere Behandlung verdienen.

Der Beitrag von Hermann Spielhofer wird in besonderer Weise den Ansprüchen und Motiven gerecht, die uns zur Herausgabe dieser Zeitschrift animierten. Nicht nur werden in diesem Artikel in fundierter Weise grundlegende und zentrale Fragen unseres Ansatzes behandelt, es sind diese Ausführungen auch in einem Zusammenhang mit einem vorangegangenen Beitrag von Wolfgang Keil zu sehen (PERSON 1/1997). Einige Fragen, die dort im Zusammenhang mit der Schwierigkeit aufgeworfen wurden, in welcher Weise Zugang zu abgewehrten oder verzerrten, inkongruenten Erfahrungsbereichen des Klienten gewonnen werden kann, werden in der dem Autor eigenen kritischen Weise differenziert behandelt und beantwortet. Damit ist hier ein Anliegen der Redaktion realisiert, durch die Herausgabe der Zeitschrift den kollegialen, wissenschaftlichen Diskurs einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Inhaltlich kann es wohl kaum eine wichtigere Fragestellung geben, als das von Spielhofer in diesem Beitrag reflektierte Thema, wie sich denn das Erkenntnisverfahren der klientenzentrierten Psychotherapie, das empathische Verstehen, methodisch begründen läßt.

Jobst Finke beleuchtet Aspekte der Krankheitslehre einmal nicht wie in letzter Zeit üblich aus vorrangig berufspolitischer, sondern aus therapiepraktischer Perspektive. Dabei schließt er direkt an Fragestellungen an, die sich auch im vorangegangenen Artikel von Hermann Spielhofer finden lassen: Wie läßt sich die Möglichkeit des Verstehens eines zunächst nicht symbolisierten, also dem sprachlichen Erfassen primär nicht zugänglichen Unverständlichen theoretisch erklären?

Finke weist uns darauf hin, daß sich die von ihm aufgezeigte Diskrepanz zwischen "dem Neurosentheoretiker Rogers und dem The-

rapie-theoretiker Rogers" mit Hilfe der Hermeneutik, der "Lehre vom kunstgerechten Verstehen" etwa im Sinne von Schleiermacher, aufheben läßt. Es wird untersucht, ob sich die personenzentrierte Krankheitslehre als dafür nötiges Raster an Bedeutungsvorgaben, das erst die Äußerungen des Klienten auf einen möglichen Sinn hin auslegbar macht, eignet. Folgt man den fundierten Ausführungen von Jobst Finke, dann finden - quasi als Nebenprodukt - auch die so zahlreichen Kontroversen innerhalb unseres Ansatzes zwischen "Technikern" einerseits und haltungs- bzw. einstellungsorientierten KollegInnen andererseits eine theoretische Begründung.

Peter F. Schmid stellt uns im nächsten Beitrag eine knappe, kompakte und dennoch präzise Möglichkeit vor, das Wesentliche und Unterscheidende des personenzentrierten Ansatzes zu formulieren. Es wäre spannend zu erfahren, ob sich KollegInnen, die, wie oben angedeutet, unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer theoretischen und praktischen Arbeit setzen, auf diese Formulierungen, die beanspruchen, die Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie aufzuzeigen, tatsächlich einigen könnten.

Als ein weiteres Zeichen zunehmender Entwicklung unseres Zeitschriftenprojektes in die von der Redaktion gewünschte Richtung lassen sich die danach folgenden Besprechungen von wesentlichen

Büchern werten. Den KollegInnen Lore Korbei, Wolfgang W. Keil, Hans Snijders, Jobst Finke und Gerhard Stumm sei herzlich dafür gedankt, daß wir durch ihre Ausführungen wertvolle Hinweise auf lohnende Literatur erhalten.

Am Ende dieser Ausgabe unserer Zeitschrift findet die Leserin bzw. der Leser noch einen von den GesellschafterInnen der PCA (Person-Centered Association in Austria) verfaßten offenen Brief, der sich an politische Gremien und Funktionsträger richtet, in dem die momentane innenpolitische Situation Österreichs kritisch kommentiert und ein Appell formuliert wird, der sich direkt aus personenzentrierten Werthaltungen herleitet.

Die Redaktion bedankt sich einmal mehr bei den Autorinnen und Autoren und allen Personen, die durch ihre Mitarbeit die Herausgabe unserer Zeitschrift und damit einen anregenden wissenschaftlichen Austausch innerhalb unseres Paradigmas ermöglichen.

Im Namen des Redaktionsteams

Peter Frenzel

Michael Gutberlet

# Die Entfaltung von Personal Power im personenzentrierten Ansatz

## Vortrag zum ÖGwG-Symposium

21.–23. Mai 1998 in Linz

### Zusammenfassung:

Power wird in diesem Text verstanden als das Erfahren einer inneren seelischen Kraft, die im Rahmen personenzentrierter Arbeit dann gemacht werden kann, wenn ein Wachstumsschritt stattfindet. Als Beispiel wird herausgearbeitet, wie Power in Momenten des Angenommen-Seins erfahren werden kann und wie sie sich aus dem Gewahrsein heraus bisweilen einstellt. Die Frage wird diskutiert, wie sich der Einbezug von Therapietechniken auf die Entfaltung dieser Kraft auswirkt, und es werden einige Bedingungen formuliert, unter denen Technik-Anwendung und personenzentrierte Haltung miteinander vereinbar sind. Die Überlegungen werden aus der persönlichen und professionellen Erfahrung des Autors heraus dargestellt und entwickelt und mit der Theorie und Praxis von Rogers verknüpft.

**Schlüsselwörter:** *Power des personenzentrierten Ansatzes, Erfahrung, Wertschätzung/Akzeptanz, Kongruenz/Gewahrsein, Personenzentrierte Haltung, Integration anderer Therapiemethoden.*

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*ich möchte Ihnen und insbesondere den OrganisatorInnen dieses Symposiums danken für die Einladung, diesen Vortrag zu halten. Sie haben mir damit Gelegenheit gegeben, die Gedanken über den Personenzentrierten Ansatz (PCA), die mir am meisten am Herzen liegen, zu präzisieren und zu ordnen. Und mehr noch: Durch die Arbeit an dem Vortrag stand ich in der Notwendigkeit, einmal mehr das Wesen unseres Ansatzes zu erfassen und es dabei wieder ein wenig tiefer in mir zu integrieren und zu verankern.*

*Nun hoffe ich, dass ich das Erfahrene auch an Sie weitergeben kann und dass ich mich Ihres Vertrauens würdig erweise.*

### Power als Erfahrung

Sie werden in meinem Vortrag über „Die Entfaltung von Personal Power im personenzentrierten Ansatz“ vermutlich nichts Neues hören und entdecken. Keinen neuen Aspekt der personenzentrierten Theorie, keine neue Variante einer therapeutischen Technik, keine neuen empirischen Untersuchungsergebnisse. Ich werde den Begriff der Power, so, wie ich ihn verstehe, nicht umfassend wissenschaftlich zu definieren versuchen, ihn nicht theoretisch einordnen, ihn nicht mit ähnlichen Konzepten von KollegInnen vergleichen.

Ich werde vielmehr von Power als der Erfahrung sprechen, die wir alle kennen, die uns vertraut ist aus unserer Selbsterfahrung, unserem Alltag und aus unserer therapeutischen oder anderen Tätigkeit. Ich werde von der erfahrbaren inneren Kraft sprechen, die vermutlich alle Menschen zu allen Zeiten gekannt haben und die nach meinem Verständnis in vielfältiger Weise immer wieder beschrieben worden ist: schon lange vor Rogers und die auch künftig immer wieder in neuer Form beschrieben werden wird.

Warum aber über etwas sprechen, das wir doch alle kennen, warum etwas beschreiben, das schon so oft beschrieben worden ist?

Mit dieser Frage bin ich mitten im Thema mit all seiner Faszination und allen seinen Schwierigkeiten.

Ich spreche von dem, das wir alle kennen, nicht deshalb, weil ich annehme, das Sie doch noch zu wenig Wissen haben und folglich meines hinzufügen sollten, sondern weil die innere Kraft, die wir alle kennen und um die wir wissen, immer wieder neu zur unmittelbaren Erfahrung werden muss, wenn sie im zwischenmenschlichen Kontakt ihre verändernde Wirkung entfalten soll.

Und weil Erfahrungen nicht abrufbar sind wie eine einmal gelernte Theorie oder eine gut eingeübte Technik, sondern wie Gäste sind in unserem Bewusstsein, die man einladen, aber nicht herbeizitiert kann, gehört es zu unseren Aufgaben als personenzentrierte TherapeutInnen, BeraterInnen, LehrerInnen, etc., immer wieder in diesen Suchprozess einzutreten, der uns einer Erfahrung -

Power in diesem Fall - näherbringt, sie berührt, aufs neue entfaltet, sie vertieft.

Dieser Vortrag soll also Ihnen und mir eine solche Möglichkeit bieten: indem ich Sie an meinen Entdeckungen, Schwierigkeiten, Freuden und Frustrationen in diesem Suchprozess teilnehmen lasse, hoffe ich, Ihnen Anregungen für Ihren eigenen Suchprozess zu geben und vielleicht - hoffentlich - sogar hier und jetzt bei einigen von Ihnen etwas von dem Gemeinten (von personal power) zu berühren.

Ich will zunächst mein Verständnis von Power weiter verdeutlichen, damit wir hier als Redner und ZuhörerInnen, als Sender und Empfänger, in etwa auf gleiche Frequenz kommen.

Wenn wir von der Power des PCA sprechen, dann meinen wir m.E. damit die Fähigkeit dieses Zugangs zum Menschen, die im Organismus anwesende - man könnte sagen: angeborene - innere Kraft der Person zu berühren und ihre Vertiefung und Erweiterung zu unterstützen. Wobei freilich nicht eine Fähigkeit eines Konzepts gemeint ist, sondern das Erleben einer Person, die dieses Konzept integriert hat und lebt.<sup>1</sup>

Power ist eine Erfahrung, die dann ins Bewusstsein tritt, wenn sich ein Wachstumsschritt vollzieht. Oder dann, wenn die Blockierung eines solchen Schrittes sich auflöst. Oder auch dann, wenn die Person einmal so offen ist für alle Erfahrungen, dass sich ständig kleine Wachstumsschritte vollziehen oder jederzeit Wachstum möglich ist.

Wenn ich Wachstum in diesem Sinne erfahre, erlebe ich eine Kraft, von der ich unmittelbar den Eindruck habe: die war immer in mir - und endlich ist sie einmal voll da, ist befreit, füllt mich aus. Und dies ist dann auch immer oder meistens verknüpft mit einer Sehnsucht nach Mehr, nach weiteren, faszinierenden Möglichkeiten des Wachstums: Wachstum in etwas Unbekanntes hinein, oder auch Wachstum durch „Endlich-Doch-Zulassen-Und-Erleben“ von immer wieder Fortgeschobenem, inzwischen Abgeschriebenem. Geahnte und erhoffte Möglichkeiten, das Leben zu leben, verlieren den Charakter des Unerreichbaren und der Illusion, und der Weg zu dem Geahnten liegt vor mir. Der PCA hilft mir, diese Kraft immer wieder in mir leben zu lassen: indem er mich ermutigt, mich um Gewahrsein zu bemühen und das Gewahrgewordene zu akzeptieren und zu verstehen.

Lassen Sie mich das noch einmal in der nüchternen Sprache unseres Persönlichkeitsmodells sagen. Power ist in meinem Verständnis Aktualisierungstendenz, die als Erfahrung ins Bewusstsein tritt. Das Individuum erlebt Power in den Momenten, wo es weitgehend offen ist für seine Erfahrungen, wenn also viele der dem Bewusstsein zugänglichen Erfahrungen relativ frei und präzise im Gewahrsein erscheinen und symbolisiert werden können. Und es erlebt dann Power, wenn eine bisher abgewehrte Erfahrung ins Bewusstsein kommen und ins Selbstkonzept integriert werden kann.

Wenn also eine Inkongruenz in ihren erfahrbaren Aspekten von Bedrohung, Verletzlichkeit und Angst durchlebt worden ist und durch Kongruenz als Offenheit für Erfahrung ersetzt wurde. Power entspringt also dem unmittelbaren Erfahren von Wachstum, wobei gemeint ist das Wachstum der Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept, das Wachsen von Kongruenz.<sup>2</sup>

Soweit meine Vorbemerkungen. Nun zu der Frage, wie der PCA/der klientenzentrierte Ansatz Power berührt.

## **Power aus dem Verzicht auf Kategorisierung von Erfahrungen**

Ich habe im Laufe meiner Arbeit an dem Vortrag viele Anläufe unternommen bei dem Versuch, herauszufiltern, was denn die Power des PCA im Kern, im Wesentlichen, ausmacht. Bei diesem Versuch bin ich derzeit bei folgendem Ergebnis angelangt:

Power des PCA entspringt in erster Linie aus dem Verzicht auf Einordnung, Wertung, Interpretation von Erfahrungen auf dem Hintergrund einer bestimmten Theorie. Und sie entspringt aus dem Bemühen um Verzicht auf theorie- und technikgeleitete, direktivführende Beeinflussung von Erfahrungen. Wir teilen Erfahrungen nicht ein in gesunde und kranke, regressive und progressive, erwünschte und unerwünschte, rationale und irrationale, nicht in solche, die archaisch, infantil, ödipal oder reif genannt werden, wir unterscheiden sie nicht danach, ob sie aus dem Kind-Ich, dem Eltern-Ich oder dem Erwachsenen-Ich kommen. Und wir arbeiten dementsprechend auch nicht gezielt und direktiv darauf hin, eine negativ eingestufte Erfahrung durch eine andere zu ersetzen. Bei allem Respekt vor der seriösen Denkarbeit, die solche Einteilungen hervorgebracht hat und vor den Möglichkeiten, die sie bieten können: ich glaube aus meinen Erfahrungen heraus, dass die hemmende und einschränkende Wirkung solcher Einordnungen auf die Entfaltung der Potentiale und Selbstheilungskräfte des Organismus sehr unterschätzt wird.

Der Verzicht des PCA auf solche Kategorisierungen schafft die Möglichkeit zu einer freieren, unbehinderteren Entfaltung von Erfahrungen und das bedeutet, dass weniger an organismischer Kraft gebremst, zurückgedrängt, aufgespalten wird. Wenn der Bewusstseinsstrom frei fließen kann, entfaltet unsere Psyche ihre grösste Kraft und der Organismus steuert sich selbst: in die für ihn und andere in der gegenwärtigen Situation bestmögliche Richtung, im für ihn optimalen Tempo und Rhythmus, in der ihm angemessenen Art.

Ich will nun diese sehr allgemeine Erklärung in einige ihrer Einzelaspekte aufteilen und über die Kunst des Berührens von Power anhand dieser Aspekte meine Erfahrungen und Gedanken mit Ihnen teilen.

Beginnen will ich mit der Power, die aus dem „Angenommen-Sein im So-Sein“ kommt, fortfahren mit der Power aus dem Gewahrsein und daran anschliessend der Frage nachgehen, ob das Berühren von Power durch den Gebrauch von therapeutischen Techniken gefördert oder behindert wird. Zunächst also:

## Power aus dem „Angenommen-Sein im So-Sein“

Wenn man die Kernaussagen des PCA in Worten beschreibt, so erscheinen sie den ZuhörerInnen nicht selten zu einfach, naiv, banal, zu gefühlsbetont, kitschig, unwissenschaftlich, oder es erscheint überflüssig, sie überhaupt zu erwähnen. Doch ich glaube, es gehört zu unseren Aufgaben - wenn wir den klientenzentrierten Ansatz mit seinen zentralen Aussagen vertreten wollen - den Mut zum Wiederholen des Selbstverständlichen und Einfachen immer wieder aufzubringen und Wege zu finden, wie wir das Wesentliche vom Geruch der Banalität befreien und es wirkungsvoll - und das heisst auch berührend - kommunizieren können. Mit dieser Einleitung mache ich mir jetzt - Sie bemerken das vermutlich - Mut, eine dieser Selbstverständlichkeiten zum X-ten Mal auszusprechen und zu beschreiben.

Die Erfahrung des Angenommen-Seins im So-Sein, die unbedingte positive Wertschätzung, die ein Mensch von einem anderen erfährt, ist eine Kostbarkeit. Ohne Bedingungen angenommen zu sein als ganze Person, berührt nach meiner Meinung eine Sehnsucht in jedem Menschen und mit ihr eine tief verwurzelte Kraft. Und wird diese Sehnsucht und diese Kraft berührt, steigt eine Ahnung auf, wie die Beziehung zwischen Menschen sein könnte. Und das berührt weitere Kraft.<sup>3</sup>

Diese Power aus dem Angenommen-Sein im So-Sein ist eine Kraft, die - so erlebe ich das - im therapeutischen Prozess oft sehr in der Stille wirkt, fast unbemerkt ihre Früchte entwickelt, selten einmal spektakulär zu Tage tritt.

Ich glaube, diese Erfahrung kennen wir alle gut aus unserer Selbsterfahrung. Daher will ich sie nicht auf dieser allgemeinen Ebene weiter ausführen, sondern einen speziellen Punkt herausgreifen, der nach meiner Auffassung oft zu wenig Beachtung findet: Das Akzeptieren des Sich-Nicht-Akzeptierens und die Kraft, die in solchen Momenten erlebt werden kann.

Was ist damit gemeint?

Wenn wir oft genug an eigener Seele erfahren haben, dass das Zulassen und Akzeptieren von Erfahrungen viel weniger gefährlich ist, als wir immer dachten, und das es ungeahnte Kräfte freisetzen kann, dann entsteht bisweilen oder oft eine Tendenz bei TherapeutInnen (Th.), die ich einmal «Direktivität aus bestem Glauben und bester Absicht heraus» nennen möchte. Aus dieser Haltung heraus

neigen Th. dazu, ihren KlientInnen (Kl.) möglichst schnell und ggf. auch durch direkte und direktive Interventionen zum erlösenden Erlebnis des Sich-Selbst-Annehmens zu verhelfen.

Was dabei aber allzu leicht passiert: das Nicht-Annehmen von Erfahrungen, die Abwehr von Erfahrungen, wird von der Th. nicht wirklich, nicht gänzlich, nicht voll kongruent angenommen. Dieser Teil der Person, der jahre- oder jahrzehntelang eine wichtige und wertvolle Funktion im Gesamt der Person übernommen hat - nämlich den Schutz vor Bedrohung, Angst und Verletzlichkeit - wird nicht wirklich geschätzt, geachtet, angenommen, im ungünstigsten Fall nicht einmal wahrgenommen oder gar bekämpft. Die Folge ist fast immer eine negative, manchmal fatal und schädigend.

## Eigene Erfahrungen

Ich möchte dieses Phänomen von Power mit meiner eigenen Erfahrung illustrieren.

Über viele Jahre hinweg habe ich an einer Gruppe teilgenommen, deren Leiter ein amerikanischer Therapeut war, der bei Alexander Lowen Bioenergetik gelernt hat und diese dann mit Gestalttherapie zu einer eigenen Form von Therapie verbunden hatte. Der Mann arbeitete weitgehend im klassischen Gestalt-Setting, also Einzelarbeit in der Gruppe, Hot-Seat-Arbeit.<sup>4</sup>

Wenn der Therapeut nun mit mir vor der Gruppe arbeitete, dann war es für mich das Schlimmste, wenn ich im Laufe der Sitzung steckenblieb: Wenn ich also - wie das in der Sprache der klassischen Gestalttherapie heisst - weder in eine authentische Erfahrung explodieren oder sacht hineingleiten konnte, noch unter Wahrung meines Gesichts in ein halbwegs akzeptables Rollenverhalten zurückgehen konnte.

Es war für mich wirklich entsetzlich - ich wechsele in die Sprache unseres Persönlichkeitsmodells - wenn weder eine Erfahrung wenigstens ansatzweise bewusst werden konnte, noch ich einen Weg fand, mich in eine Abwehr zurückziehen, sondern dazwischen völlig festgefahren war. Es war entsetzlich, wenn ich auch die Angst und Verletzlichkeit, die in dieser Blockierung zweifellos herrschte, nicht wirklich wahrnehmen konnte, sondern dieses chaotische, rasend schnell wechselnde Gemisch und Gebräu aus Erfahrung, Abwehr, Bedrohung, Verletzlichkeit, Angst nur als totale Blockierung und Verwirrung ins Bewusstsein kam.

Es war in diesen Momenten des Horrors eine Offenbarung für mich, wenn sich Verwirrung und Blockierung gerade dadurch lösten, und sich das innere Chaos dann ein wenig zu ordnen begann, wenn der Th. nicht aktiv versuchte, daran etwas zu ändern, sondern mir dort zu begegnen versuchte, wo ich gerade war: Ich habe heute noch - nach 20 Jahren - diese Worte im Ohr, höre ihren Klang, sehe die Mimik und die gelassen und freundlich schauenden Augen dieses Menschen, wenn er sagte: "I see and I hear, that you are completely

blocked, confused, unable to move in any direction. I see that. And I'm here with you. And I'm here with you“.

Vielleicht kommt die Bedeutung dieser Mitteilung jetzt hier in diesem anderen Kontext der Vortragsform etwas gestelzt, oder gemacht, oder künstlich an. Doch vielleicht können Sie sich aus eigenen, ähnlichen Erfahrungen dazudenken und dazufühlen, was sie in einem Bezugsrahmen wie dem auf dem Hot-Seat bedeutete: In einem Moment höchster innerer Not, in der ich mich selbst schlimm und unfähig und als völliger Versager erlebe, dass ich als diplomierter, akademischer Psychologe, mit einigen Jahren therapeutischer Praxis und intensiven, jahrelangen Ausbildungserfahrungen, völlig ratlos und blockiert bin, nur noch ein scheinbar unentwirrbarer Klumpen quälenden Gefühls, mit 15 anderen GruppenteilnehmerInnen drumherum, von denen nicht wenige genervt, verärgert, gelangweilt sind...: In einer solchen inneren und äusseren Situation signalisiert mir ein Mensch mit grösster Selbstverständlichkeit und Glaubwürdigkeit: „Ich nehme sehr präzise und einführend auf, wie miserabel Du Dich jetzt fühlst, wie minderwertig Du Dich jetzt selbst einschätzt. Und so wie Du jetzt bist und wie Du dich fühlst und einschätzt, begegne ich Dir mit Achtung, bist Du OK für mich. Du erlebst, was Menschen in solchen Situationen eben manchmal erleben. Es gibt für mich keinen Anlass, unsere Beziehung in Frage zu stellen oder gar abzubrechen, ich sehe keinen Anlass, Dich dazu zu drängen anders zu sein, als Du jetzt bist. So wie Du jetzt bist bleibe ich da und begleite Dich weiter. Ob Du tiefe, starke Gefühle hast und ausdrückst oder ob diese Gefühle blockiert sind: das ändert nichts an meiner Zuwendung zu Dir.“

Ich glaube, dass eine solche unbedingte Akzeptanz von Abwehr von Erfahrungen für den KL. oder Gruppenteilnehmer einer der wichtigsten Prüfsteine für die Glaubwürdigkeit eines personenzentrierten Psychotherapeuten ist: In solchen Situationen erweist sich, ob der Therapeut das Konzept integriert hat und wirklich lebt, oder ob er es in bester Absicht als Konzept anwendet. Im einen Fall erlebt die KL., dass tatsächlich keine Bewertung und Wertung des Verhaltens und Erlebens stattfindet, im anderen Fall erlebt sie, dass sich einfach nur die Vorzeichen der Bewertungskriterien verändert haben. Aus der Sicht der KL. stellt sich die Frage so: Darf ich ganz sein wie ich bin, oder muss ich jetzt, um anerkannt zu werden, mich einfach umgekehrt wie früher verhalten: Wut fühlen und rauslassen, anstatt sie zu unterdrücken, Trauer fühlen und ausdrücken, statt sie abzuwürgen, Angst mitteilen, statt sie zu verleugnen, Freude laut und kraftvoll ausdrücken, statt ernst zu bleiben?

Ich glaube, dass genau darin ein wesentlicher Teil der Kraft des PCA steckt und auch ein Teil der Kunst, ihn umzusetzen: die Fähigkeit der Th. zu und ihre Verpflichtung auf unbedingte positive Wertschätzung der Person des KL. auch dann, wenn der sich zum Zeitpunkt X nicht auf das Ergebnis einer erfolgreichen Therapie hinbe-

wegt: auf das Zulassen von bisher abgewehrten Erfahrungen, auf Wachstum also. Der Mensch, der blockiert sein darf, der nicht zur Bewegung gedrängt oder manipuliert wird, beginnt sich zu bewegen. Der Mensch, der abwehren darf, ohne die Zuwendung und Akzeptanz des Gegenüber zu verlieren, beginnt die Abwehr zu lockern.<sup>5</sup>

Wer diese Erfahrung macht, gewinnt an Vertrauen in sich selbst, in die Weisheit des Organismus, in die Fähigkeit zur Selbststeuerung, er bewegt sich hin auf „das Selbst, das er in Wahrheit ist“<sup>6</sup>, er entwickelt sich in Richtung auf die Fully Functioning Person<sup>7</sup> hin (freilich mit dem Wissen und dem Akzeptieren, dass diese Person ein unerreichbares Ideal-Ziel ist).

Darin liegt - so meine ich - ein wesentlicher Aspekt von dem, was Rogers die „Personal Power“<sup>8</sup> nannte.

Ich will nun zum zweiten Aspekt kommen, den ich für die Verdeutlichung der Power aus dem PCA gewählt habe:

## Power aus dem Gewahrsein

Ich habe diese Kraftquelle des PCA aus mehreren Gründen gewählt: Es ist eine starke Quelle von Kraft. Es ist eine in gewissem Sinn sehr einfache Quelle. Sie wird m.E. oft auch übersehen, weil sie vielen gar zu selbstverständlich oder banal erscheint. Und schliesslich habe ich das Gewahrsein gewählt, weil sich daran auch die Problematik und Chance des Einsatzes von speziellen Methoden und Techniken diskutieren lässt.

Wenn im Zusammenhang mit der personenzentrierten Haltung die Kongruenz der Th. beschrieben wird, so zentriert diese Beschreibung meist auf den Aspekt der Echtheit im Sinne von Verzicht auf das fachmännische und fachfrauliche Gehabe, zielt auf Transparenz der Th. als Person, die es dem KL. möglich machen soll, die Th. ohne Maske, Schutzschild, Panzerung mit ihren tatsächlichen Gefühlen und Gedanken zu sehen.

Selten - und wenn, dann eher beiläufig - wird dabei die implizite Voraussetzung für diese Transparenz der Th. benannt, ausgeführt und in ihrer grundlegenden Bedeutung betont: wer nach aussen transparent sein will, muss in sich selbst und für sich selbst transparent sein. Er muss einen - ich sage Ihnen damit natürlich nichts Neues - relativ freien Zugang zu seiner Gefühls- und Gedankenwelt haben, sollte viele der wichtigen menschlichen Erfahrungen auch ins Bewusstsein kommen lassen können. Kurz: er sollte in hohem Masse als Person kongruent sein.

Nur in so weit er Gedanken, Gefühle, Impulse, Phantasien in sich selbst unverstellt und offen wahrnehmen kann, können sie auch in konstruktiver Weise kommunizierbar und sichtbar werden für den KL.

Wann immer das gelingt oder sich ereignet, wird auch Personal Power erfahren: der Th. erlebt sie in sich und seine Kraft kann die des Kl. berühren.

Lassen Sie mich nun zunächst wieder meine persönlichen Erfahrungen schildern, in denen ich im Gewahrsein die gemeinte Kraft meines Organismus erfahre.

Gewahrsein erlebe ich dann am stärksten und eindrucksvollsten, wenn ich gewissermassen ganz und widerstandslos in den Bewusstseinsstrom eingetaucht bin und diesen Fluss für einen Moment oder ein paar mehr nicht zu kanalisieren versuche.

Diese Art des Gewahrsein, der awareness, der Bewusstheit, ist ein sehr fragiler und für mich sehr seltener Bewusstseinszustand. Eine Art Gesammelt-Sein, ein intensives, sehr feines Bemühen, etwas innerlich Sich-Ereignendes nicht zu stören, nicht voranzutreiben, nicht intellektuell zu fixieren, sondern es einfach nur sich entwickeln lassen. Ein Versuch zu SEIN, ohne etwas zu MACHEN. Das braucht eine bestimmte Art sehr hoher Konzentration. Eine Konzentration, die anders ist als die, die ich brauche, um eine Schraube ohne Abrutschen einzudrehen oder um auf der Tastatur des Computers möglichst wenig daneben zu klopfen. Ein konzentriertes nach innen Horchen und Schauen und Mitgehen mit dem, was da in mir geschieht, ohne zu intervenieren. Gelingt das nur für ein paar Sekunden, so erlebe ich eine Kraft, eine Ruhe, eine Klarheit von ganz eigener Art. Ich habe dann wie sonst selten den Eindruck: Da geht's lang! So bist Du richtig!

Solche Momente erlebe ich - wie gesagt - selten. Damit sie eintreten, müssen sehr viele günstige Bedingungen zusammenkommen. Etwas häufiger erlebe ich ein ausgeprägtes Mass an Gewahrsein in konkreten, auch nach aussen gerichteten Handlungen:

- zum Beispiel dann, wenn ich unsere Küche aufräume und plötzlich ganz und gar bei dieser Tätigkeit bin, völlig darin «aufgehe», wie dieses Wort so treffend sagt - wenn ich also aufgehe für meine Erfahrung im Hier und Jetzt. Dann habe ich den Eindruck, ich bin ganz in dem Tempo, dem Rhythmus, dem Bewegungsablauf, der sowohl Ausdruck meiner Person ist, als auch im Einklang mit den äusseren Umständen steht. Charakteristisch für dieses Erleben ist auch der damit verknüpfte Gedanke: Das kann doch nicht sein, dass ich dieses klare, einfache, starke, unzweifelhaft „richtige“ Erleben und Verhalten jemals wieder verlasse, verliere, vergesse! Nach 30 Sekunden oder zwei Minuten ist genau das aber passiert.

*Ähnliches erlebe ich manchmal,*

- Wenn ich meiner etwas eingeknickten Körperhaltung gewahr werde und sie sich aus diesem Gewahrsein heraus von selbst verändert, ich mich aufrichte.
- Wenn ich wahrnehme, wie ich meinen Atem aktiv schiebe und ziehe und sich meine Haltung durch dieser Aufmerksamkeit in

Richtung „Fliesen-Lassen“ des Atems verändert.

- Wenn ich realisiere, dass meine Augen starren oder fixieren und nur das Überlebens-Notwendige aufnehmen und durch dieses Realisieren die Augen anfangen zu wandern und die Welt anders, lebendiger, vollständiger und mit Gefühlsbeteiligung wahrzunehmen.
- Awareness/Gewahrsein erlebe ich auch ganz direkt als therapeutisches Agens: wenn ich in einer Not bin, zum Beispiel einer Angst, einer Verzweiflung, in einem depressiven Erleben, und es gelingt mir, einmal wegzukommen von den bedrückenden Katastrophenerwartungen und ich den Strahl meines Bewusstseins auf die innere Erfahrung im Hier und Jetzt richten kann, dann verändert sich etwas: Mein Erleben und meine Gedanken werden realistischer. Indem ich etwa meine Aufmerksamkeit auf den Brustraum zentriere und spüre, wie eng und dumpf oder wie wund und verletztlich es sich dort anfühlt, rücken die bedrängenden Gedanken und Phantasien an die rechte Stelle, verlieren ihren dominanten, bestimmenden Charakter. Ich nehme wieder die ganze Seelenrealität wahr und nicht nur einen Ausschnitt daraus. Und indem das passiert, ordnet mein Organismus gewissermassen ganz von selbst die vielen Aspekte der Realität auf eine sinnvolle, konstruktive Art.

Und so weiter: ich glaube, Sie wissen nun, von welchen Erfahrungen ich spreche - wir könnten vermutlich jetzt 1000 persönliche Beispiele für Gewahrsein sammeln.

In solchen Momenten entsteht in mir auch eine ganz bestimmte, charakteristische Stimmung, in der ich auch eine Kraft in mir erlebe, die ich als einfach, unmittelbar, aus der Tiefe kommend beschreiben könnte. Sie gehört ganz selbstverständlich zu mir und meinem Organismus, sie ist einfach da ohne Anstrengung, steht zur Verfügung für alle meine Handlungen, die der berufliche oder persönliche Alltag für mich mitbringt. Aus dieser Kraft heraus kann ich der Welt und mir selbst aufrechter, klarerer, selbstverständlicher als «ich selbst» gegenüberreten. Mut, Bereitschaft, Fähigkeit zum Wachsen und Mich-Erhalten ist ohne eine Leistung meinerseits einfach vorhanden. Ich fühle mich in der Nähe des „Selbst, das ich in Wahrheit bin“. Es ist, als würde der theoretische Begriff der Aktualisierungstendenz in solchen Momenten erlebt, mit Erfahrung gefüllt. Die Erfahrung ist - so glaube ich - die, die Rogers „Personal Power“ genannt hat. <sup>9</sup>

Erlebe ich sie in mir, erhöht sich die Chance, dass auch mein Kl. sie in sich erleben kann.

## **Gewahrsein: Keine natürliche Wunderdroge**

Das alles klingt schön und einfach und es ist schön und einfach. Leider folgt - wie wir alle wissen - nun das ABER.

Das ABER kommt aus der erfahrenen Alltagsrealität und es wurde eingangs schon erwähnt: Ich kann solche Erfahrungen nicht per Tastendruck abrufen wie ein einmal installiertes Computerprogramm - und schon gar nicht kann ich per Tastenbefehl bestimmen, dass diese Erfahrung nun für die nächsten fünf Stunden in meinem Bewusstsein und damit verfügbar bleiben soll. Nein, ich kann nur eines tun: die äusseren und inneren Bedingungen konstant verbessern, unter denen diese Erfahrung möglich wird - mit dem Wissen, dass auch beste Bedingungen keine Gewähr dafür sind, dass sie tatsächlich häufig eintritt. Und das Schaffen solcher Bedingungen ist harte Seelenarbeit für mich - eine Arbeit, die ich allzu oft nicht in der Lage bin zu leisten. Warum? Ich glaube es hängt damit zusammen, dass ich die kraftvolle Erfahrung des völligen Gewährseins immer wieder «vergesse». Offenbar wirken Abwehrmechanismen, die über weite Strecken mächtiger sind als das Drängen dieser inneren Kraft, ins Bewusstsein zu kommen.

Was aber kann ich tun, die Abwehrmechanismen abzubauen und die inneren und äusseren Bedingungen zu verbessern, die das Gewährsein mit seiner Kraft ermöglichen? Die Antwort ist einfach: ich übe mich darin, ehrlicher gesagt: ich bemühe mich darum, mich zu üben. Und für dieses Üben nutze ich Techniken aus verschiedensten Bereichen der Arbeit mit Menschen. Augenübungen, bioenergetische Praktiken, Formen der Meditation, gestalttherapeutische Techniken, Vorgehensweisen des Focusing, Erfahrungen aus der Atemtherapie und aus dem Rolfing. Kurz: ich nutze, was ich kennengelernt und für mich und meinen Weg für gut und hilfreich befunden habe.

Und selbstverständlich biete ich meinen Kl. diese Möglichkeiten auch an, wenn sie mir sinnvoll erscheinen, die Selbstexploration zu unterstützen. (Um einem Missverständnis vorzubeugen: aus der relativ langen Liste meiner Quelle von Hilfsmitteln ergibt sich nicht, dass 90% meiner Arbeit aus Anwendung von benannten Techniken besteht. Das Verhältnis ist umgekehrt.)

## Das Berühren von Personal Power und der Gebrauch von Techniken

Ist der Gebrauch solcher Möglichkeiten noch personenzentrierter Umgang mit mir oder anderen? Stören Techniken nicht den freien Fluss der Selbstentfaltung, den sich frei und aus dem Organismus heraus entfaltenden Prozess? Ist das mit den Grundgedanken von Rogers kompatibel? Ich behaupte: Ja, das ist mit dem klientenzentrierten Ansatz vereinbar. Das möchte ich nun zum Schluss meines Vortrages erläutern und begründen. Dazu muss ich etwas ausholen.

Das Agens unseres therapeutischen Handelns - die personenzentrierte Haltung - braucht eine Ausdrucksform. Personenzentrierte Haltung berührt Power, indem sie ausgedrückt wird: bewusst oder unbewusst, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, kraftvoll-direkt oder subtil.<sup>10</sup>

Die Art und Form des Ausdrucks aber ist von Person zu Person, von Therapeut zu Therapeut und je nach Klientin und Situation selbstverständlich verschieden - sie kann nicht für alle Menschen die gleiche sein. Ich halte es für ein grundlegendes Missverstehen des Ansatzes von Carl Rogers, wenn man das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“, das Mitteilen des Verstandenen oder das „Reflektieren von Gefühlen“, wie es Rogers anfangs genannt hat, als einzig erlaubte bewusste Ausdrucksform von personenzentrierter Haltung festschreiben wollte.

Rogers' individuelle Ausdrucksform waren seine klaren, einfachen, verstehenden und akzeptierenden Worte, getragen von seiner Präsenz und seinem zuverlässigen, ruhigen Da-Sein. Das legt niemanden darauf fest, sich darum zu bemühen, nur diese Ausdrucksform von personenzentrierter Haltung zu nutzen. Im Gegenteil: Gerade hier muss jede/r seinen/ihren eigenen Weg finden, wenn er/sie den rogerianischen Grundgedanken umsetzen will. Der Versuch, unseren Therapiegründer hierin zu imitieren, schafft Inkongruenzen beim Therapeuten und der Therapeutin.

Stellen Sie sich einmal vor, Sie würden auf die Techniken, die Sie nun einmal sehr hilfreich und fruchtbar an sich selbst erfahren haben, verzichten, weil ein Konzept Ihnen diesen Verzicht angeblich vorschreibt. Wieviel Inkongruenz entsteht da in Ihnen und wie weit würden Sie sich von dem rogerianischen Leitgedanken entfernen, dass unsere eigene Erfahrung die höchste Autorität sein sollte und nicht die Theorien, Techniken oder Erfahrungen von anderen!

Des weiteren gebe ich zu bedenken, um meine Auffassung zu Techniken zu untermauern: wie können wir gegen therapeutische Techniken sein, wenn Rogers selbst solche nutzte? Das „Reflektieren von Gefühlen“ hat er selbst explizit als eine von ihm entwickelte Technik bezeichnet.<sup>11</sup> Und daneben verwendet er zahlreiche andere Techniken - freilich ohne sie als solche zu bezeichnen und auszuarbeiten. Hier einige Beispiele:

- Wenn er z.B. den Wunsch von Gloria<sup>12</sup> nach einem konkreten Rat zunächst nicht direkt aufnimmt, so könnte man dies durchaus als eine Technik bezeichnen, etwa: „Technik des Zurückwerfens auf sich selbst“.
- Als er dieselbe Klientin nach ihrem dritten Anlauf auf einen Ratsschlag fragt: „Was würden Sie am liebsten von mir hören?“ könnte man von der „Technik der Aktivierung eigener Lösungsmöglichkeiten“ sprechen.
- Sehr häufig arbeitet Rogers auch mit einer Gesprächsintervention, die man „Technik der Gegenüberstellung von Erfahrung und Selbstkonzept“ nennen könnte, z.B.: „Einerseits wünschen Sie sich...aber etwas hält Sie ab, das auch zu tun.“
- Oder es gibt ein Vorgehen, das man „Technik der Bekräftigung authentischer Wünsche und Erfahrungen“ nennen könnte. „Sie haben ein Ziel im Leben. Sie haben etwas, das Sie wirklich tun wollen“ sagt er in dem Interview mit Jan.<sup>13</sup>

- Oder denken Sie an das Vorgehen, das er in Encountergruppen beschreibt: Wenn sich TeilnehmerInnen paarweise zusammensetzen und sich gegenseitig sagen, was der/die Andere wirklich fühlt und denkt, dann ist das eine Gruppentechnik (und zwar eine, die eine massive Einflussnahme auf den Gruppenprozess und die einzelne Person bedeutet!).

Die Techniken, die Rogers verwendet, bezeichnet er wohl deshalb nicht als Techniken, weil sie ja in der Regel nicht mehr sind als eine kurze Interventionsabfolge und keine therapeutische Technik im dem Sinn, dass der KL. für 5 oder 30 Minuten den Anweisungen des Th. folgt. Vermutlich hat Rogers aber auch bewusst vermieden, sein Eingehen und Reagieren auf seine KL. in einzelne Techniken aufzuschlüsseln, weil er die Gefahr einer solchen Explizierung und Formalisierung für die Ausbildung von PsychotherapeutInnen und anderen höher einschätzte als den Nutzen.

Für mich ist es also keine Frage, ob wir im PCA Techniken anwenden - ich meine, wir tun es alle, sondern wie wir sie anwenden.

Entscheidend für den heilsamen, wachstumsfördernden Effekt einer Technik ist die Haltung, aus der heraus sie dem KL. angeboten wird. Ist diese Haltung personenzentriert, wirkt auch die Technik und kann Power berühren. Ist die Haltung nicht personenzentriert, nutzt eine Technik nicht oder schadet. Das gilt für Techniken des personenzentrierten Ansatzes genauso wie für Techniken anderer Therapieformen.

Was heisst personenzentriert in diesem Zusammenhang konkret? Ich stelle mir beim Arbeiten mit Techniken u.a. folgende Fragen, um ihre Verträglichkeit mit personenzentriertem Handeln zu prüfen:<sup>4</sup>

- Fügt sich meine Technik in den Bezugsrahmen des KL. ein oder entspringt sie eher meinem Bezugsrahmen, entspringt ihre Anwendung also einer theoretischen Schlussfolgerung und Erwartung?
- Biete ich die Technik an, weil ich der KL. aus meinem empathischen Verstehen ihres Bezugsrahmens heraus eine Möglichkeit zur Vertiefung und Erweiterung ihrer Selbstexploration bieten will, oder greife ich zur Technik, weil ich ratlos bin, nicht verstehe, weil ich die Technik kürzlich kennengelernt habe und sie doch bei den Demonstrationen so hervorragend funktionierte, weil laut Lehrbuch von XY bei der Symptomatik meines KL. genau diese Technik bestens geeignet ist?
- Mache ich der KL. tatsächlich einen Vorschlag, nun einmal dies oder jenes zu tun oder auszuprobieren oder gebe ich eher einen Auftrag, untermauert von meiner fachmännischen Autorität?
- Bleibt meine Akzeptanz für den KL. und mein kongruenter Kontakt zu ihm auch dann ungebrochen, wenn er mein Angebot ablehnt oder bin ich gekränkt, verletzt, irritiert, abgelenkt nach einer solchen Absage?
- Bin ich während der Durchführung der Technik mit der Person meiner KL. in Kontakt oder bin ich mehr damit beschäftigt, die technischen Abläufe präzise anzuleiten?
- Passe ich die Technik flexibel meinem KL. an oder führe ich sie nach Lehrbuch durch und versuche, den KL. der Technik anzupassen?
- Werte ich innerlich die Art und Weise, wie der KL. eine Technik aufnimmt und wie sie bei ihm wirkt? Bleibt meine Haltung weiterhin zugewandt, wertschätzend, verstehend, wenn er vielleicht unbeholfen durch die technischen Abläufe stolpert oder widerspenstig ist und nichts von dem gewünschten oder erwarteten Ergebnis sich einstellt oder werde ich gereizt, enttäuscht, ratlos?

Ich glaube, diese - und andere - Kontrollfragen machen sehr deutlich: die verantwortungsbewusste Anwendung von Techniken fordert ein hohes Mass von Klarheit des Th. über seine eigenen Gefühle, Gedanken, Impulse, und über seine Wahrnehmungen vom KL.: also ein hohes Mass an Kongruenz. Sie fordert ebenso ein hohes Mass an Empathie und Wertschätzung für den KL. Und dieses Mass an personenzentrierter Haltung muss um so höher sein, je komplexer und komplizierter eine Technik ist, je mehr Zeit und Raum sie einnimmt, je gravierender die Ergebnisse ihrer Anwendung sein können.

Nun höre ich im Streitgespräch mit KollegInnen anderer Orientierung über die Notwendigkeit solcher Grundlagen und Haltungen bei der Anwendung von Techniken häufig: Über die müssen wir gar nicht reden! Die sind für uns genauso selbstverständlich wie für Euch „Gtler“! Und dann gehen die KollegInnen - und nicht selten auch klientenzentrierte - ganz schnell zur Tagesordnung über, sprich: zum Reden und Forschen über die Technik und ihre Anwendung und zum Praktizieren und Lehren der Technik. Und damit werden m.E. zu oft die Prioritäten in der Arbeit mit Menschen, auch in der Arbeit mit AusbildungsteilnehmerInnen und in der Arbeit mit sich selbst, falsch gesetzt: das Grundlegende, Unverzichtbare wird als genügend vorhanden vorausgesetzt und verliert dadurch - meist ungewollt - seinen Stellenwert als „Immer-Wieder-Neu-Einzunehmender“ Ausgangspunkt therapeutischer Tätigkeit.

Auf diese Weise wird auch die beste Technik allzu leicht auf zu schwachem Fundament errichtet oder die Technik wird Umweg statt direkter Weg zu einem Entwicklungsschritt.

Und genau hierin liegt wieder Power des personenzentrierten Ansatzes bzw. ein wesentlicher Anteil dieser Power: Das Selbstverständliche, das Grundlegende in der Therapie und Beratung - nämlich die Kontaktaufnahme von Person zu Person - steht wieder und wieder im Mittelpunkt, ist Ausgangs- und Endpunkt, ist Dreh- und Angelpunkt. Und das bedeutet für einen KL.: mein Erleben, mein Bezugsrahmen, meine Sicht der Welt ist hier in dieser zwischenmenschlichen Beziehung der rote Faden. Dadurch muss er

keine Kräfte verschwenden zum Rechtfertigen, Erklären, Verteidigen, zum Bewahren eines eigenen Standpunktes. Die Kraft wird frei für die Suche nach dem eigenen Weg und je mehr der im Gestrüpp von Gebots- und Verbotsschildern sichtbar und begehbar wird und begangen wird, um so mehr Personal Power entfaltet sich.

## Zusammengefasst:

Jeder Schritt weg vom KL ist eine verpasste Chance. Jeder Einsatz einer Technik beinhaltet das Risiko, sich vom KL wegzubewegen. Unter anderem deshalb hat Rogers keine Techniken ausgearbeitet und benannt, weil durch solche dieses Risiko erhöht wird. Seine Techniken sind - ich erfinde einen Namen - „Ein-Schritt-Interventionen“. Damit meine ich: Die Th. macht einen Schritt und wartet dann auf die Zustimmung des KL., ob er dieser Schrittrichtung und -länge folgen will. Es sind zudem Techniken, die nicht durch einen Therapiegründer autorisiert und abgesegnet sind. Jeder Th. muss sie gewissermaßen in jeder Situation wieder neu erfinden, seinem KL anpassen und selbst die Verantwortung für ihren Einsatz übernehmen.

Die KL. durchläuft durch diese Art des Gebrauchs von Techniken einen Lernprozess, der sie in ihrem Vertrauen in sich und ihre Fähigkeiten stärkt. Sie lernt unablässig das immer präzisere Wahrnehmen ihrer Innenwelt und der Aussenwelt und die Integration dieser beiden Welten hin zu einem für sie selbst und andere konstruktiven Verhalten und zu einem befriedigenden Selbst-Erleben.

## Schluß

Ich komme zum Schluss und möchte versuchen, meine Überlegungen zur Power des PCA noch einmal auf den Punkt zu bringen. Wieder greife ich dazu auf meine eigene Erfahrung zurück.

Was mit der Kraft der Person gemeint ist, habe ich bei TherapeutInnen verschiedener Richtungen kennengelernt: dem erwähnten Bioenergetiker, einer unorthodoxen Psychoanalytikerin und einem klassischen, feinfühligem Gestalttherapeuten. Bei Carl Rogers - in seinen Büchern und in seinen Video-Gesprächen - habe ich mein kognitives und emotionales Verständnis dafür gefunden, wodurch diese TherapeutInnen unterschiedlicher Herkunft in mir - und in vielen GruppenkollegInnen - Power berührt haben: durch das, was Rogers die personenzentrierte Haltung genannt hat.

Die unterschiedlichen theoretischen Ausgangspunkte und das unterschiedliche technische Repertoire dieser Lehrer/in hatten in ihrer Wirkung eher nebensächliche Bedeutung für mich: ich betrachte ihre Techniken und ihre Theorien, mit denen sie arbeiteten, als die individuelle Art, in der jede/r von ihnen in kongruenter Weise empathisches Verstehen und akzeptierendes Wertschätzen meiner Person

zum Ausdruck brachten und Angebote für meine Selbstexploration und mein Wachstum machten.

So behaupte ich also gerade aufgrund dieser personenzentrierten Erfahrung mit KollegInnen anderer therapeutischer Orientierung: die Kraft des PCA liegt darin, dass er von seinem Grundverständnis her in Theorie, Praxis und Ausbildung das Wesentliche und Entscheidende für die therapeutische Arbeit mit Menschen auf den Punkt bringt, diesen Punkt konsequent und radikal zum Dreh- und Angelpunkt jeder Interaktion zwischen KL. und Th. macht und jede therapeutische Technik, jede Theorie und jedes statistisch-empirische Untersuchungsergebnis in ihrer Bedeutung für die konkrete therapeutische Situation und therapeutische Beziehung immer wieder an diesem Punkt misst, prüft, relativiert.

Der KL., der auf diese Weise erfährt, dass er als Person, und nicht als Symptomträger, im Mittelpunkt aller Aktionen der Th. steht, hat die Chance, seine Bedeutung und seine Kraft als eigenständiges - im menschen-möglichen Masse autonomes - Individuum zu entdecken und zu entfalten und leidvolle, krankmachende Blockierungen dieser Kraft und des persönlichen Wachstums aufzulösen.

Damit möchte ich schliessen und freue mich auf Kommentare, Kritik, Diskussion und vielleicht auch auf eigene Erfahrungen von Ihnen.

## Nachtrag:

Die Diskussion nach dem Vortrag in Linz hat mich zum Präzisieren, Korrigieren und Ergänzen meiner Gedanken angeregt. Da Ergebnis möchte ich an dieser Stelle einfügen.

- Die innere Kraft, die durch personenzentrierte Haltung berührt wird, sehe ich nicht als solche immer positiv und angenehm, sie drängt auch keineswegs immer zu tatkräftiger Handlung. Sie kann durchaus verbunden sein mit negativen, unangenehmen, schmerzlichen Erfahrungen und sie kann mich auch zum Nicht-Aktiv-Sein hinführen.

Power taucht dann in meinem Bewusstsein auf, wenn ich das, was ist, sei es positiv oder negativ, erfreulich oder bedrohlich, unverstellt wahrnehme und akzeptiere, wie es ist, und danach handele. Wenn ich also zum Beispiel erschöpft und müde bin und mich dem Bedürfnis nach Ruhe ganz hingeebe, dann kann dieses Wahrnehmen, Annehmen und entsprechende Handeln ebenfalls mit der Erfahrung von Power verbunden sein.

- Es entstand aus meiner Darstellung offenbar auch der Eindruck, ich betrachte die Aktualisierungstendenz als eine Kraft, die von ihrem Wesen her oder per definitionem nur Positives, Konstruktives, „Gutes“ hervorbringt.

Das stimmt insofern, als ich mit Rogers die Richtung der Aktualisierungstendenz als konstruktiv, vorwärtsgerichtet, rational,

sozial betrachte. Ich sehe den Menschen nicht als ein Wesen, das primär von Trieben bestimmt wird, die auf rasche und totale Entladung drängen ohne Rücksicht auf andere und anderes, und die folglich gebändigt werden müssen. Und ich teile auch nicht das Bild vom Menschen als ein weisses Blatt, auf das allein die Umwelt schreibt, wie das Leben des Individuums verlaufen wird. Vielmehr ist meine Überzeugung: Dem Organismus ist eine Entwicklungsrichtung angeboren, die auf die Entfaltung der inneren Potentiale ausgerichtet ist, und die auch gegen alle Einflüsse aus der Umwelt wirksam bleibt. Und dieser innere Kompass zielt auch nicht auf Bedrohung, Schädigung, Vernichtung Anderer oder des Selbst.

Daraus schliesse ich aber nicht, dass Grausamkeit, Folter, Mord und andere destruktive Aggressivität von ausserhalb der Aktualisierungstendenz kommen. Auch solche Handlungen und Impulse werden aus ihr gespeist - doch von einer Aktualisierungstendenz, die partiell und massiv blockiert und eingeschränkt ist.

Im Gespräch nach dem Vortrag wurde als Beispiel der Jugendliche erwähnt, der seine Fähigkeit zur Befriedigung von Bedürfnissen aktualisiert, indem er klaut und betrügt, oder der seine Fähigkeiten zur Menschenbeeinflussung entwickelt, indem er Bandenchef wird und seine Leute knechtet oder der seine körperliche Kraft und Geschicklichkeit in brutalen Schlägereien entfaltet. Dieser Jugendliche handelt in meinem Verständnis zweifellos aus der Aktualisierungstendenz heraus. Aber: In ihm haben sich Bedürfnisse wie die nach Zärtlichkeit, Wärme, Nähe, Begegnung oder empathischem Mitschwingen mit anderen Menschen nicht entfalten, ausdrücken und befriedigen können. Allgemein gesagt: Bei diesem Jugendlichen sind wichtige Aspekte der Aktualisierungstendenz massiv blockiert und die Folge ist selbst- und fremdschädigend.

- Es wurde darauf hingewiesen, dass ich im Zusammenhang mit der „Power aus dem Gewahrsein“ im wesentlichen Erfahrungen aus dem Focusing-Prozess beschrieben habe. Warum, so wurde gefragt, habe ich ihn nicht auch so benannt?

Ich gebrauche die Begriffe von Gendlin<sup>15</sup> deshalb selten und arbeite weniger mit seinem Handlungsmodell, weil ich beim Lesen seiner Beschreibung des Focusing realisierte, dass mir sein Denken bereits aus anderen Zusammenhängen in etwas anderen Begriffen und Bildern sehr vertraut war. Die Erfah-

rungen, die im Focusing beschrieben werden, sind sehr ähnlichen, die ich in der Gestalttherapie erlebt habe, wenn ich dem „Continuum of Awareness“ folgte. In der Körpertherapie-Ausbildung wurden die Erfahrungen beim „Tracking-Process“ gemacht und bei Karlfried Graf Dürckheim erkannte ich die Focusing-Erfahrungen wieder in dem Bemühen um „Schauende Wachheit“<sup>16</sup> in der „Übung auf dem Weg“.

Wenn ich also Gendlins Focusing nicht ausführlich erwähnt habe, ist dies nicht Ausdruck von Skepsis oder Ablehnung, sondern von meiner Therapeuten-Biographie, die mir das Erfahren von Rogers' „Personal Power“ zunächst nicht auf Gendlins Weg, sondern auf anderen, ähnlichen Wegen ermöglichte.

#### Anmerkungen:

- 1 vgl. Gutberlet, M. (1986). Power des personenzentrierten Zugangs zum Menschen. In: Brennpunkt 27, 1986, 4-19
- 2 Rogers, C. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG.
- 3 Rogers, C. (1979). Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta
- 4 Alpert, St. : Workshops in „Körperorientierter Gestalttherapie“ (BRD und USA, 1979-1986)
- 5 vgl. 3 Kapitel II
- 6 vgl. 3 Kapitel IV
- 7 vgl. 2 Kapitel III
- 8 Rogers, C. (1985) Die Kraft des Guten. Frankfurt am Main: Fischer
- 9 vgl. 2 S. 21f und vgl. 8 Kapitel 11
- 10 vgl. Gutberlet, M. (1997). Die personenzentrierte Haltung und ihre Ausdrucksformen. In: Brennpunkt 71, 1997, 41-43
- 11 Rogers, C., Schmid, P. (1991). Person-zentriert. Mainz: Grünwald
- 12 Three Approaches to Psychotherapy (1965): Rogers im Interview mit Gloria. Psychological Films
- 13 vgl. 11 S. 243ff
- 14 vgl. Gutberlet, M. (1995). Die Integration von anderen Therapiemethoden in die Gesprächspsychotherapie. In: Brennpunkt 65, 1995, 17-21.
- 15 Gendlin, E. (1981). Focusing. Salzburg: O.Müller
- 16 Dürckheim, K. (1968). Wann ist Mensch in seiner Mitte? Vortrag auf Tonband-Cassette. München: Edition Neptun 1986

#### Biographie:

*Michael Gutberlet. 1947, Diplom-Psychologe, Gesprächspsychotherapeut, Ausbilder für Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapeut, Verhaltenstherapeut, Supervisor.*

*Adresse: Birmensdorferstr. 285 CH-8055 Zürich*

Edwin Kahn

# The Intersubjective Perspective and the Client Centered Approach: Are They One at Their Core?

*I wish to acknowledge my gratitude to Barbara T. Brodley and Nathaniel J. Raskin for their helpful comments on this article.*

## Abstract

*This article reviews the change from a oneperson to a twoperson psychology in psychoanalysis. In particular, Robert Stolorow's intersubjectivity theory is presented and then contrasted with the clientcentered approach to therapy. It is concluded that contemporary clientcentered therapy is a twoperson psychology, and that welltrained clientcentered therapists do reflect on their own subjectivity and how it influences the client. With their important similarities it seems that the clientcentered and self psychology approaches are one at their core. Self psychology has more elaborate theorizing about the therapy process, while the clientcentered approach is interested in applying its principles outside of therapy so that people can live more constructively.*

**Keywords:** intersubjectivity theory, self psychology, therapy process, two person psychology.

For some time now there has been considerable interest in comparing Carl Rogers's clientcentered therapy with Heinz Kohut's self psychology (Bohart, 1991; Kahn, 1985, 1989a, 1989b; Stolorow, 1976; Tobin, 1990, 1991). Recently in the psychoanalytic literature there has been, what has been called, a paradigmatic shift from a oneperson psychology (with its emphasis on the psychology of the patient) to a twoperson psychology (how the psychological makeup of both the patient and the therapist mutually influence each other) (Aron, 1990; Ghent, 1989). Some of the new developments in infant research (e.g. the work of Daniel Stern [1985] and Beatrice Beebe [1985]) have contributed considerably to this shift in emphasis. An important example of the twoperson approach is the work of Robert Stolorow and his colleagues who have developed an intersubjective approach (see, for example, Stolorow, Atwood, & Brandchaft, 1994a; Stolorow & Atwood, 1992). Intersubjectivity theory goes a step beyond Kohut's work by emphasizing the reciprocal interplay between the subjectivity of the patient and the subjectivity of the therapist. A primary focus of interest in Stolorow's work is how the therapist organizes his or her experiences and the impact of that organization on the subjectivity of the patient. Stolorow has said that it is the formation of new organizing principles within an intersubjective system that constitutes the essence of developmental change throughout the life cycle.

In this paper I will first summarize the oneperson perspective that began with Freud, and was a product the objectifying tradition

of medical science in that era, and contrast it with the newer twoperson perspective. I will also note some of the infant research that supports this shift in emphasis. I will then describe some of Kohut's work, and contrast it with Stolorow's more recent ideas. I will mention how Kohut (1959) brought about a major shift in psychoanalysis by defining it as the science of mental life, and then showing that mental life is accessible by only two methods, empathy and introspection. This shift was a crucial advance, since with mental life as its subjectmatter, psychoanalysts could no longer define healthy functioning as a conformity to some objective reality. By placing objective reality outside the domain of psychoanalysis, Kohut was influential in bringing about a change from the oneperson to a twoperson psychology. I would like to stress that Kohut never denied the vital therapeutic function of empathy, as some clientcentered people, including Rogers (1986b), claimed; however, a primary concern of his was to correct some of the abuses in traditional psychoanalysis, with its hidden moral and educational goals for the patient (Kohut, 1982, p. 399).

Next, I will discuss the topic of the therapist's subjectivity, or what psychoanalysts have traditionally called countertransference. Stolorow and his coworkers have been interested in how the subjectivity of the therapist influences the subjectivity of the patient. For example, Stolorow & Atwood (1992, pp. 103122) describe intriguing examples of therapeutic stalemates and their resolution which illu-

strate how the subjectivity of the therapist can importantly affect the experiences of the patient.

In light of Stolorow's recent contributions to self psychology I will pose and, at the end of the paper, attempt to answer several questions regarding clientcentered therapy. The answers to these questions will indicate the extent to which clientcentered therapy, at its core, is similar to self psychology. These questions are:

- 1 Is clientcentered therapy a oneperson psychology, focusing primarily on the psychology of the client, or is it a twoperson, relational psychology, where the frame of reference of the therapist is considered? Is the relational aspect an important feature of the clientcentered approach?
- 2 In the clientcentered approach is the nature of the subjectivity of the therapist, that is, how the therapist organizes his or her world, sufficiently reflected upon and illuminated? In other words, do clientcentered therapists become reflectively aware of how they may inadvertently influence their clients because of their own unique histories?
- 3 Psychoanalysts have been concerned that their own subjective truths, particularly those that derive from their theories (e.g. drives and defenses against those drives), can inadvertently influence their perception of their patients. Does the clientcentered approach, too, have a theory, such as the actualizing tendency, that can color how the therapist sees the client? Or is it the very nature of clientcentered theory that it tries its best to avoid harboring any preconceptions about what a client is experiencing? Is the avoidance of any preconceptions about a client's experience one of the most important contributions of Rogers and his associates?
- 4 Another topic for discussion is the different therapeutic methods for Stolorow and Rogers; for example, Stolorow desires to make an active "empathic inquiry" into the subjective life of the patient so as to bring to reflective awareness how the patient organizes his or her experiences, while Rogers (1986a, pp. 207208; Bohart, 1991, p. 41) would just want to be a companion to the client as the client makes choices and decisions, as he or she wishes.

Before going further I would like to distinguish between clientcentered therapy and the personcentered approach. The personcentered approach seeks to apply the hypotheses that Rogers derived as a clientcentered therapist to broader areas outside of therapy, such as international relations, education, and family relations. The central hypothesis that both clientcentered therapy and the personcentered approach share is that "persons have within themselves vast resources for selfunderstanding and for constructive changes in ways of being and behaving and that these resources can best be released and realized in a relationship with certain definable quali-

ties" (Rogers & Sanford, 1984, p. 1374). These definable qualities that are present in a beneficial relationship are unconditional positive regard, empathy, and genuineness.

## OnePerson Approach

Freud was deeply influenced by the scientific method of his day, which has been called an objectivist epistemology (Orange, 1992). Freud's early neurological investigations and his theory of instinctual drives reflect these objectivist, natural science ideals. According to Orange (1992, pp. 193194) empiricism is a common form of objectivism which stresses the importance of "objective reality" and "the facts." Orange (1992) noted that in recent philosophy of science "this empiricism took the form of a demand that any theory had to meet the test of falsifiability to qualify as scientific. ... Any theory that could not be falsified by experimental evidence had no cognitive significance" (pp. 193194).

The concept of transference as presented by Freud in the early days of psychoanalysis was influenced by this objectivist epistemology. A major criterion of psychological health, for the objectivists, was access to the facts, or reality testing. In psychoanalysis, objectivists, who primarily wanted to be scientific, claimed that transference consisted of distortions of reality or of the facts, and that these distortions can be evaluated or judged by the analystobserver (Orange, 1992, p. 194). Proponents of this approach advocated the disciplined use of abstinence, neutrality, and a blank screen (Aron, 1990, p. 481), so that the distorted perceptions of the patient, which would manifest themselves in the transference, could be analyzed away by the "realistic" analyst.

Analysts, I am sure, also came to value neutrality and abstinence as a protection from getting emotionally overinvolved with their patients as some early analysts like Sandor Ferenczi did. As McLaughlin (1981) noted, neutrality had the benefit of affording "the analyst the protected role of detached observer vis á vis the intensities on both sides of the couch" (p. 659).

Aron (1991) said:

*The traditional model of the analytic situation maintained the notion of neurotic patients who brought their irrational childhood wishes, defenses and conflicts into the analysis to be analyzed by relatively mature, healthy, and wellanalyzed analysts who would study the patients with scientific objectivity and technical neutrality. The health, rationality, maturity, neutrality, and objectivity of the analyst were idealized, and thus countertransference was viewed as an unfortunate, but hopefully rare, lapse (p. 32).*

For successful therapy to occur the patient had to change his or her reality so that it would conform to that of the analyst. Commenting on this state of affairs Schwaber (1983) said, "two realities, hierarchically arranged, remained embedded in this outlook: the one the patient experiences, and the one the analyst 'knows'" (p. 386). The therapeutic goal was to reduce to a minimum the patient's distortion of the outer world. "The aim is to help the patient gradually shift or 'correct' his view as he attains more mature functioning" (Schwaber, 1983, p. 384).

"Independence" and "autonomy" were important values in this oneperson psychology. For example, Stolorow & Atwood (1992) said, in the traditional view in the successful termination phase of an analysis the transference should be resolved or dissolved, meaning that the patient's emotional attachment to the analyst must be renounced. In this view, residual transference feelings are seen as an infantilizing element, undermining the patient's progress toward independence (pp. 1314).

Stolorow & Atwood (1992) commented that by emphasizing independence as a criteria for mental health, analysts sought to deny the vulnerability inherent in acknowledging the continual embeddedness of human experience in an intersubjective context. In other words, according to Stolorow & Atwood (1992), analysts wanted to avoid admitting "the unbearable embeddedness of being" (p. 22).

This oneperson model was dominant in psychoanalysis until Kohut's ideas, starting with his 1959 paper (Kohut, 1959), helped bring about a change in outlook. Schwaber (1983, p. 380) describes the crucial change in Kohut's listening stance with his wellknown patient Miss F. Kohut (1971) was trying unsuccessfully to influence Miss F by having her accept certain traditional analytic interpretations, which Kohut indicated, only infuriated her.

Kohut (1971) then said:

*It was ultimately, I believe, the highpitched tone of her voice which led me on the right track. I realized that it expressed an utter conviction of being right the conviction of a very young child which had heretofore never found expression. Whenever I did more (or less) than provide simple approval or confirmation in response to the patient's reports of her own discoveries, I became for her the depressive mother who ... deflected the narcissistic cathexes from the child upon herself, or who did not provide the needed narcissistic echo. Or I became the brother who, as she felt, twisted her thoughts and put himself into the limelight (p. 288).*

Schwaber (1983, p. 381) said she felt that Kohut's most creative contribution was the shift in his listening stance, that is, his desire to make a sustained effort to listen from the patient's perspective. Schwaber (1983) commented that, as therapists, we have to find a way, from deeply within ourselves, to come to terms with the

idea that we do not know one more 'true' reality and that the patient's view, even about us, is as real as the one we believe about ourselves (p. 390).

I would like to remark, at this point, how far ahead of the psychoanalysts Rogers was in appreciating the validity of the subjectivity of the client. It is remarkable that it is only relatively recently, as a result of Kohut and others, that psychoanalysts are coming to realize that the patient's view of reality is as legitimate as the analyst's view. And, as clientcentered people appreciate, this is what Rogers was saying as far back as the early 1940s (Rogers, 1942).

## TwoPerson Approach

There has been a change in the world of physics generated by the discoveries in quantum physics (Sucharov, 1994). In classical physics there was a sharp separation between the observer and the observed, which led to a scientific objectivity independent of any observational stance. In the new physics of Einstein, Planck, and Heisenberg "the field that is observed, of necessity, includes the observer" (Kohut, 1984, p. 41), which leads to a relativity of perception, and in principle, the absence of an objective reality (Kohut, 1984, p. 36).

Associated with the changes in physics, there have been important changes in other disciplines, such as psychoanalysis. Kohut (1984, p. 41) contributed to the changes with his appreciation that there is a continual impact of the observer and his or her theories on what is being observed. Stolorow, Atwood, & Brandchaft (1994b), in describing the new paradigm that is evolving, said "it is not the isolated individual mind... but the larger system created by the mutual interplay between the subjective worlds of patient and analyst, or of child and caregiver, that constitutes the proper domain of psychoanalytic inquiry" (p. x). In this relational paradigm "transference and countertransference together form an intersubjective system of reciprocal mutual influence" (Stolorow, 1994, p. 10), and there is an appreciation that "each participant's reaction is a product of his or her construal of the cues communicated by the other" (Eagle, 1993, p. 102fn).

Infant research has made an important contribution to this two-person approach (Beebe & Lachmann, 1992). For example, Winnicott had once said "there is no such thing as an infant" (quoted in Becal, 1989, p. 260). He obviously meant that without maternal care there would be no infant. Today's infant research has clearly demonstrated how the child's capacity for selfregulation is based, not on the child alone, but on the dyad, that is, the childcaregiver system of mutual regulation (Beebe & Lachmann, 1988). Beebe & Lachmann (1988) note that what is cognitively represented in the infant "is not simply interiorized action, but interiorized interaction:

not simply the infant's action, nor simply the environment's response, but the dynamic mutual influence between the two" (p. 8).

As a result of this shift in emphasis, the analyst now must pay closer attention to his or her contribution to the patient's reactions. For example, Aron (1990) commented "the implication of a two-person psychology is that who the analyst is ..., his or her very character, makes a real difference for the analysand" (p. 479). And Thomson (1994), in describing Stolorow's intersubjectivity theory, says it "places special emphasis on the examination of the minute and subtle effects of the analyst's real presence and interventions as subjectively experienced by the patient" (p. 132).

Stolorow, Atwood, & Brandchaft (1994b) note that this new paradigm allows the analyst much greater flexibility to explore new modes of therapeutic intervention "so long as the analyst consistently investigates the impact of his techniques, style, and theoretical assumptions on the patient's experience and on the course of the therapeutic process" (p. xi). Also with this twoperson, relational paradigm, neither participant has a privileged view of reality (Stolorow, Atwood, & Brandchaft, 1994b, pp. xi).

## Kohut and Stolorow

Kohut was interested in psychological states in which the structure that organizes the experience of self is weak or unsteady, that is, where developmental misattunements have arrested personality growth. The concept of a "selfobject" is important in Kohut's theorizing (Trop, 1994, pp. 7778). A "selfobject" is the experience of another person who is completely attuned to the needs of one's "self." According to Kohut, selfobject experiences in the therapeutic relationship correct developmental deficits and allow the organization of the self to become stronger and more cohesive. Therapeutic growth, for Kohut, was not associated with becoming more independent, as it was for the classical analysts, but rather with acquiring the ability to seek out and establish selfobject experiences on a mature, adult level. Kohut (1984) said "the essence of the psychoanalytic cure resides in a patient's newly acquired ability to identify and seek out appropriate selfobjects both mirroring and idealizable as they present themselves in his realistic surroundings and to be sustained by them" (p. 77).

As noted, Kohut defined psychoanalysis as the study of mental life, and the two ways to have access to mental life is through introspection and vicarious introspection, which is empathy. Kohut (1984) defined empathy as "the capacity to think and feel oneself into the inner life of another person" (p. 82). Stolorow (1994), also, used "the empathicintrospective mode of investigation as defining and delimiting the domain of psychoanalytic inquiry" (p. 34fn).

Stolorow's intersubjectivity theory, I believe, expands and elucidates aspects of Kohut's work. Stolorow theorized that each of us

establishes in our personality unique organizing principles that automatically and unconsciously shape our experiences. These organizing principles, which are usually not reflected upon, develop during childhood in the interactional system of the child and the caretaker. Once established these organizing principles influence adult functioning. For example, if a person enters a room with unfamiliar people, and someone immediately turns his back, different people experience this back turning in different ways (Trop, 1994, p. 78). One person might experience it as meaning that he is undesirable and repugnant. Another might think he is better than anyone and assume a haughty indifference. A third person might think that the back turning had nothing to do with his entering the room. According to Trop (1994), "each person will automatically organize experience according to the unique psychological principles that unconsciously shape his subjective world" (p. 78).

Psychoanalysis, for Stolorow, by using the method of "empathic inquiry," is a way to illuminate and restructure this prereflective unconscious. Stolorow also emphasizes that, as part of the empathic inquiry, it is essential for the analyst to continually reflect upon the involvement of his or her own subjectivity in the therapeutic interaction. Trop (1994), in describing Stolorow's therapeutic approach, said the presence of a background selfobject transference tie with the analyst provides a trusting relationship for the investigation and illumination of the old repetitive organizing principles ... The new selfobject experience with the analyst facilitates the development of new, alternative organizing principles and a capacity for selfreflection. Thus the essence of cure within intersubjectivity theory lies in the acquisition of new principles of organizing experience (p. 80).

And Stolorow, Atwood, & Brandchaft (1992) describe their approach in the following way:

*Such analysis, from a position within the patient's subjective frame of reference, always keeping in view the codetermining impact of the analyst on the organization of the patient's experience, ... facilitates the ... expansion of the patient's capacity for selfreflection and gradually establishes the analyst as an understanding presence to whom the patient's formerly invariant ordering principles must accommodate, inviting syntheses of alternative modes of experiencing self and other (p. 29).*

## Countertransference

In the psychoanalytic literature there is a narrow and more inclusive meaning of the term countertransference. The broad conception of countertransference refers to the whole of the subjective experience of the therapist. The narrow definition of countertransference refers to the aspects of the therapist's personality that interferes with empathic understanding and optimal responsiveness (Orange, 1994, p. 185).

Kohut (1971) used the more narrow definition of countertransference. For example, he said "we must ... recognize our countertransference and thus minimize the influence of factors that distort our perception of the analysand's communications and of his personality" (Kohut, 1984, p. 37). Kohut (1971) reported, as an example of countertransference, "the tendency of some analysts ... to respond with erroneous or premature or otherwise faulty interpretations when they are idealized by their patients" (p. 138). In line with the twoperson approach Schwaber (1993) defined countertransference as "reflecting a retreat from the patient's vantage point toward an added certainty in the correctness of one's own" (p. 1051). On the other hand, Stolorow has used the wider definition of countertransference as the totality of the analyst's psychological structures and organizing activity.

Several writers have commented on the lack of study of countertransference in the psychoanalytic literature (Thomson, 1994; Orange, 1994; Schwaber, 1983, p. 381). For example, Orange (1994) said, "where, then are the discussions of the analyst's organizing activity, history, and personality in our case reports? Why are many of us still writing as if the analytic patient were the only one organizing or reorganizing experience" (pp. 179-180) Orange (1994) also observed:

With a few notable exceptions ... we self psychologists are, I think, so involved in and devoted to our efforts to get and stay close to the patient's experience that we often forget that we are there too. Thus, our cherished effort to understand patients from their own vantage point may prevent us from recognizing our contribution to shaping the patient's experience (the influence of the observer on the observed). It may also interfere with our recognizing that we can understand another's experience only through our own equally subjective experience (p. 180).

Orange (1994) then quotes Lomas in 1987 in the following way:

By the very nature of things people cannot attain perfect openness to each other. Our perceptions are based on past experience. Nothing is entirely new to us ... . However much we strive toward an unencumbered, receptive state of mind, we bring to each exchange the sum total of our history, an interpretation that is unique to us (p. 180).

As examples of our history influencing us Eagle (1993) mentioned "those aspects of countertransference that are expressed subtly through such dimensions as vocal qualities, ways of listening, choice and tone of interpretations, choice of material on which to focus, decisions regarding termination, and so on" (p. 102ff).

Aron (1991) has been critical of the term "countertransference" (see also McLaughlin, 1981, p. 655). He said:

Thinking of the analyst's experience as 'counter' or responsive to the patient's transference encourages the belief that the analyst's experience is reactive rather than subjective, emanating from the center of the analyst's psychic self. ... The term countertransference

... obscures the recognition that the analyst is often the initiator of the interactional sequences, and therefore the term minimizes the impact of the analyst's behavior on the transference (p. 33).

Orange (1994) agrees with this criticism and suggests "cotransference would better acknowledge our participation with the patient in the intersubjective field ... of the psychoanalytic dialogue" (p. 180).

Orange (1994, pp. 181-185) also presents a philosophical discussion of prejudice, which is fascinating, noting that prejudice is inevitable, since everyone has a point of view or perspective. She comments that the philosopher Gadamer sought to remove the negative connotations from the word prejudice. Orange (1994) then says:

*we must know and acknowledge our countertransference, our cotransference, our point of view or perspective, if we are to become capable of empathy ... . We must acknowledge the lenses through which we are reading the text in order to do authentic psychoanalytic work (p. 183).*

From the above remarks it can be seen that in different ways self psychologists are coming to agree with John Shlien's (1987) criticism of the transference concept. Shlien argued that transference is a fiction since the reason the client gets angry at or falls in love with the therapist always has something to do with the way the therapist has acted. Self psychologists are now essentially agreeing with Shlien when they say that, in their mutual interaction, everything about the therapist is influencing the client, and vice versa. Thus, with the twoperson paradigm, the idea of transference as a distortion disappears.

## Some Examples

In this section I will present examples of how the subjectivity of the therapist can unknowingly influence the patient in ways that may interfere with therapeutic progress. I will conclude by summarizing one of the case reports from Stolorow and Atwood's (1992, pp. 103122) chapter on this topic.

- 1 Stolorow, Brandchaft, & Atwood (1987, p. 113) cite an anecdote from a movie described by Kernberg (1975, pp. 245246) where a nurse, who is a decent young woman, is taking care of a very destructive and severely ill patient. The patient treats the nurse coldly and with unscrupulous exploitation, and, as a result, the nurse develops an intense hatred for her patient. In a dramatic development, the nurse mistreats her patient cruelly. Stolorow, Brandchaft, & Atwood comment that the nurse needed some kind of caring responsiveness from her patient in order to regulate her psychological wellbeing. When her psychological needs were repeatedly frustrated, the nurse's narcissistic vulnerability triggered her cruelty. Stolorow, Brandchaft, & Atwood (1987) then say, "we have observed such factors at

work in ourselves and regard them as to some degree universal in therapeutic relationships” (p. 114). In other words, therapists are not above being narcissistically injured, and that unconscious retaliatory actions toward clients in situations where the therapist’s self has been wounded may be common.

2 I have had a client who was quite challenging for me. She gave up her marriage with a conventional and, according to her, controlling and unloving husband who wanted her back, and began a series of relationships with younger, racially and culturally different, and for a time in my mind, inappropriate men, who were rejecting and hurting her deeply. It was hard for me to decenter from my point of view of what I thought would be best for her. Could it be, by my offer of a practical solution to her life problems, which she doesn’t want such as couples therapy for her and her husband I am trying to avoid having to hear and also experience with her the depths of her inner suffering and suicidal hopelessness?

3 Schwaber (1983, pp. 389390) describes what she thinks is a universal resistance “to the acknowledgment that the truth we believe about ourselves is no more (though no less) ‘real’ than the patient’s view of us that all that we can ‘know’ of ourselves is our own psychic reality” (p. 389).

An example of this kind of resistance is when a therapist believes he or she has been helpful and caring, but the patient’s view is completely different. For example, Thomson (1994, pp. 128129) describes an episode where a patient’s friend died from leukemia. Thomson believed he was compassionate upon hearing this upsetting news, but the patient strongly disagreed. Thomson reports that it was hard for him to decenter from his belief that he had been only kind. However, Thomson does eventually realize that, because of his classical analytic training, he may not have been as compassionate as his patient wished. Thomson (1994) goes on to discuss the need for therapists to work through and understand their “narcissistic sensitivities.” The gain, from controlling narcissistic sensitivity, is a greater access to the patient’s inner experience. Thomson (1994) says “ultimately, the analyst, by means of inner processing, may be able to convert his anger, hurt, or other aversive reactions into signals so that they no longer block access to the kernels of truth in the patient’s observations” (p. 135).

Schwaber (1983) comments eloquently on this issue. She said, in discussing two of her patients:

I felt that I had been making every ‘reasonable’ effort to attune to their worlds; if they then did not see me that way, it was their neuroses which caused them to misperceive, preventing them from attaining a more ‘realistic’ view. When I recognized that from their vantage point, there is another way to experi-

ence my responses to them, and that I cannot be the arbiter of which is the more valid theirs or mine I shifted my mode of attunement and was led on to a pathway of discovery of dimensions of their inner world hitherto unknown (p. 390).

On the same issue, Schwaber (1993) said “I have observed more generally that a feeling of struggle with a patient, however scarcely and subtly perceived within ourselves, may be a salient indicator that we are trying to guide the patient to see it our way” (p. 1049).

4 A therapist’s accurate interpretation can sometimes be hurtful to a patient. Brandchaft & Stolorow (1994), describe an incident where a patient, Mr. J. came to a session very excited with a set of papers that chronicled insights he had discovered over the weekend about his early relationship with his father. The analyst, fascinated with the Mr. J’s important insights, added some relevant explanations of his own. The session continued, but Mr. J., who had been enthusiastic and animated at the beginning of the session, now began to sound increasingly dull, repetitive, and uninspired. The analyst noted the change and inquired as to whether the patient was aware of it and whether he could account for it. Thereupon Mr. J. exploded: ‘You are just like my father that is exactly what I was writing about. He could never just be pleased with how I was or what I did; he kept showing me and telling me how much better, smarter, and ahead of me he was, how much better a son he had been to his mother than I, what great things he could have accomplished if only he had had the glorious opportunities he was providing me with!’ (p. 102).

5 Stolorow and Atwood (1992, pp. 103122) describe several fascinating examples of therapeutic stalemates that are caused by a lack of reflective selfawareness on the part of the therapist. I will paraphrase one of their examples (see pp. 114121) as an illustration. In this example, difficulties began when the therapist informed his patient, Sarah, of a summer vacation he was planning to take. Sarah became very upset with this news and almost ended therapy. It turned out that what was most upsetting to Sarah was not necessarily the actual separation from the therapist, but rather her perception that the therapist did not comprehend the extent of the “sadness and despair his departure was triggering” (p. 118). The therapist mostly reassured Sarah that she would be all right while he was away. Sarah felt that her therapist did not fully understand the frightened and vulnerable child she experienced herself as being. The therapist, while working with Sarah, was learning more about himself from his own personal therapy. He was a person who, like Sarah, experienced a childself that had been responded to insufficiently. The therapist grew up “in a family that was pro-

foundly affected by the sudden death of his mother when he was eight years old" (p. 118). The therapist, in his own therapy, began to experience more fully his own vulnerable childself that had always been denied expression. As he began to change, his understanding of Sarah began to change too. He came to realize that "separations were simply impossible for the child within her to manage" (p. 119), and that Sarah needed a response from him showing he understood this fact. He also came to realize that his repeated reassurances that she could manage, felt to Sarah as "rejections of her childself" (p. 119). The therapist, by working through his own denial of the child in him, was able "to make empathic contact with the traumatized childself" (p. 121) of Sarah, and the therapy with her resumed productively.

## Discussion

I will now attempt to answer the questions posed at the beginning of this paper about clientcentered therapy. The answers to these questions will indicate the extent of the core compatibility of the clientcentered and self psychological approaches. Obviously giving unbiased and concise answers to these questions is not a simple and uncomplicated task.

- 1 Is clientcentered therapy a oneperson psychology, focusing primarily on the psychology of the client, as when reflecting a client's feelings, or is it a twoperson, relational psychology, where the therapist as a person is involved in the therapeutic relationship?

Clearly Rogers's way of interacting changed, over time, from a more formal, professional attitude to a more relaxed, spontaneous and human way of relating (Brodley, 1994). At the inception of clientcentered therapy, from about 1938 until the late 1940s, the focus was on the framework of the client, and less attention was paid to the person of the therapist. For example, Rogers and Sanford (1984) say about clientcentered therapy during that time period, "reflection of feeling and non-directive techniques were its main identifying marks so far as the professional world was concerned" (p. 1374). Kirschenbaum (1979) has said of this time period, "technique was the thing. Just as free association was the primary technique for the classical psychoanalyst, reflection of feelings was the primary technique to Rogers, the key to the whole process, the source of all growth in nondirective therapy" (pp. 136). Thorne (1992, p. 88) also commented about the "nonrelational" aspect of Rogers's early work.

Regarding this issue, Raskin (personal communication, August 30, 1995) said:

During the years at Ohio State and World War II [1940-1944] the therapist as a person in the therapeutic relationship was not conceptualized. At the same time, reflection of feeling was never used as just a technique. The term was used more by people outside of or opposed to the approach to represent a mechanical way of responding. Within the orientation, "recognition and appreciation of feeling" was a much more characteristic phrase and was seen as a way of implementing a deep conviction about the capacity of the client to find his own direction, with facilitation rather than guidance.

Raskin believes that the involvement "of the therapist in the relationship changed radically soon after Rogers arrived at the University of Chicago in 1945." With two graduate students, Oliver Bown and Eugene Streich, Rogers began to describe the "therapist as entering into the relationship in a much more full and personal manner" (Raskin, personal communication, August 30, 1995).

In addition to Rogers's work with graduate students at the University of Chicago, three other factors may have helped Rogers, over time, to use more of his own self in the therapeutic interaction. These other factors were: (a) the "Wisconsin project" of the late 1950s with schizophrenic patients which "gave rise to an increased emphasis on the therapist's use of his own thoughts and feelings in order to establish contact with persons" who were mostly uncommunicative (Thorne, 1992, pp. 8384; Kirschenbaum, 1979, p. 277), (b) the dialogue with Martin Buber, in 1957, on "Ithou" interactions, which emphasized a "real reciprocity" in relationships (Thorne, 1992, pp. 6970, 8384), and, probably, most importantly (Raskin, personal communication, August 30, 1995), (c) the intensive group experiences of his California years (after 1963) which Rogers participated in regularly (see also Thorne, 1992, p. 84).

By the 1980s Rogers was saying that genuineness or congruence was the most important and basic of the three necessary and sufficient conditions (Rogers and Sanford, 1984, p. 1378). Also in the 1980s, when responding to a questioner in the audience on what the profession of psychotherapy has learned over the past 100 years, Rogers (1985) said, "I don't know what the profession has learned, I really don't. I've learned to be more human in the relationship, but I am not sure that that's the direction the profession is going."

Brodley (1994), in a detailed analysis of the actual verbatim transcripts of Rogers therapy behavior, found that "Rogers expressed responses from his own frame of reference more frequently during the final, 1977-1986, phase of his work than in the earlier, 1944-1964 phase" (p. 46). She found an increase in Rogers's responses, spoken from his own frame of reference, from 4% in the earlier period to 16% in the later period. Despite these findings Brodley (personal communication, July 23,

1995) disagrees that Rogers shifted from a one-person to a two-person psychology. She says:

I have been a client-centered therapist for 40 years now so in the beginning I was going on what had been written ... and my understanding was always that the relationship was the means of contributing to the client's change... In my opinion the change was not from 1 to 2 person at all, but from a less free to a more free person in the case of Rogers ... but the theory from early 1942 was definitely about a relationship and for those of us who didn't have to overcome the earlier constraints it was immediately a very spontaneous person to person relationship. Of course, there are always individual differences.

According to Brodley (personal communication, July 23, 1995), the constraints on Rogers in the 1940s that had to be overcome were that Rogers "was still very much a clinical psychologist with the formality of that role," and also that he was influenced by the psychoanalytic concerns of that time period which emphasized restraint. Whether or not Rogers's approach was a two-person psychology in the 1940s, it can be agreed that today, with its emphasis on humanness and congruence, client-centered therapy is a relational, two-person approach.

- 2 Is there sufficient interest, in the client-centered approach, on how the subjectivity of the therapist influences the subjectivity of the client? For example, do client-centered therapists become reflectively aware of how they may inadvertently influence their clients because of their own unique histories?

Stolorow emphasizes, as part of his analytic approach, that it is essential for the therapist to continually reflect upon the involvement of his or her own subjectivity in the therapeutic interaction. I have wondered whether client-centered therapists reflect sufficiently on their own subjective experiences. For example, I haven't read in the client-centered literature, as I have for self psychology (Stolorow & Atwood, 1992, pp. 103-122), specific examples of how the psychological biases of the therapist can influence the client. Furthermore, on different occasions, Rogers (e.g. 1986b) indicated that he used his "intuition" in being congruent and genuine. I wondered whether the term "intuition" in psychotherapy is similar to the term "instinct" in biology. Just as it is helpful to understand the physiological origins of an "instinct," it may be important to understand the psychological origins of an "intuition." And to me Rogers never seemed inclined to explore the psychological origins of his intuitions.

I have also wondered whether Rogers had biases that led him to believe in mainly short-term therapy (C. R. Rogers, personal communication, August 23, 1983). For example, Rogers & Sanford (1984) said, "on the whole, the duration of client-centered therapy is relatively short compared to that of a number of other therapies" (p. 1381). Was Rogers interested mainly in

short-term therapy because he was having more impact outside of the therapeutic field in the area of social action? Or was his interest in short-term therapy a criticism of the inefficiency of psychoanalysis as a therapeutic method? Did he have the interest to work with a client over a longer period of time? Other client-centered therapists have indicated that they do work long-term with clients (Raskin, 1986; B. T. Brodley, personal communication, August 12, 1995).

Tobin (1991) offered an interesting explanation of Rogers's interest in short-term therapy. Tobin (1991) said that Rogers "seemed to have been very concerned about people becoming too dependent on the therapist and staying dependent" (p. 26). Tobin thought that Rogers "may have been shaped by his advocacy of what is a questionable Western cultural belief: That growth is always in the direction of greater independence and separation" (p. 26). Tobin felt that Rogers may not have "recognized sufficiently that many clients actually need to allow themselves to have a dependent, childlike tie to the therapist in the early stages of therapy to be able to grow and mature into adult interdependence" (p. 27).

Regarding the self-reflective attitude of the client-centered approach, Brodley (personal communication, July 23, 1995) disagrees with me. She said:

When you are striving to purely understand, and are sincerely responsive and accepting towards the client's corrections, and are also sincerely accepting towards the person, the ways your empathic understandings are influenced by your own biases become evident to you both because you are sensitized to contaminations in trying to be pure, and because your client either corrects the ways you are adding to what they are trying to express, or the client recognizes that you are pushing some view and comments on it.

In my work as a consultant/supervisor, I meet with many client-centered therapists. The focus of such meetings has to do with the therapist's direct reflections on their biases, histories, feelings, reactions that are interfering with their purity. This extreme focus on one's self as an influence is ... part of the essence of the meaning of congruence in client-centered therapy.

From Brodley's comments, at least in theory, it does appear that a well-trained client-centered therapist will reflect continuously on the involvement of his or her subjective experience in the therapeutic interaction.

- 3 Psychoanalysts are concerned that their theories inadvertently influence their perception of their patients. Does the Rogerian approach, too, have a theory that can color how the therapist sees the client? Or is it the very nature of client-centered theory that it attempts to avoid harboring any preconceptions about clients?

A major strength of the clientcentered approach, compared to Freudian psychoanalysis, is that its specific goal is to avoid harboring any preconceptions about the subjective experiences of clients. Freudian psychoanalysis, with its theory of instinctual drives and repressed wishes, had preconceived hypotheses about unconscious dynamic forces within a patient's psyche. Patients were made aware of these unconscious motivators of behavior via the interpretations of the analyst.

Although the clientcentered approach avoids speculating about what a client is experiencing either consciously or unconsciously, it has a theory that colors how the client as a person is perceived. The major preconceptions of clientcentered theory are the actualizing tendency, that is, the positive and trustworthy basis of human nature, and the three necessary and sufficient conditions. Brodley (personal communication, July 23, 1995), in commenting about the theoretical biases of the clientcentered approach, said:

The emphasis on unconditional positive regard is a fundamental theoretical element that very basically influences the way clients are perceived. Specifically if the attitude towards the client is apriori accepting, and the aim is empathic understanding of the client's immediate inner experience, then many possible viewpoints about the person are put aside or not experienced.

To clarify, Brodley adds (personal communication, August 12, 1995), I do not think that clientcentered work in any sense makes us less realistic about the client's weaknesses or shortcomings or bad behavior. ... I do not think we are biased away from negative things about the person, nor do we behave in ways that keep the client from those [negative] things. Basic to the approach is the perception that providing the nonsuspicious, noninterpretive, acceptant understanding that we strive for does, in fact, more quickly and accurately bring out the truth of the client's "badness."

Brodley (personal communication, August 12, 1995) concludes that the "bias" of viewing "the client in a trusting and constructive light" works "to bring out more truth, faster and in ways that strengthen the person" as the truth comes out. I might also add that with such empathic understanding the client's "badness" may not seem so "bad" after all.

Different critics of the clientcentered approach, such as Rollo May (1982), have taken issue with Rogers for his supposed biased optimistic perception of human nature. It is to be noted that Kohut, too, had an optimistic philosophy about human nature. For example, Kohut (1982) said

It is only when the self of the parent is not a normal, healthy self, cohesive, vigorous, and harmonious, that it will react with competitiveness and seductiveness rather than with pride and affection when the child, at the age of 5, is making an exhilarating move toward a heretofore not achieved degree of asser-

tiveness, generosity, and affection. And it is in response to such a flawed parental self ... that the newly constituted assertiveaffectionate self of the child disintegrates and that the breakup products of hostility and lust of the Oedipus complex make their appearance (p. 404).

Thus, Kohut, although he uses very different language, has the same basic idea as Rogers: that there is an innate growth tendency in the organism which can get sidetracked when a parent, because of defects in the parent's personality, does not respond in an attuned way toward the child's developing self.

- 4 As a psychoanalyst, Stolorow wishes to make an "empathic inquiry" into the subjective life of the patient in order to bring to reflective awareness how the patient organizes his or her experiences. Rogers, on the other hand, wanted to just be a companion to the client as the client discusses his or her life (Bohart, 1991, p. 41; Rogers, 1986a, pp. 207-208). Stolorow, in making an active exploration of subjective experiences, seems to be taking more of an initiative than Rogers. Raskin (personal communication, August 30, 1995) disagrees with Stolorow's approach. Raskin says,

I don't want to decide what the client needs to explore, in order to help him. He sets the agenda. What Stolorow feels is necessary to be helpful can impose something really big on the client, and can really slow things down and/or lengthen the course of therapy.

It is to be noted that within the self psychology field there has been some disagreement on this issue; e.g., Miller (1988) preferred the term "empathic immersion," which is more like Rogers's style, to Stolorow's "empathic inquiry." Furthermore, on different occasions Rogers noted that, within the clientcentered approach, there are different styles of doing therapy based on the personality of the therapist. The fact that Stolorow feels more comfortable initiating an empathic inquiry, while Rogers preferred being a companion to the client may make little difference in the effectiveness of the therapy. As Stolorow, Atwood, & Brandchaft (1994b, p. xi) commented, a twoperson psychology allows for more flexibility so long as the therapist continually investigates the impact of his or her interventions on the patient's experiences.

## Conclusions

With its emphasis on listening to the subjectivity of the client, without theoretical preconceptions, the clientcentered approach made, perhaps, its most important contribution. Psychoanalysts, until the time of Kohut, tried to impose interpretations on patients, that patients often "resisted" accepting. Defense and resistance became important topics in psychoanalytic theorizing, probably

because of untimely interpretations. It appears that the imposing of interpretations in psychoanalysis has diminished significantly as a result of Kohut's writings. As noted earlier, it was only after a great struggle that Kohut gave up his belief that his interpretations were always helpful to his patients. For example, in his final work Kohut (1984) said:

The patient, as I finally grasped, insisted and had a right to insist that I learn to see things exclusively in his way and not at all in my way. And as we finally came to see or rather as I finally came to see, since the patient had seen it all along the content of all my various interpretations had been cognitively correct but incomplete in a decisive direction. ... What I had not seen, however, was that the patient had felt additionally traumatized by feeling that all these explanations on my part came only from the outside: that I did not fully feel what he felt, that I gave him words but not real understanding, and that I thereby repeated the essential trauma of his early life (p. 182).

This attitude of attempting to just listen to what the client is experiencing is the attitude that Rogers was advocating as early as the 1940s. For example, Rogers in 1942 said:

This course of action imposes much self-restraint upon the counselor. The reason is simple. As the client reveals himself more and more fully in the counseling interviews, the counselor begins to develop insight into the client's problems. ... There is the greatest temptation to most counselors, whether they are psychiatrists, psychologists, guidance counselors, or social workers, to inform the client as to his patterns, to interpret his actions and his personality to him. ... The more accurate the interpretation, the more likely it is to encounter defensive resistance. The counselor and his interpretations become something to be feared. To resist this temptation to interpret too quickly, to recognize that insight is an experience which is achieved, not an experience which can be imposed, is an important step in progress for the counselor (Rogers, 1942, pp. 195-196).

It seems that Kohut, in the 1980s, was still discussing this same issue.

Another important contribution, I believe, of the client-centered approach is its democratic attitude. Carl Rogers espoused the ideals of compassion for people of all races, all economic groups, all nationalities, and both sexes. He encouraged people to give up narrow nationalistic interests in order to establish a more global community. The current limited therapeutic popularity of the client-centered approach in the United States, where there are considerably more analytic training programs, may in part be due to the client-centered values against elitism and materialism. It is interesting that the client-centered approach is flourishing outside of the United States. The two major international client-centered conferences, The International Conference on Client-Centered and Experiential Psychothera-

py and Person-Centered Approach Forum are well-attended by people from all over the world. Illustrative of its desire to connect with people in remote areas of the world, the next Person-Centered Approach Forum will take place in South Africa in 1998. One extra benefit of the client-centered or person-centered conferences, with their "community meetings" and "small group experiences," along with their more formal, intellectual presentations, is that they provide a relatively safe haven for participants to grow as persons. At self-psycho conferences, where there is more of an emphasis on intellectual knowledge, such experiential interactions are rare. Rogers, when he was alive, used these large group "community meetings" to become more expressive, informal, and freer as a person (Kirschenbaum, 1979, pp. 333-334).

The client-centered approach also has broader, more general, and I might add, perhaps more ambitious goals than psychoanalytic self-psycho. The domain of interest in self-psycho is defined by its methods of investigation; that is, it is a scientific study of mental life using the tools of introspection and empathy. Client-centered psychology, in addition to its interest in mental life and psychotherapy, is committed to broad social change. The client-centered approach is not entirely a scientific enterprise; its primary goal is to foster a constructive "way of being." It is important to recall that client-centered psychology is a part of humanistic psychology, whose aim was to enhance the lives of ordinary people, rather than to focus exclusively on therapy for maladjustment. Those who are client-centered or person-centered are interested in more than just doing therapy. Person-centered people want to bring the philosophy of the actualizing tendency and the necessary and sufficient conditions to many aspects of life outside of therapy, such as to education, parenting, business, race relations, poverty, medicine, and international relations, to name some of the areas of interest. Ruth Sanford (personal communication, July 16, 1995) before leaving for South Africa, to conduct person-centered seminars, quoted Rogers as saying "I am amazed at the impact that this approach has had in many parts of the world and I believe it must be an idea whose time has come."

In the therapy situation, the use of the term "client," along with the democratic attitude of the therapist, in the client-centered approach, helps minimize the inequality that inevitably exists in every therapeutic relationship. In fact, Bozarth (personal communication, July, 1995) said he wants to discontinue the use of the term "client," which can also be a dehumanizing label; he would prefer to call the individual who is receiving therapy, a "person." He would prefer to call "client-centered therapy," "person-centered therapy." There is a pertinent quote by Irvin Yalom (1989) in his book "Love's Executioner" that fits perfectly with the Rogerian philosophy regarding the people who seek therapy. Yalom (1989) says:

Though these tales of psychotherapy abound with the words patient and therapist, do not be misled by such terms: these are everyman, everywoman stories. Patienthood is ubiquitous; the assumption of the label is largely arbitrary and often dependent

more on cultural, educational, and economic factors than on the severity of pathology. Since therapists, no less than patients, must confront these givens of existence, the professional posture of disinterested objectivity, so necessary to scientific method, is inappropriate. We psychotherapists simply cannot cluck with sympathy and exhort patients to struggle resolutely with their problems. We cannot say to them you and your problems. Instead, we must speak of us and our problems, because our life, our existence, will always be riveted to death, love to loss, freedom to fear, and growth to separation. We are, all of us, in this together (p. 14).

Rogers's attitude toward the therapeutic encounter seems to be fully intune with Yalom's sentiments.

## Final Remarks

After writing this paper, I have begun to think that at their core the clientcentered and self psychology approaches to psychotherapy are one. The self psychology approach has more clothes on, is dressed up in more elaborate theorizing about selfobjects, mirror transferences, idealizing needs, organizing principles, narcissistic and oedipal fixations, etc. What is basic to both approaches is respect for the subjectivity of the other, the valuing of the personhood of the other, and the genuine encounter between two people where the subjectivity of each is reflected upon. The self psychological approach may be more hierarchical and less democratic (both professionals and nonprofessionals have equal status at clientcentered meetings); but self psychology also provides more interesting speculation about the person with its more elaborate theoretical formulations and insights about psychological development.

## References

- Aron, L. (1990). One person and two person psychologies and the method of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 475-485.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 295-316.
- Becal, H. A. (1989). Winnicott and self psychology: Remarkable reflections. In D. W. Detrick & S. P. Detrick (Eds.), *Self psychology: Comparisons and contrasts* (pp. 259-271). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Beebe, B. (1985, October). Mutual influence in mother/infant interaction. In M. Tolpin (Chair), *Frontiers in developmental studies*. Symposium conducted at the eighth annual conference on the psychology of the self, New York.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). Mother/infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology* (Vol. 3, pp. 325). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1992). The contribution of mother/infant mutual influence to the origins of self and object representations. In N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (Eds.), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 83-117). Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Bohart, A. C. (1991). Empathy in clientcentered therapy: A contrast with psychoanalysis and self psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 344-358.
- Brandchaft, B., & Stolorow, R. D. The difficult patient. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 93-112). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Brodley, B. T. (1994). Some observations of Carl Rogers' behavior in therapy interviews. *PersonCentered Journal*, 1, 374-377.
- Eagle, M. (1993). Enactments, transference, and symptomatic cure: A case history. *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 93-110.
- Ghent, E. (1989). Credo: The dialectics of oneperson and twoperson psychologies. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 169-211.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40, 893-904.
- Kahn, E. (1989a). Carl Rogers and Heinz Kohut: On the importance of valuing the "self." In D. Detrick & S. Detrick (Eds.), *Self psychology: Comparison and contrast*. (pp. 213-228) Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kahn, E. (1989b). Carl Rogers and Heinz Kohut: Toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 555-563.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delta.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. In P. Ornstein (Ed.), *The search for the self* (Vol. 1, pp. 205-232), 1978, New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 395-407.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? (A. Goldberg & P. E. Stepansky, Eds.). Chicago: University of Chicago Press.
- May, R. (1982). The problem of evil: an open letter to Carl Rogers. *Journal of Humanistic Psychology*, 22, 102-111.
- McLaughlin, J. T. (1981). Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 639-664.
- Miller, J. P. (1988, October). Discussant. In H. Muslin (Chair), *Critical issues in the developmental line of empathy*. Panel conducted at the eleventh annual conference on the psychology of the self, Washington D.C.
- Orange, D. (1992). Subjectivism, relativism, and realism in psychoanalysis. In A. Goldberg (Ed.), *New therapeutic visions: Progress in self psychology* (Vol. 8, pp. 189-197). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Orange, D. M. (1994). Countertransference, empathy, and the hermeneutical circle. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 177-186). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Raskin, N. J. (1986). Article review [Review of "Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison"]. *PersonCentered Review*, 1, 235-238.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1985, December). Conversation hour. Conducted at the Evolution of Psychotherapy Conference, Phoenix, AZ.
- Rogers, C. R. (1986a). Clientcentered therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rogers, C. R. (1986b). Rogers, Kohut, and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences. *PersonCentered Review*, 1, 125-140.
- Rogers, C. R. & Sanford, R. C. (1984). Clientcentered psychotherapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 4, pp. 1374-1388). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Schwaber, E. (1983). Psychoanalytic listening and psychic reality. *International Review of Psychoanalysis*, 10, 379-392.
- Schwaber, E. (1993). Psychoanalytic theory and its relation to clinical work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 1039-1057.
- Shlien, J. M. (1987). A countertheory of transference. *PersonCentered Review*, 2, 15-49.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D. (1976). Psychoanalytic reflections on clientcentered therapy in the light of modern conceptions of narcissism. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13, 26-29.
- Stolorow, R. D. (1994). The intersubjective context of intrapsychic experience. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 314). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D. (1994). Subjectivity and self psychology. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 313-9). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1992). Three realms of the unconscious and their therapeutic transformation. *Psychoanalytic Review*, 79, 25-30.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (Eds.). (1994a). *The intersubjective perspective*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (Eds.). (1994b). Introduction. *The intersubjective perspective* (pp. ix-xii). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Sucharov, M. S. (1994). Psychoanalysis, self psychology, and intersubjectivity. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 187-202). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Thomson, P. G. (1994). Countertransference. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 127-143). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Tobin, S. A. (1990). Self psychology as a bridge between existential humanistic psychology and psychoanalysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 30, 146-3.
- Tobin, S. A. (1991). A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers's personcentered therapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 93-3.
- Trop, J. L. (1994). Self psychology and intersubjectivity theory. In R. D. Stolorow, G. E. Atwood, & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 779-1). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Yalom, I. D. (1989). *Love's executioner and other tales of psychotherapy*. New York: HarperCollins.

**Autor**

*Edwin Kahn*

*Queensborough Community College*

*The City University of New York*

*(212) 6668616*

Hermann Spielhofer

# Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie

*„Die größte Fabelei ist die von der Erkenntnis. Man möchte wissen, wie die Dinge an sich beschaffen sind: aber siehe da, es gibt keine Dinge an sich ...“ Und: „Erkennen heißt ‘sich in Bedingung setzen’: sich durch etwas fühlen und ebenso es selbst unsererseits bedingen - es ist also unter allen Umständen ein Feststellen, Bezeichnen, Bewußtmachen von Bedingungen ...“ (F. Nietzsche, 1956, S. 486f)*

## Zusammenfassung

*Rogers war zutiefst von der Möglichkeit unmittelbarer und direkter Erfahrung überzeugt, sodass er es offensichtlich nicht für notwendig erachtete, das Erkenntnisverfahren der klientenzentrierten Psychotherapie, das empathische Verstehen, methodisch zu begründen. Er ging davon aus, dass wir durch unmittelbares, einfühlendes Miterleben einen direkten Zugang zum Erleben des Klienten erhalten und seinen „inneren Bezugsrahmen“ genau wahrnehmen können. W. Keil hat versucht den Empathie-Begriff Rogers mit der hermeneutischen Methode zu verbinden und dafür den Begriff der „hermeneutischen Empathie“ verwendet. Entsprechend dem hermeneutischen Verfahren können wir die (Erfahrungs-)Welt des anderen nicht unmittelbar betreten, sondern immer nur ausgehend von unseren eigenen (Vor-)Erfahrungen und durch Analogieschlüsse die Erlebnisse des anderen nach-empfinden, wie dies vor allem W. Dilthey und H. Gadamer dargestellt haben.*

*Dieser hermeneutische Verstehensprozess bezieht sich jedoch nur auf die dem Klienten zugänglichen, d.h. bewussten Selbstanteile seiner Erfahrung oder bestenfalls auf den „Rand der Gewahrwerdung“. Die abgewehrten oder verzerrten, inkongruenten Erfahrungsbereiche können damit nicht erfasst werden, da sie dem Klienten selbst nicht zugänglich sind. Hier versucht Keil das „szenische Verstehen“ des Analytikers A. Lorenzer einzubeziehen, wobei im Rahmen des Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesses, analog den vorsprachlichen sensomotorischen Austauschprozessen in der frühen Mutter-Kind-Dyade, die unbewussten, sprachlosen Interaktionserfahrungen erfasst und symbolisiert werden können.*

*Für J. Finke gruppiert sich therapeutisches Handeln um die beiden Grundpositionen Empathie und Interaktion; dabei geht es um identifikatorische Teilhabe einerseits und um dialogische Gegenüberstellung andererseits. Aber auch bei Finke bleibt offen, wie wir den Zugang zum Erleben des Klienten, insbesondere zu den abgewehrten und verzerrten Erfahrungen finden; wie aus der gemeinsamen Interaktion mit dem Klienten jene Begriffe und Erlebnisfiguren herausgelöst werden, die dann auf dem Raster einer Persönlichkeitstheorie oder Störungslehre eingetragen und dargestellt werden können.*

*Die methodische und wissenschaftstheoretische Begründung des Erkenntnisverfahrens ist nicht nur deswegen von Bedeutung, um die klientenzentrierte Psychotherapie als wissenschaftliche Methode auszuweisen, sondern auch für das therapeutische Verfahren selbst, denn Verstehen und Verändern sind im therapeutischen Prozess nicht zu trennen.*

**Schlüsselwörter:** Empathie, Epistemologie, Hermeneutik, Interpretation, Konstruktion, Phänomenologie, szenisches Verstehen

## 1. Empathie

„Was ist Wahrheit?“ Diese Frage richtete der römische Statthalter Pilatus an Jesus als dieser verkündete, er sei hier, „um der Wahrheit Zeugnis abzulegen“ (Johannes, Kap. 18, Vers 37/38). Für F. Nietzsche ist Pilatus damit die einzige Figur im neuen Testament, die

man ehren muss, wie er im Antichrist feststellt, da er die dogmatische Position Jesus' in Frage gestellt hat. Für uns ist es heute zur Selbstverständlichkeit geworden, dass es keine absoluten, ewigen Wahrheiten gibt. So betont auch Rogers, die einzige Wirklichkeit, die wir erkennen können ist die Welt, so wie sie jeder für sich wahrnimmt.

S. Freud hat erneut die Frage nach der Wahrheit gestellt. Er hat früh erkannt, dass wir uns selbst hinsichtlich unserer Motive und Wünsche täuschen müssen. Seine „tiefenpsychologische“ Methode war der Versuch, die entstellte oder verdrängte Wahrheit hinter den Symptomen, Fehlleistungen oder Träumen zu entschlüsseln bzw. zu rekonstruieren. Er betont, „dass die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, d.h. auf die Anerkennung der Realität gegründet ist und jeden Schein und Trug ausschließt“ (Freud, 1937, S. 49). Entsprechend seiner medizinisch-naturwissenschaftlichen Herkunft ging es ihm um objektive Daten, um die Rekonstruktion der realen Geschichte sowie um das Auffinden der traumatischen Ereignisse, die die Ursache für psychische Störungen darstellen. Doch bald musste er feststellen, dass es nicht möglich ist zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden und dass die Erzählungen seiner Patienten Erfindungen enthielten, die er ihnen möglicherweise, aufgrund seiner theoretischen Annahmen und Erwartungen, selbst suggeriert hat. So schrieb er (1914, S. 55) bezüglich der Verführungstheorie enttäuscht: „Die Analyse hatte auf korrektem Wege bis zu solchen infantilen Sexualtraumen geführt, und doch waren sie unwahr. Man hatte also den Boden der Realität verloren. Damals hätte ich gerne die ganze Arbeit im Stich gelassen ...“. Diese für ihn bittere Erfahrung führte jedoch zur Erkenntnis, dass wir mit den Berichten der Patienten nicht die äußere oder „objektive“ Realität erfahren, sondern die subjektive Aneignung dieser Ereignisse, die „psychische Realität“ des Erzählers. „Wenn die Hysteriker ihre Symptome auf erfundene Traumen zurückführen, so ist eben die neue Tatsache die, dass sie solche Szenen phantasieren, und die psychische Realität verlangt neben der praktischen Realität gewürdigt zu werden“ (Freud, 1914, S. 56).

Für Rogers ging es von Anfang an um das subjektive Erleben des Klienten und nie um „objektive Wahrheit“; nicht die tatsächlichen Ereignisse bestimmen unser Erleben und Handeln, sondern die Art, wie wir die Situationen wahrnehmen, welche Bedeutungen wir ihnen zuschreiben und wie wir sie bewerten. „Das bestimmende Moment bei der Determinierung von Verhalten ist das Wahrnehmungsfeld des Individuums“ (Rogers, 1947, S. 362). Dieses subjektive Erleben, den „inneren Bezugsrahmen“ können wir nach Rogers nur durch das einführende, empathische Verstehen erschließen. Dies stellt ein zentrales Moment in der Theorie der klientenzentrierten Psychotherapie dar: es „ist wahrscheinlich [...] das herausragende Charakteristikum, das die Therapie vorantreibt“ (Rogers, 1982; zit.n. Keil, 1997, S. 6). Allerdings ist das empathische Verstehen für Rogers vor allem eine Grundhaltung des Therapeuten und nicht so sehr eine Methode zur Erkenntnisgewinnung: „Es muß betont werden, dass dieses einführende Verstehen von seiten des Therapeuten nicht im Dienste einer diagnostischen oder therapeutischen Interpretation steht. Die Erfahrung von jemandem verstanden zu werden, ist in sich selbst ein machtvoller, die Entwicklung fördernder Faktor“ (Rogers, 1977, S. 21).

Wie aus der Bezeichnung bereits hervorgeht, beruht hier das Verstehen primär auf dem „Einfühlen“ als einer unmittelbaren, vorwiegend emotionalen Teilhabe und Identifikation mit dem Klienten:

„Ein solches einführendes Verstehen heißt, dass der Therapeut in der Welt des Klienten zu Hause ist. Es ist ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten mit ihren ganz privaten personalen Bedeutungen, als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der „Als ob“-Charakter nie verlorengeht“ (Rogers, 1977, S. 20).

Auch J. Finke (1994, S. 42f) betont: „Therapeutisch bedeutsam scheint aber auf jeden Fall das Erleben des emotionalen Begleitens durch den einführenden Mitvollzug des Therapeuten zu sein“. Empathie bedeutet jedoch nicht nur Teilhabe oder einführendes Identifizieren mit dem Klienten, ein Missverständnis, das, wie J. Finke (1994, S. 43) schreibt, durch die phänomenologische Grundposition der klientenzentrierten Psychotherapie hervorgerufen wird, wonach es um die unmittelbare Anschauung und das intuitive Erfassen von Sachverhalten geht unter Ausschaltung von theoretischen Konzepten und Vorurteilen. Allerdings kann sich Empathie nur teilweise auf die phänomenologische Erkenntnismethode berufen, da bei dieser die geistige Wesensschau, das Erfassen der Essenz der Dinge im Zentrum steht: durch die gedankliche Variation eines Gegenstands soll im Rahmen der „eidetischen Reduktion“ (Husserl) das Gleichbleibende, das Charakteristische erfasst werden. Demgegenüber versucht Rogers mittels Empathie den Klienten in seiner individuellen Eigenart und Besonderheit zu verstehen, und zwar aus dessen Bezugs- und Bewertungssystem heraus.<sup>1</sup>

Gemeinsam ist beiden Verfahren die ganzheitliche Sichtweise und der Versuch, die Dinge unmittelbar zu erfahren, so zu sehen, wie sie sich darstellen; erscheinen, unter Ausschaltung theoretischer Konzepte oder Vorurteile.

Neben diesem unmittelbaren gefühlsmäßigen Verstehen geht es beim Empathiebegriff, so Finke, auch um den kognitiven Aspekt; um das Erfassen des Sinngehalts und der Bedeutungsstrukturen, d.h. zu verstehen, was mit den Mitteilungen „gemeint“ ist. Erst dadurch wird es möglich, wie Rogers immer wieder betont, mittels empathischen Verstehens über die Selbst-Erfahrung des Klienten hinauszugehen:

„Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, dass der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilungen des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, 'in die Haut des Klienten zu schlüpfen', er taucht in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt. Im Idealfall äußert sich ein solches Verstehen durch kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewusst ist, sondern auch auf 'die nebelige Zone am Rande der Gewährwerdung'“ (Rogers, 1977, S. 20).

Hier stellt sich jedoch die Frage, wie der Sinngehalt und die Bedeutungsstrukturen erfasst und in welche Zusammenhänge das Mitgeteilte gestellt werden soll. Wie J. Habermas (1985, S. 234) betont, kann eine rein phänomenologische Sichtweise die Bedeutungsstrukturen und die Lebenswelt des Klienten nicht zureichend erfassen, sie reflektiert vor allem die Lebenssituation des Phänomenologen, der durch Abstraktion und Generalisierung versucht, sie auf den anderen zu übertragen und damit die sinnstiftende Subjektivität zu verstehen. Wir können auf dem Weg des Verstehens nur von unseren eigenen Erfahrungen, Vorstellungen, Konzepten und Intentionen ausgehen.

Finke (1994, S. 45f) weist ebenfalls darauf hin, dass Empathie von Rogers in erster Linie als Grundhaltung verstanden wurde und eine Präzisierung des sehr allgemeinen Begriffs fehlt. Der Verstehensprozess kann sich auf sehr verschiedenen Bedeutungsebenen vollziehen und zu unterschiedlichen Interventionen führen. Er schlägt daher fünf Stufen des einführenden Verstehens vor; von der sinngemäßen Wiederholung der Patienten-Äußerung über selbstkonzeptbezogenes und organismusbezogenes Verstehen bis hin zur Interpretation, bei der ein Zusammenhang zwischen dem Erleben und der Lebensgeschichte hergestellt wird (op.cit., S. 49). Allerdings kann auch Finke nicht darstellen wie mittels Empathie die Brücke zum Bezugssystem sowie zu den Bedeutungs- und Bewertungsstrukturen des Klienten zu schlagen ist. Vor allem angesichts der späteren, konstruktivistischen Annahmen Rogers, wonach jeder in seiner eigenen, von ihm geschaffenen Realität lebt, fällt es schwer das Empathie-Konzept in dieser unbestimmten Form aufrechtzuerhalten. Bereits 1959 hatte Rogers festgestellt, „dass die Wahrnehmung der Umgebung diese konstituiert, gleichgültig in welchem Verhältnis diese zur ‘wirklichen’ Wirklichkeit steht...“ (1987, S. 48) und damit auch zur „psychischen Realität“ des Klienten. Später (1977) weist er darauf hin, daß jeder in seiner Wirklichkeit lebt, aufgrund seiner individuellen und subjektiven Wahrnehmung: „Nicht nur, dass das Bewusstsein des Menschen die objektive Welt geschaffen hat; vielmehr schafft jedes einzelne menschliche Bewusstsein, jeder Mensch seine eigene Welt...“ (1980, S. 180).

## 2. Das hermeneutische Erkenntnisverfahren

W. Keil hat versucht das Empathie-Konzept der klientenzentrierten Psychotherapie weiterzuentwickeln und einen differenzierteren Ansatz zum Verstehensprozess zu schaffen. Es geht ihm im Wesentlichen darum den Empathie-Begriff Rogers' mit dem hermeneutischen Verfahren W. Diltheys und H. G. Gadamer's und dem „szenischen Verstehen“ des Psychoanalytikers A. Lorenzer zu verbinden. Er hat seine Darstellungen unter dem Begriff „hermeneutische Empathie“ zusammengefasst und mehrfach publiziert (1992, 1997). Keil verweist darauf, dass Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie eine „hermeneutische Funktion“ erfüllen muß. Das heißt,

dass „versucht wird, in der Begegnung mit etwas ‘Unvollständigem’ oder ‘Verfälschtem’ das jeweils ‘Ganze’ oder ‘Unverfälschte’ aufzufinden oder wiederherzustellen“ und zwar mittels hermeneutischem Zirkel, indem von den Teilen auf das (noch fehlende) Ganze geschlossen wird und umgekehrt (1997, S. 6).

Hermeneutik als Erkenntnisverfahren wurde vor allem zur Auslegung von Texten begründet, wie etwa zur Bibelexegese.<sup>2</sup> Sie soll dazu beitragen, einen Text verständlich zu machen, der durch den historischen Wandel, durch gleichnishafte oder verschlüsselte Darstellungen oder durch Beschädigung unverständlich geworden ist. W. Dilthey, der diese geisteswissenschaftliche Methode in seiner Schrift *Die Entstehung der Hermeneutik* (1900) entscheidend weiterentwickelt hat, betont vor allem die psychologische Ebene der Textinterpretation; es geht für ihn darum die Mitteilungen eines Autors im Rahmen seiner historischen Lebenssituation, seines kulturellen und sprachlichen Kontexts zu interpretieren; es soll dazu führen, „den Autor besser zu verstehen, als er sich selber verstanden hat“ (Dilthey, 1982, S. 327). Er verwies darauf, dass die Erinnerung des Autors oder Sprechers subjektiv gefärbt und lückenhaft ist und die Äußerungen daher kritisch hinterfragt und „gereinigt“ werden müssen. Im Rahmen dieser philologischen Hermeneutik geht es allerdings um die Bereinigung akzidenteller Mängel und Lücken und nicht um systematische Verfälschungen des Textes wie in der Psychotherapie. Wie H.G. Gadamer (1986, S. 298) im Anschluss an die „hermeneutische Phänomenologie“ M. Heideggers betont, sind beim hermeneutischen Verstehensprozess die Vorannahmen und Intentionen des Interpreten, die dem gemeinsamen Traditionszusammenhang entspringen, ein entscheidender Faktor. Ohne dieses Vorverständnis würden wir überhaupt nichts erkennen; wir müssen schon etwas wissen um Fragen stellen zu können. Nur durch diese theoretischen Annahmen und lebenspraktisch erworbenen Vorerfahrungen können wir im Interaktionsgeschehen überhaupt Sinn- und Erlebnisfiguren ausmachen.

„Auslegung ist nie ein voraussetzungsloses Erfassen eines Vorgegebenen. Wenn sich die besondere Konkretion der Auslegung im Sinne der exakten Textinterpretation gern auf das beruft, was ‘dasteht’, so ist das, was zunächst ‘dasteht’, nichts anderes als die selbstverständliche, undiskutierte Vormeinung des Auslegers, die notwendig in jedem Auslegungsansatz liegt als das, was mit Auslegung überhaupt schon ‘gesetzt’, das heißt in Vorhabe, Vorsicht, Vorgriff vorgegeben ist“ (Heidegger, 1993, S. 150).

Der hermeneutische Zirkel vollzieht sich damit nicht mehr nur am Text, indem von einzelnen Teilen auf das Ganze geschlossen wird und umgekehrt, sondern das Vorverständnis des Interpreten ist nach Gadamer Teil dieses Zirkels. Er enthält nun das gegenseitige Bedingungsverhältnis zwischen dem, was der Text „aussagt“ und dem Vorverständnis des Interpreten, das dieser aus dem Traditionszusammenhang und seinem Sinnverständnis bezieht. Der Erkenntnispro-

zess ist stets eingebettet in einen bestimmten Lebenszusammenhang und in eine bestimmte Situation und wird durch diese Bedingungen konstituiert, worauf auch F. Nietzsche im eingangs angeführten Zitat hinweist. Das Wissen ist daher immer ein bedingtes, vorläufiges, das sich im gemeinsamen Dialog entfaltet. Es gilt daher die Bedingungen zu untersuchen, die unsere Erkenntnisse konstituieren. So schreibt J. Finke (1994, S. 62) bezüglich des Verstehens in der Psychotherapie:

„Der Therapeut verläßt hier also das ‘vorurteilslose’ phänomenologische Schauen und tritt dem Patienten mit einem ‘Vorverständnis’ gegenüber. Bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen, spielt nämlich die Frage eine wichtige Rolle, woraufhin der Patient verstanden werden soll, innerhalb welchen Zusammenhangs der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch die Persönlichkeits- und die Neurosentheorie, der sich der Therapeut verpflichtet fühlt, vorgegeben. Auf dem Hintergrund dieser Theorie sind die Phänomene, also z.B. bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten, einzuordnen“.

Hier besteht nun ein Widerspruch zum Empathie-Konzept Rogers wie Finke selbst betont; Rogers geht es darum, den Klienten „aus sich selbst heraus“, im Rahmen seines eigenen Bezugssystems zu verstehen; ohne eigene Bewertungen und Vorurteile dessen „inneren Bezugsrahmen“ zu erfassen und mitzuteilen mit seinen „ganz privaten personalen Bedeutungen“. Dieser Widerspruch bleibt bei Keil allerdings unberücksichtigt wodurch seine Ausführungen etwas an Klarheit und Konsistenz einbüßen. Außerdem beschränkt er sich auf die Ebene der klassisch philologischen Hermeneutik, wo es um die Darstellung oder Wiederherstellung eines vom Autor intendierten Sinns geht, bzw. darum, „das jeweils ‘Ganze’ oder ‘Unverfälschte’ aufzufinden oder wiederherzustellen“ (Keil) und nicht darum einen neuen konsistenten und kohärenten „Text“ zu erstellen.

Auf die Unterscheidung zwischen dieser klassischen Methode der Hermeneutik und dem Verstehensprozess in der Psychotherapie wurde bereits mehrfach hingewiesen (Habermas 1973, Lorenzer 1974a). Zwar hat auch Dilthey betont, dass die Erinnerungen des Autors oder Sprechers subjektiv gefärbt und verfälscht sind. Allerdings unterscheidet sich das philologische Verfahren von der psychotherapeutischen Hermeneutik dadurch, dass sie, wie Habermas (1973, S. 265) schreibt, „auf dem Weg über die Aneignung des objektiven Geistes, auf den intentionalen Zusammenhang des subjektiv Vermeinten als letzte Erfahrungsbasis zurückführt [...] Indem sie die Objektivierungen verständlich macht, artikuliert sie deren intentionalen Gehalt im Medium der alltäglichen Lebenserfahrungen“. Demgegenüber geht es bei der „Tiefenhermeneutik“ der Psychotherapie nicht darum, fehlende oder entstellte Textstücke aus dem Kontext heraus zu ergänzen oder zu korrigieren, um die Intentionen, „das subjektiv Vermeinte“ des Sprechers zu erfassen, sondern hier geht es vor allem darum, den Sinn der Lücken und Ent-

stellungen zu erfassen; ja der verdorbene Text kann erst verstanden werden, wenn der Sinn der Entstellungen aufgeklärt ist. So schreibt J. Habermas bezogen auf das psychoanalytische Verfahren:

„Die Tiefenhermeneutik, die Freud der philologischen Dilthey entgegensetzt, bezieht sich auf Texte, die Selbsttäuschungen des Autors anzeigen. Außer dem manifesten Gehalt (und den daran geknüpften indirekten, aber intendierten Mitteilungen) dokumentiert sich in solchen Texten der latente Gehalt eines dem Autor selbst unzugänglichen, entfremdeten, ihm gleichwohl zugehörigen Stückes seiner Orientierungen: Freud prägte die Formel vom ‘inneren Ausland’, um den Charakter der Entäußerung eines dem Subjekt sehr wohl Zueigenen zu treffen“ (1973, S. 267).

Hier sind die Begriffe „Text“ oder „Sprache“ in einem umfassenderen Sinn zu verstehen, und zwar als Äußerungen oder Botschaften, die sich auf verschiedenen Ebenen vollziehen können und nicht nur als verbale Mitteilungen. Konstitutiv für diesen Prozess ist jedenfalls der Therapeut, der mit seinem Vorverständnis, seinen Konzepten und Erwartungen die Erlebnisse des Klienten konstituiert. Im Rahmen des hermeneutischen Verstehensprozesses werden diese Vorannahmen und Konzepte des Therapeuten Schritt für Schritt gegen die Vorstellungen und Begriffe des Klienten ausgetauscht.

Für Keil sind es die „noch-nicht-akzeptierenden“ und die „noch-nicht-verstehenden Reaktionen“ des Therapeuten, die den „hermeneutischen Schlüssel“ zu den inkongruenten Erfahrungen des Klienten bieten. Er bezieht sich dabei auf Rogers, der schreibt, dass je größer die kommunizierte Inkongruenz ist, umso mehr tendiert auch die gemeinsame Kommunikation zu Inkongruenz und Enttäuschung und umso geringer ist das gegenseitige Verstehen und die Befriedigung in der Beziehung. Die negativen Reaktionen des Therapeuten und das Fehlen einer unbedingten Wertschätzung können daher, so Keil, ein wichtiges diagnostisches Mittel sein. Damit zieht sich Keil allerdings wieder auf den Empathie-Begriff von Rogers zurück, auf das unmittelbare, vorurteilslose einführende Verstehen. Seine eigenen Darstellungen über den hermeneutischen Verstehensprozess bleiben unberücksichtigt, demzufolge wir immer nur mit unserem Vorverständnis, und daher stets mit einem „Noch-nicht-Verstehen“ in den therapeutischen Dialog eintreten und uns erst über das hermeneutische Verfahren, Schritt für Schritt einem Verständnis der (Begriffs-)Welt des Klienten nähern.

Auch bei den „noch-nicht-akzeptierenden“ Reaktionen, sind wir auf unser bewusstes Selbsterleben verwiesen, mit seinen internalisierten, gesellschaftlichen Bewertungen und den entsprechenden Entstellungen und Verzerrungen. Keil selbst sieht ebenfalls das Problem, dass dieses „Nicht-Akzeptieren“ und „Nicht-Verstehen“ aus der eigenen Inkongruenz resultieren kann und verlangt jene Sensibilität von den Therapeuten, die sie befähigt, „die Anzeichen dafür wahrzunehmen, dass ihre Reaktionen der Bedrohung, des Ärgers oder der Verachtung ihren Hintergrund in der eigenen Persönlichkeitsstruktur haben“ (op.cit., S.12).

Noch schwieriger ist nach Keil das Erkennen eines „inkongruenten Akzeptierens und Verstehens“ aufgrund entsprechender eigener Inkongruenz oder dem Bedürfnis nach Symbiose und Konfluenz. Es bleibt offen, wieso diese sozial geformten und daher vielfach „entstellten“ eigenen subjektiven Bewertungen als diagnostisches Kriterium, als „hermeneutischer Schlüssel“ für die inkongruenten Erfahrungen des Klienten herangezogen werden sollen (zumal es strenggenommen nie darum geht, zwischen kongruentem und inkongruentem Erleben zu unterscheiden, da Kongruenz ein anzustrebendes Ideal darstellt und keine real vorfindliche Gegebenheit).

Diese Schwierigkeiten bei der Konzeption des Verstehensprozesses lassen sich vermeiden, wenn mangelndes Verständnis und fehlende Wertschätzung durch den Therapeuten als das genommen werden, was sie in erster Linie sind; als Ausdruck von dessen eigener Inkongruenz, der dadurch jene Anteile, die er bei sich abwehren oder abwerten muss beim Klienten ebenfalls nicht wahrnehmen oder akzeptieren kann. So bezeichnen E.-M. Biermann-Ratjen et al. (1995, S. 22f) die positive Wertschätzung als „Kontrollvariable“ für das empathische Verstehen des Therapeuten und nicht, wie bei Keil, für die inkongruenten Erfahrungen des Klienten: „Mit anderen Worten: Der sicherste Weg zur Überprüfung der Empathie ist der, dass der Therapeut seine emotionale Befindlichkeit im Kontakt mit dem Patienten reflektiert...“ Sie berufen sich dabei auf Rogers (1961): „Acceptance does not mean much until it involves understanding“.

Keil weist darauf hin, dass er das Konzept der hermeneutischen Empathie in Anlehnung an die Therapietheorie entwickelt hat, wie sie von E.-M. Biermann-Ratjen et al. (1995) beschrieben worden ist, und die sich z.T. streng an Rogers orientiert. Dadurch war es offensichtlich trotz des Versuchs einer Bezugnahme auf erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Ansätze schwierig, sich in diesem Punkt von der Begrifflichkeit Rogers zu lösen. So bezieht sich Keil noch auf ein Inkongruenzmodell, das sich als Grundlage für ein Persönlichkeitsmodell und eine Störungslehre als problematisch erwiesen hat und auch von verschiedenen Autoren des person/klientenzentrierten Ansatzes in dieser Form kritisiert wird (Swildens, 1989, 1990; Höger, 1990, 1993; Sauer, 1993; Pfeiffer, 1995). Dieser Inkongruenzbegriff basiert auf einem Organismus-Konzept,<sup>3</sup> demzufolge jedes Individuum sein „wahres Selbst“ oder seine „eigentliche Natur“ (Rogers), gleichsam wie ein Samenkorn in sich trägt, die sich entsprechend den jeweiligen Wachstumsbedingungen mehr oder weniger „aktualisieren“ können. Nach Keil nehmen wir mit dem empathischen Verstehen „die Spur zum ganzen und unverfälschten Erleben des Klienten auf“ (1997, S. 6). Dies bedeutet eine Rückkehr zu einem naturwissenschaftlichen Ansatz, wo es um das Auffinden von realen Gegebenheiten, wie der „eigentlichen Natur des Menschen“, des „unverfälschten organismischen Erlebens“ oder des „wahren Selbst“ geht sowie um die Aktualisierung offensichtlich genetisch festgelegter Anlagen und nicht um eine schöpferische

Selbstfindung und Selbstbestimmung des Individuums. So betont H. Swildens (1989, S. 80): „In diesem eindimensionalen Geschehen ist wenig Raum für Differenzierungen: Man kann sich allenfalls mehr oder weniger aktualisieren, kann mehr oder weniger in seinem Entwicklungsprozess stagnieren, in seinem Umgang mit sich selbst und anderen mehr oder weniger rigide werden“.

J. Finke schreibt, wie bereits erwähnt, dass der Therapeut die Persönlichkeits- und die Neurosentheorie, der er sich verpflichtet fühlt, als Raster verwendet, auf dem er die Erlebnis- und Verhaltensweisen des Klienten einordnet. Ohne diesen Raster als Hintergrund könnten wir die psychischen Phänomene gar nicht erfassen und darstellen. So können wir „ängstliches“ oder „zwanghaftes“ Erleben und Verhalten im Fluss des Interaktionsgeschehens nur ausmachen, wenn wir bereits einen Begriff von „Angst“ oder „Zwanghaftigkeit“ haben sowie von ihren Manifestationen. Diese Begriffe wiederum bekommen ihre Bedeutung nur im Kontext einer Persönlichkeitstheorie bzw. einer Störungslehre. Allerdings will Keil dieses „Verstehen durch Wissen“ nur bei schweren psychischen Störungen zum Einsatz bringen. Um aus den Reaktionen des Therapeuten „einen passenden Sinn ziehen zu können“, ist „genügend Information über die Merkmale, das Wesen und die Entstehungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten und Fehlanpassungen“ erforderlich (Keil, 1997, S. 11). Warum dieses „hermeneutische Potential der vom Wissen ‘erleuchteten’ Reaktion des Therapeuten“ nur bei schwereren Störungen zum Einsatz kommen soll bleibt unklar. Ohne dieses Wissen um psychische Strukturen und Prozesse, ohne Entwicklungstheorie und Störungslehre, in die die Phänomene eingeordnet werden können wird der hermeneutische Zirkel leicht zum *circulus vitiosus*. Hier wirkt offensichtlich noch die zwiespältige Haltung Rogers gegenüber Theorien und theoriegeleitetem therapeutischen Handeln nach: „Die Erfahrung, daß die bloße Mitteilung von Expertenwissen Klienten oft wenig hilft, hat Rogers dazu gebracht, sich in radikaler Weise dem subjektiven Erleben des Klienten zuzuwenden“ (Keil, 1997, S. 5).

### 3. Das szenische Verstehen

Wie können wir nun die abgewehrten organismischen Erfahrungen erfassen, die mit dem Selbstkonzept des Klienten nicht vereinbar und daher auch für den Betroffenen selbst nicht zugänglich sind, ja abgewehrt werden müssen. W. Keil schreibt dazu: „Eine Vorbedingung für die hermeneutische Dimension besteht darin, dass Psychotherapie überhaupt als Arbeit an verborgenen, verfälschten oder, anders ausgedrückt, an ‘tiefenpsychologischen’ Aspekten verstanden wird“. Es geht um die Auseinandersetzung „mit dem inkongruenten Erleben und dessen Bedeutung“ (1997, S. 7f). Er verweist dabei auf das Konzept des „szenischen Verstehens“ des Analytikers, A. Lorenzer, „das diesen Weg vom Noch-nicht-Verstehen zum Verstehen in sich begreift und das meiner Meinung nach auch auf ein kli-

entzerrtes Therapieverständnis übertragbar ist“ (op.cit., S. 8). So werden im Rahmen des „szenischen Verstehens“ nach Lorenzer neben den verbalen und nonverbalen „Mitteilungen“ des Klienten Interaktionsmuster erfasst, indem auch hier vom Therapeuten vorerst die eigenen Interaktionserfahrungen als Vorannahmen herangezogen werden, um überhaupt szenische Gestalten im Ablauf des gemeinsamen Interaktionsprozesses auszumachen. Bereits Freud (1940, S. 74) hat bezüglich der Übertragung darauf hingewiesen, „dass der Patient uns in ihr mit plastischer Deutlichkeit ein wichtiges Stück seiner Lebensgeschichte vorführt, über das er uns wahrscheinlich sonst nur ungenügende Auskunft gegeben hätte. Er agiert gleichsam vor uns, anstatt uns zu berichten“. Nach Lorenzer setzen sich vor allem die abgewehrten und daher erstarrten (strukturenbundenen) Interaktionsformen im Rahmen der „Wiederkehr des Verdrängten“ (Freud) immer wieder in Szene, wenn auch in unterschiedlicher Verkleidung:

„So sehr der Patient in seinen kognitiven wie affektiven Äußerungen, seinem Selbstverständnis sich und die anderen irreführt [...] so 'zwanghaft' ehrlich ist er in der 'Inszenierung' zwischenmenschlicher Beziehungen. Wiederholungszwang meint ja nichts anderes als Zwang zur unablässigen Reproduktion der neurotischen Beziehungen realiter. Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er 'in Szene gesetzt' verstanden wird; dementsprechend kann das Triebgeschehen als Situationsarrangement in den konkreten Szenen erfasst werden. Genau das muß szenisches Verstehen leisten“ (Lorenzer, 1970, S. 166).

Um die Schranke zum Unbewussten, zur Sprachlosigkeit zu überwinden ist es nach Lorenzer notwendig, dass sich der Therapeut auf das Interaktionsangebot des Klienten einlässt und nicht nur als Zuschauer die Inszenierungen des Klienten beobachtet; er betritt selbst die Bühne und nimmt am Rollenspiel des Klienten teil. Dabei gilt es die aus der Kommunikation ausgeschlossenen, exkommunizierten Interaktionsformen des Klienten aufzuspüren und wieder der Symbolisierung zugänglich zu machen. Wie die primären Bezugspersonen die Sprachsymbole in das vorerst sensomotorisch ablaufende Interaktionsgeschehen mit dem Kleinkind einfließen lassen und es allmählich benennen, so versucht der Therapeut die abgewehrten Interaktionsformen des Klienten im Zusammenspiel von Übertragung und Gegenübertragung zu erfassen und in das gemeinsame „Sprachspiel“ hereinzuholen:

„Im Zusammenspiel mit diesem organismischen Feld gewinnt die Sprache ihre systematisierende Kraft. Neurose als Aufspaltung des Sprachspiels lässt sich von daher kennzeichnen als Abtrennung der bewusstlos einsozialisierten nichtsprachlich gebildeten Regeln (der Matrix körperlicher Abläufe) und von sprachlich gefassten Regeln. Volle Praxis ist gleich dem vollen, unaufgespaltenen Sprachspiel durch weitgehende Identität beider ausgezeichnet“ (Lorenzer, 1974a, S. 137).

Hier geht es um das Auffinden von abgespaltenen und aus der Sprache ausgeschlossenen, „unaussprechlichen“ Interaktionserfah-

rungen, die nur über die Teilnahme am Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehens im Rahmen des therapeutischen Prozesses erfasst werden können. Dieses Geschehen vollzieht sich in einer spezifischen „artifizialen“ Situation, in einem „intermediären Raum“ (Winnicott), der zwischen der äußeren und der psychischen Realität angesiedelt ist. Hier fließen die „Übertragungen“ und „Gegenübertragungen“ der beiden Dialogpartner mit ihren (bewussten und unbewussten) Wünschen, Bedürfnissen und Emotionen ein und konstituieren diesen gemeinsamen Raum sowie das emotionale Klima darin. Dieses Klima bestimmt, welche Anteile an bewussten oder abgewehrten, d.h. desymbolisierten oder noch nicht symbolisierten, Erfahrungen „angesprochen“ und aktiviert werden und in den gemeinsamen (verbalen und nonverbalen) „Dialog“ einfließen. Es geht hier nicht, wie im Begriff des empathischen Verstehens, um das Hineinversetzen in den Klienten, um das „Betreten seiner Welt“ durch den Therapeuten, sondern um das Erfassen dieser gemeinsamen „Inszenierungen“. Die Mitteilungen und (unbewussten) Botschaften des Klienten richten sich ja stets an einen konkreten Dialogpartner oder Adressaten und werden von daher bestimmt und sind nicht „an sich“ vorgegeben. Diese Botschaften sind oft hinter den verbalen Mitteilungen oder „zwischen den Zeilen“ verborgen. Das Erzählen einer Leidensgeschichte zielt oft auf „ein subversives und schmerzhaftes Geheimnis“ (Lorenzer), das sich der Klient selbst nicht eingestehen will und das er nur beiläufig verraten kann, wie in den Lücken, Inszenierungen oder Symptomen. Es bedarf daher des „inneren Ohrs“, der unmittelbaren, emotionalen Anteilnahme des Therapeuten, um diese Botschaften zu entschlüsseln. J. Lacan (1986) und J. Laplanche (1992, 1998) sprechen daher nicht von einem hermeneutischen Verstehensprozess in der Therapie, sondern von der Übersetzung bzw. Rückübersetzung der entstellten Mitteilungen des Klienten sowie der unbewussten Botschaften in die gemeinsame Sprache.

#### 4. (Re-) Konstruktion der Lebensgeschichte

„... denn alle Vergangenheit ist bestimmt von meiner Gegenwart oder besser, von meiner Zukunft, meinem Entwurf“ (Laplanche, 1992, S. 470)

Wie beim „Verstehen durch Wissen“ beschränkt Keil auch das „Verstehen mit Hilfe der Lebensgeschichte“ auf bestimmte Situationen; es soll dann zum Einsatz kommen, wenn sich „rigides Erleben und massive Abwehrprozesse [...] durch normale 'Bearbeitungsangebote' oder 'organismusbezogenen Interventionen' überhaupt nicht verändern“ (1997, S. 11).<sup>5</sup> Offensichtlich ist es nur bei derartigen Fällen notwendig „die lebensgeschichtliche Perspektive“ ins Spiel zu bringen, wobei Vorstellungen davon entwickelt werden sollen, „welche Situationen diese Inkongruenz so lebenswichtig und massiv haben werden lassen“ (ebenda). Demgegenüber sieht J. Finke die

Bedeutung der „lebensgeschichtlichen Perspektive“ umfassender: „Selbstverwirklichung, das von Rogers so nachdrücklich betonte Ziel jeder Therapie, setzt ja voraus, dass das Individuum seine bisherige Lebensgeschichte auf der Folie seiner gegenwärtigen Bewertungen und seiner in die Zukunft gerichteten Entwürfe überprüft“ (1990, S. 117). Auch H. Swildens betont unter Bezugnahme auf Heidegger, dass der Mensch erst im eigentlichen Sinn zur Person wird, wenn er als „Geschichte-habendes“ Wesen konzipiert wird. „Der menschliche Horizont wird auf diese Weise bestimmt durch das Wodurch und Warum der Vergangenheit und durch das Wozu und Um-wessen-willen der Zukunft und nicht allein durch das Wie und Um-zu des Heute“ (1989, S. 82).

Keil betont hier zu recht, dass es nicht um die „objektive“ äußere Lebensgeschichte geht (diese können wir, wie bereits dargestellt, ohnehin nicht rekonstruieren), sondern um die Geschichte, wie sie der Betroffene erlebt und zwar aus seiner derzeitigen Perspektive heraus. Es ist immer eine vom Klienten „interpretierte“ Geschichte.

„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‘ (Rogers 1977) in ihrer zeitlichen Erstreckung“ (Finke, 1990, S. 121).

Bei der Bezugnahme auf die Geschichte des Einzelnen geht es also nie um eine Rekonstruktion der tatsächlichen Ereignisse, sondern um eine immer wieder neu geschaffene Konstruktion seiner Erfahrungen und Vorstellungen; es geht um die subjektive Aneignung von Ereignissen, um die „innere Realität“ des Klienten. Außerdem schreiben wir unsere Geschichte immer wieder neu, wobei die alten Fassungen nie ganz verloren gehen. Freud hat dies an seiner beliebten Metapher aus der Archäologie illustriert (entsprechend seinem objektivistischen Ansatz als „Rekonstruktion“ realer Gegebenheiten):

„Seine [des Analytikers] Arbeit der Konstruktion oder, wenn man es so lieber hört, der Rekonstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der des Archäologen, der eine zerstörte und verschüttete Wohnstätte oder ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt [...] Aber wie der Archäologe aus stehengebliebenen Mauerresten die Wandungen des Gebäudes aufbaut [...] geht der Analytiker vor, wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht. Beiden bleibt das Recht zur Rekonstruktion durch Ergänzung und Zusammenfügen der erhaltenen Reste unbestritten (1937, S. 46).

Was wir davon übernehmen können, ist der Umstand, daß es mehrere Schichten von Erinnerungen gibt, die zum Teil verschüttet, aber nicht verloren sind. „Alles Wesentliche ist erhalten“, schreibt Freud (1937, S. 47), „selbst was vollkommen vergessen scheint, ist noch irgendwie und irgendwo vorhanden, nur verschüttet, der Ver-

fügung des Individuums unzugänglich gemacht“. J. Lacan hat dies anhand des Palimpsests dargestellt, d.s. Pergamentbögen, die durch Abschaben mehrmals neu beschrieben wurden, wie aus Untersuchungen an klösterlichen Handschriften gezeigt werden konnte, wobei der ursprüngliche Text meist verändert und umgeschrieben worden ist. So ist auch das Bild, das wir als Erwachsene von den Eltern haben anders als jenes, das wir als Kleinkinder oder als pubertierende Jugendlichen hatten. Trotzdem bleiben die alten Bilder gespeichert und in bestimmten Situationen oder in Träumen treten diese Bilder wieder zutage, sowie die Wünsche und Ängste, die mit diesen Bildern verbunden sind.

Unsere je eigene subjektive „Wirklichkeit“ ist somit der ständigen Modifikation unterworfen, sie wird aus dem jeweiligen Sinn- und Bedeutungskontext heraus stets neu konstruiert. Es gibt kein „Original“ auf das wir zurückgreifen können und das es wiederherzustellen gilt, sondern wir sind genötigt oder berufen unsere Biografie stets neu zu entwerfen. Nach Heidegger (1993, S. 144f) vollzieht sich dieser Prozess in der Bewegung zwischen Geworfenheit und Entwurf; als Wesen, das sich seines „In-der-Welt-sein“ bewusst ist, ist der Mensch immer auf einen Entwurf hin angelegt und nicht nur durch seine Geworfenheit bestimmt.

Es ist schließlich auch Ziel der Psychotherapie die Bedeutungen und Bewertungen unserer Erfahrungen zu verändern, um die abgewehrten Erlebnisse in unser Selbsterleben integrieren zu können. Finke (1990, S. 122) schreibt unter Bezugnahme auf W. A. Schelling: „Das Heilsame an der Vergegenwärtigung der Lebensgeschichte liegt demnach nicht allein in der Entdeckung der historischen Wahrheit der Patienten, sondern vor allem in dem Versuch, ‚das seelische Leben unter einer neuen Perspektive zu begreifen und die reflexive Selbsterfahrung des Patienten neu zu konstituieren.‘“

Was bleibt nun allerdings von der „Wahrheit“, worauf können wir uns noch verlassen? Sind wir nun alle in unserer eigenen subjektiven Welt gefangen ohne Aussicht auf Verständnis des eigenen Erlebens und vor allem des Erlebens anderer, zumal wir ja aufgrund unserer eigenen Inkongruenz nur verzerrt und lückenhaft wahrnehmen können? Auch „objektive“ wissenschaftliche Einsichten können uns kaum weiterhelfen. So führt uns auch, wie G. Bittner (1995, S. 168) anmerkt, „die mit viel methodologischem Getöse ins Werk gesetzte empirische Säuglings- und Kleinkindforschung moderner Provenienz keineswegs die früheste Lebensphase vor Augen, ‚wie sie wirklich ist‘, sondern landet flugs in einer neuen Kindheitskonstruktion: der des ‚kompetenten Säuglings‘“.

Dieser Subjektivismus oder Solipsismus wird allerdings relativiert durch den Umstand, dass wir unsere Vorstellungen, Begriffe und Erlebnismodalitäten in gemeinsamer Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Sprachgemeinschaft erwerben. Wahrheit ist immer eine kommunikativ hergestellte, also intersubjektiv konstruierte Wahrheit. Es ist vor allem die gemeinsame Lebenspraxis, der aktive Umgang mit Gegenständen und Personen, die die Selbst- und Objektpräsentanzen konstituieren, das was wir als „psychische

Realität“ bezeichnen.<sup>6</sup> Der Verlust von gültigen Wahrheiten und der objektiven Realität, bietet andererseits die Möglichkeit, die Biografie frei von faktischen oder theoretischen Fesseln neu zu fassen: Biografie ist nicht mehr einem Schicksal unterworfen, an die Aktualisierung eines „wahren Selbst“ gebunden oder „dunklen Trieben“ ausgesetzt, sondern ein Akt der Sinngebung, der schöpferischen Gestaltung durch das jeweilige Individuum. Auch S. Freud betonte: „Wir geben die einzelne Konstruktion für nichts anderes aus als für eine Vermutung, die auf Prüfung, Bestätigung oder Verwerfung wartet. Wir beanspruchen keine Autorität für sie, fordern vom Patienten keine unmittelbare Zustimmung, diskutieren nicht mit ihm, wenn er ihr zunächst widerspricht“ (1937, S. 52). Damit gewinnen wir die Freiheit einer schöpferischen Neukonstruktion und Neubestimmung, werden zum Autor unserer eigenen Biografie, zum „dichtenden Helden“, wie Freud schreibt, der seine Enttäuschungen, Entbehrungen und Demütigungen in Tagträumen, Phantasien und Vorstellungen kompensiert; an die Stelle der erlebten Familiengeschichte setzen wir den „Familienroman“.

Durch die Therapie soll der Klient in die Lage versetzt werden, die Gründe und Notwendigkeiten seiner biographischen Konstruktion mit ihren „Mythen“ und „Alibis“ (Swildens) zu verstehen, als „eine Biographie des Überlebens, des Bestehens, des Trotzdem-sich-Behauptens, geleistet mit Mitteln wie Vergessen, Verdrängen und dem Verfassen einer Lebensgeschichte nach dem Rezept der Schriftsteller, welche die wirkliche Welt durch die gewünschte Welt ersetzen. Sie [die neue Konstruktion] besteht darin, daß er versteht, dass es eine andere Biografie gibt, welche ihm verständlich werden läßt, warum er sich so verhalten hat, warum er diese Entstellungen nötig hatte“ (Cremerius, 1984, S. 410).

#### Literatur:

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J & Schwartz H-J (1995) Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Bittner, G. (1995) Psychoanalyse im Wandel - oder: die Wandlungen eines Psychoanalytikers. In Bell, K. & Höhenfeld, K. (Hrsg.): Psychoanalyse im Wandel. Gießen: Psychosozial Verl.
- Cremerius, J. (1984) Die Konstruktion der biographischen Wirklichkeit im analytischen Prozeß. In Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, Bd. 2. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 398-425
- Dilthey, W. (1900) Die Entstehung der Hermeneutik. In Gesammelte Schriften, Bd. 5. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1982, 317-338
- Finke J (1990) Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozeß. In Meyer-Cording, G. & Speirer, G. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit. Köln: GwG-Verl.
- Finke J (1994) Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Freud, S. (1914) Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Gesammelte Werke, Bd X, Frankfurt/M: Fischer 1962, 43-113
- Freud, S. (1915) Das Unbewußte. Gesammelte Werke, Bd. X, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 263-303
- Freud, S. (1937) Konstruktionen in der Analyse. Gesammelte Werke, Bd XVI, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 43-56
- Freud, S. (1940) Abriß der Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. XVII, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 63-139
- Gadamer, H. G. (1965) Wahrheit und Methode. Tübingen: Mohr
- Habermas, J. (1973) Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Habermas, J. (1985) Zur Logik der Sozialwissenschaften. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Heidegger, M. (1993) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- Höger, D. (1990) Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In Meyer-Cording, G. & Speirer G.-W. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute. Köln: GwG-Verl., 30-53
- Höger, D. (1993) Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln: GwG-Verl., 17-41
- Keil, W. (1992) Hermeneutische Empathie. In Stipsits, R. & Hutterer, R. (Hrsg.): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie, Wien: WUV, 83-91
- Keil, W. (1997) Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. Person, 1, 5-13
- Lacan, J. (1986) Funktion und Feld des Sprechens und der Sprache in der Psychoanalyse. In Schriften 1. Weinheim-Berlin: Quadriga, 71-169
- Laplanche, J. (1992) Deutung zwischen Determinismus und Hermeneutik. Eine neue Fragestellung. Psyche, 46, 467-98
- Laplanche, J. (1998) Die Psychoanalyse als Anti-Hermeneutik, Psyche, 52, 606-618
- Lorenzer, A. (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1974a) Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1974b) Wittgensteins Sprachspiel-Konzept in der Psychoanalyse. Psyche, 28, 833-852
- Lorenzer, A. (1983) Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen. Psyche, 37, 97-115
- Lorenzer, A. (1988) Freud: Die Natürlichkeit des Menschen und die Sozialität der Natur. Psyche, 42, 426-438
- Nietzsche, F. (1956) Morgenröte. Gedanken über moralische Vorurteile. In Werke, Bd. 3, München: Hanser, 9-332
- Nietzsche, F. (1956) Aus dem Nachlaß der Achtzigerjahre. In Werke. Bd. 3, München, Hanser, 415-925
- Pfeiffer, W.M. (1995) Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In Schmidtchen, S.; Speirer, G.-W. & Linster H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störungen, Bd. 2, Köln: GwG-Verl, 41-48
- Raguse, H. (1996) Die Bibel zwischen Literaturinterpretation und analytischem Prozeß. Psyche, 50, 817-835
- Riccoer, P. (1969) Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Rogers, C.R. (1951) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler 1972
- Rogers, C.R. (1959) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verl, 1987
- Rogers, C.R. (1961) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett, 1973
- Rogers, C.R. (1977) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler

- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977) Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett, 1980
- Sauer, J. (1993) Zum Problem des "subjektiven Faktors" im personenzentrierten Ansatz von Rogers. Personenzentriert, 1, 46-79
- Snygg, D. & Combs, A.W. (1949) Individual behavior. A new frame of reference for psychology. New York: Harper
- Spielhofer, H. (1995) Subjektivität und Sprache I. Ein Beitrag zum Wissenschaftsverständnis in der Psychotherapie. Psychoth. Forum, 3, 18-37
- Spielhofer, H. (1996) Zum Subjekt-Begriff in der klientenzentrierten Psychotherapie. GwG Zts., 102, 24-34
- Swildens, H. (1989) Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In Behr, M. et al. (Hrsg): Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg: Otto Müller, 80-106
- Swildens, H. (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG-Verl.
- Wittgenstein, L. (1960) Philosophische Untersuchungen, Teil I, Frankfurt/M: Suhrkamp

### Endnoten

- 1 Allerdings bezieht sich Rogers nicht auf die Philosophie Husserls oder Heideggers, mit deren Arbeiten er sich selbst nicht unmittelbar beschäftigt hat, sondern auf die eher „pragmatischeren“ amerikanischen phänomenologischen Ansätze im Rahmen der Psychologie, insbesondere der Wahrnehmungspsychologie von D.Snygg und A.W.Combs (1949).
- 2 Von hermeneúo (griech); aussagen, erklären, auslegen, übersetzen. Vgl. auch Hermes, der Götterbote und Vermittler zwischen den Göttern und den Menschen. Bereits Aristoteles hat in seinem Traktat „Peri hermêneias“ (Über die Interpretation) eine Abhandlung über die Rede verfaßt. Bei ihm ist bereits jede Aussage eine Interpretation eines inneren Zustands und nimmt teil am allgemeinen Sinn des „Logos“.
- 3 Die Begriffe „Organismus“ und „Aktualisierungstendenz“ sind vielmehr als Metaphern zu verstehen, mit denen das Lebensprinzip und die darin wirksamen „positiven“ Kräfte versinnbildlicht werden sollen. So schreibt Höger im Zusammenhang mit der Aktualisierungstendenz von einem „übergeordneten Sinnprinzip“ und sieht sie nicht als umfassendes Motiv des Menschen (1990, S. 39).
- 4 Der Begriff des „Sprachspiels“ stammt von L.Wittgenstein (1960), der damit die einsozialisierten Sprach-, Denk- und Erlebnismuster einer Sprachgemeinschaft bezeichnet, die sowohl unsere Wahrnehmungen, wie auch unsere Handlungen und Ausdrucksformen bestimmen. (vgl. dazu A. Lorenzer, 1974b).
- 5 In der ersten Publikation (1992) über die „hermeneutische Empathie“ sieht Keil das Erkennen der lebensgeschichtlichen Bedeutung der Inkongruenz noch als „den wesentlichen hermeneutischen Schritt“: „...die lebensgeschichtlich gewordene Bedeutung der Inkongruenz intuitiv zu erspüren und zu erfassen [ ... ] ist die wichtigste Leistung dessen, was man unter einem psychotherapeutisch geschulten Wahrnehmungsvermögen versteht“ (1992, S. 88).
- 6 Dieser kommunikativ konstruktivistische Wahrheitsbegriff stellt das Paradigma von Innen und Außen, von „psychischer Realität“ vs. „objektiver Realität“, das seit Descartes unser Denken bestimmt, in Frage. Diese epistemologische Wende muß erst in ihrer Konsequenz für die Psychotherapie diskutiert werden; insbesondere im Hinblick auf die Konstituierung des Selbst durch „Verinnerlichung“ von äußeren Normen und Beziehungsmustern.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. Hermann Spielhofer, Josefstädterstraße 35/12, A-1080 Wien

Jobst Finke

# Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie

## Zusammenfassung

*Es wird davon ausgegangen, daß das Störungskonzept von Rogers eine Therapietheorie verlangt, die den therapeutischen Prozeß als eine systematische und hermeneutisch zu definierende Resymbolisierung beschreibt. Rogers selbst geht therapietheoretisch jedoch eher vom Wachstumsmodell aus, das er später gewissermaßen beziehungstheoretisch ergänzt. So sind innerhalb des personenzentrierten Ansatzes 3 Ausrichtungen entstanden, die sich jeweils auf Rogers berufen können: Diejenige, die das Aktualisierungs- bzw. das Wachstumsmodell betont, diejenige, die vom Inkongruenzmodell und dem damit verbundenen Konzept der Symbolisierungsstörung ausgeht und diejenige, die sich an dem Begegnungskonzept des späten Rogers orientiert. Die störungs- und therapietheoretischen Besonderheiten dieser 3 Ausrichtungen werden dargestellt und es wird gefordert, auch konzeptuell diese 3 Ansätze stärker miteinander zu verbinden.*

**Schlüsselworte:** *Störungs- und Therapietheorie der personenzentrierten Psychotherapie, Wachstums- und Beziehungstheorie, Inkongruenzmodell, Symbolisierungsstörung*

## 1. Die Bedeutung der Krankheitslehre für die Therapietheorie

Die Bedeutung der Krankheitslehre zeigt sich z.Z. in Deutschland unter einem sehr aktuellen, d.h. politischen Aspekt, nämlich beim Kampf um die kassenrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie. Ganz allgemein aber hat eine Krankheitslehre auch den gesundheitsrechtlichen Zweck, den Status von Krankheit zu definieren und damit zu bestimmen, wer etwa auf Kosten der sog. Solidargemeinschaft der Versicherten in den Genuß einer „Krankschreibung“ kommt, also vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr arbeiten muß. Auch die Gewährung einer Psychotherapie auf Kosten dieser Solidargemeinschaft hat die Zuschreibung von Krankheit zur Voraussetzung. Aber davon soll hier im weiteren nicht die Rede sein.

Hier soll vielmehr nach der Bedeutung der Krankheitslehre für die therapeutische Praxis gefragt werden. Jede Handlungswissenschaft bemüht sich um eine theoretische Begründung dieses Handelns. Reflektierte Praxis benötigt konzeptuelle Entwürfe, auf die sich eben diese Reflexion beziehen kann. Auf die Psychotherapie übertragen bedeutet dies die Konzeptualisierung von Ätiologie und Genese der psychischen Störung wie der Theorie ihrer Beeinflussung. Dabei sollte die letztere sich mehr oder weniger schlüssig aus der ersteren ergeben.

Rogers (1987) beschreibt bekanntlich die Ursache der neurotischen Störung als eine Inkongruenz von organismischer Erfahrung und dem Selbstkonzept. Er konzeptualisiert die Abspaltung der organismischen Erfahrung vom Selbstkonzept als eine verzerrte oder gar ausbleibende Symbolisierung. Diese Symbolisierungsstörung liegt der neurotischen Erkrankung zugrunde. Auf dieses Konzept der Symbolisierungsstörung nehmen aber die therapietheoretischen und behandlungspraktischen Hinweise von Rogers keinen unmittelbaren Bezug. Sie visieren nur das prinzipiell Symbolisierte an, also Gefühle und Bedürfnisse, die der Verbalisierung zugänglich sind und so zumindest „am Rande der Gewährwertung“ liegen (Rogers, 1977). Der Modus des von Rogers dargestellten therapeutischen Verstehens beschreibt nicht, wie das Verstehen eines zunächst, weil jeder Symbolisierung entzogen, Unverständlichen möglich sein soll. Rogers hat keine hermeneutischen Regeln vorgegeben, die auf eine Erschließung des nicht-symbolisierten, des verborgenen, von der Gewährwertung ausgeschlossenen Sinnes Bezug nehmen.

Wir kennen die therapietheoretischen Erwägungen dieser Unterlassung. Rogers vertraute hier ganz auf die das Selbstverstehen ermöglichende Aktualisierungstendenz des Klienten und er wollte diesem nicht direktiv vorgreifen. Er wollte den Patienten nicht durch therapeutische Deutungen gewissermaßen fremdbestimmen. Er ging davon aus, daß durch die wertschätzend-einfühlende Haltung des Therapeuten, als eine zur Ursache der Symbolisierungsstörung gegenläufige, dem Patienten die Selbstverständigung und damit die Überwindung der Inkongruenz gelingt.

Aber auch unter dieser Prämisse hätte er den Prozeß der zunehmend exakteren Symbolisierung als eine sinnrekonstruierende Selbstreflexion beschreiben müssen. So ist zu fragen, ob der Therapietheoretiker Rogers hier dem Neurosentheoretiker Rogers nicht etwas schuldig bleibt, d.h., ob nicht ausführlicher hätte auf den Begriff gebracht werden müssen, wie ein Verstehen nicht symbolisierter, also dem sprachlichen Erfassen primär nicht zugänglicher Sinngehalte möglich sei. Da die Bedingungen der Möglichkeit eines Verstehens jenseits der Sprache, d.h. jenseits allgemeiner und intersubjektiv vermittelter Symbole nicht konsequent genug beschrieben werden, entsteht leicht der Eindruck einer Diskrepanz zwischen der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre und ihrer Therapietheorie. Zumindest ist die Frage zu stellen, ob die Implikationen der klientenzentrierten Neurosentheorie in ihrer Therapietheorie genügend Berücksichtigung finden.

Der Eindruck einer Diskrepanz oder gar eines Widerspruches zwischen dem Neurosentheoretiker Rogers und dem Therapietheoretiker Rogers wäre nicht an sich schon verwerflich. Man könnte ihn aufgrund bestimmter therapietheoretischer Prämissen für in der Sache begründet halten, insofern als bestimmte Implikationen der Krankheitslehre therapiepraktisch nicht kurzschlüssig umgesetzt werden dürfen. Aber Rogers hat es versäumt, diesen Widerspruch zu thematisieren und ihn damit insofern aufzuheben, als das Behandlungskonzept gerade unter dem Aspekt eines notwendigen Umwegs zur Überwindung der Inkongruenz detailliert erörtert wird. So besteht die Gefahr, die beiden Antipoden dieses Widerspruches undialektisch auseinanderfallen zu lassen, was sich nicht selten in Diskussionen zwischen „Technikern“ einerseits und haltungs- bzw. einstellungs-orientierten Gesprächspsychotherapeuten andererseits oder zwischen ganzheitlichen Therapeuten auf der einen Seite und störungspezifisch eingestellten auf der anderen Seite zeigt.

Dieser Vorwurf trifft aber nur den Theoretiker Rogers, nicht so den Praktiker. Liest man seine Therapietranskripte oder sieht man ihm per Video-Band bei der Arbeit zu, so spürt man nicht nur die tiefe Bereitschaft zur Wertschätzung und zur präzisen Widerspiegelung der Äußerungen des Patienten. Man bekommt vielmehr bei einem längeren Zusehen den Eindruck, daß Rogers sehr wohl bemüht ist, einen verborgenen Sinn in den Äußerungen des Patienten zu entdecken und sich ein zunehmend genaueres Bild von den auch nicht symbolisierten Befürchtungen, Ängsten und Hoffnungen des Patienten zu machen und dieses auch zunehmend in seine Verstehensangebote einfließen zu lassen. Das hier angesprochene Problem besteht auch darin, daß der Therapietheoretiker Rogers keinen Unterschied macht zwischen dem verbalisierten Verstehen und dem vorläufig noch nicht mitgeteilten Verstehen des Therapeuten, das aber für die therapeutische Suchhaltung eine leitende Funktion hat. Gerade einer solchen Leitungsfunktion eines dem Patienten voraus-

gehenden Verstehens bzw. einer vorgängigen Urteils- oder Diagnosebildung hat der Therapietheoretiker Rogers bekanntlich sehr reserviert gegenüber gestanden.

Zwar deutet er gelegentlich an, daß es auch einen latenten Sinn zu erfassen gilt, so wenn er etwa schreibt: „.... Empathie bedeutet .... Bedeutungen zu erahnen, deren sie [die Person] selbst kaum gewahr wird;...“ (Rogers 1980). Rogers gibt aber keine hermeneutischen Regeln für dieses erahnende Verstehen vor, er sagt nicht, innerhalb welchen Kontextes sich dieses Erahnen zu bewegen habe, auf welche möglichen Sinnzusammenhänge sich die Suchhaltung des Therapeuten ausrichten solle. Außerdem relativiert er die Bedeutung eines solchen erahnenden Verstehens (ein Begriff, der sich schon bei Schleiermacher, dem Begründer der systematischen Hermeneutik, findet) als das Erschließen eines verborgenen Sinns durch viele andere Äußerungen erheblich, so etwa, wenn er darlegt, daß das entscheidende therapeutische Agens die Gegenwärtigkeit und Authentizität des Therapeuten sei.

Durch eine in solchen Äußerungen angedeutete Konzeption wird nicht genügend geklärt, wie der durch die Symbolisierungsstörung eingeengte Bezugsrahmen des Patienten erweitert werden soll, wie die durch die Sprachzerstörung bedingte Verstehensbarriere überwunden werden soll, wie gewissermaßen hinter dem Rücken gestörter Sprachlichkeit der verborgene Sinn zu erschließen ist. Die störungstheoretischen Vorgaben von Rogers finden so therapietheoretisch keine genügende Berücksichtigung, die sich aus den Vorgaben des Inkongruenz-Modells ergebenden behandlungskonzeptionellen Forderungen bleiben therapietheoretisch uneingelöst.

Wegen dieser Differenz zwischen Krankheitslehre und Therapietheorie kommt es innerhalb der Gesprächspsychotherapie auch immer wieder zu divergierenden Positionen hinsichtlich der Qualität des Einfühlenden Verstehens. Bedeutet dieses nur so etwas wie „Verständnis haben“ und „Verständnis zeigen“ durch ein reines Nachbilden der vom Patienten weitgehend bewußtseinsnah erlebten Gefühle und Bedürfnisse oder bedeutet dies ein Erfassen von der Gewahrdung primär unzugänglichen Selbstaspekten und ein verstehendes Rekonstruieren nicht symbolisierter Erlebnismuster?

Oft wird hier die Antwort im erstgenannten Sinne gegeben, wenn es z.B. heißt, daß in der Gesprächspsychotherapie nicht gedeutet würde und daß dieser grundsätzliche Deutungsverzicht das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zur Psychoanalyse sei (z.B. Auckenthaler 1989, 197). Auch die Verwirrung in der Frage, wieweit sich der Therapeut als Experte betrachten dürfe und die unglückselige Unterscheidung zwischen einem (legitimen) Prozeßexpertentum und einem (illegitimen) Inhalts-Expertentum haben in diesem Grundproblem ihre Wurzeln.

Hier soll nun die Position vertreten werden, die Aufgabe des Einfühlenden Verstehens auch in dem Erschließen eines verborgenen Sinns zu sehen. Damit wird die Hermeneutik, die Lehre vom kunstgerechten Verstehen eine wesentliche Position der gesprächspsychotherapeutischen Therapietheorie. Diese Position findet, wie gesagt, ihre Rechtfertigung in der Krankheitslehre von Rogers, nämlich die Inkongruenz als Symbolisierungsstörung oder, um es mit Lorenzer (1976) zu formulieren, als Sprachzerstörung zu konzipieren. Das neurotische Symptom ist demnach als das Ergebnis einer Symbolisierungsstörung, einer Kommunikationsstörung auch mit sich selbst, zu sehen. Es ist so letztlich Ausdruck einer Selbstentfremdung, die es hermeneutisch aufzuheben gilt.

Der Begründer einer systematischen Hermeneutik ist, wie gesagt, Schleiermacher (1768-1834). Er hat eine wesentliche Aufgabe der Hermeneutik mit dem berühmten Satz auf eine knappe Formel gebracht, daß es darauf ankäme „die Rede zuerst ebensogut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“ (Schleiermacher 1977, 94). Der erste Teil dieser Forderung wird in der Regel von den Gesprächspsychotherapeuten sehr ernst genommen, von manchen Psychoanalytikern vielleicht weniger, für die wiederum der zweite Teil dieses Postulates der wichtigere ist, mit dem sich die Gesprächspsychotherapeuten ihrerseits nicht selten schwer tun. Darf man den Patienten besser verstehen wollen, als er sich selbst versteht? Dies scheint für nicht wenige Gesprächspsychotherapeuten eine beunruhigende Frage zu sein, was vielleicht nicht ganz unverständlich ist, wenn man bedenkt, daß es auch destruktive, weil verfremdende Formen des Besser-Verstehen-Wollens gibt.

Wenn der Therapeut jedoch das Selbstverstehen des Patienten vertiefen will, wenn er ihm helfen will, seine organismische Erfahrung exakt zu symbolisieren, wird der Therapeut ein vorgängiges Verstehen, zumindest eine ahnende Vermutung hinsichtlich des Horizontes haben müssen, innerhalb dessen diese Symbolisierung zu suchen ist. Der Therapeut muß also ein Vorverständnis, d.h. ein Raster von Bedeutungsvorgaben haben, um die Äußerung des Patienten überhaupt auf einen möglichen Sinn hin auslegen zu können (Gadamer 1975, 261).

Dieses Vorverständnis, das im therapeutischen Prozeß, den hermeneutischen Zirkel durchlaufend, indes immer mehr zu präzisieren ist, wird durch die Krankheitslehre dargestellt. Einer solchen Krankheitslehre wurde von Habermas (1979, 321 f) in Bezug auf die Psychoanalyse wissenschaftstheoretisch die Position eines allgemeinen Interpretationsschemas bzw. einer Erzählfolie zugewiesen, die dazu dienen soll, die Erzählung des Patienten zu strukturieren, um so deren Lücken auffüllen und deren Sinnbrüche verstehend beheben zu können. In dieser Position und in dieser Funktion soll auch hier die gesprächspsychotherapeutische Krankheitslehre gesehen werden.

## 2. Das Inkongruenzmodell

Im Zentrum der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre steht, wie schon gesagt, das Inkongruenzkonzept. Dieses besagt eine Unvereinbarkeit zwischen dem Selbstkonzept, also dem Selbstbild und dem Selbstideal einerseits und dem, was Rogers die organismische Erfahrung nennt andererseits. Falls diese unmittelbare und ganzheitliche Erfahrung dem Individuum Bedürfnisse und Intentionen anzeigt, die mit seiner Selbstachtung nicht vereinbar sind, müssen diese Erfahrungen von der Gewährerdung ausgeschlossen werden. Das Individuum schützt sich so vor der Vergegenwärtigung von Erfahrungen, die sein Selbstkonzept erschüttern und die sein Selbstwerterleben in Frage stellen würden. Dies geschieht durch eine ausbleibende oder eine verzerrte Symbolisierung solcher Erfahrungen. Die organismischen Erfahrungen werden so kodiert, daß sie dem Individuum nicht mehr verständlich sind. Das Individuum ist sich dadurch selbst nicht mehr zugänglich, ist sich seiner selbst fremd geworden.

Die eigentlich neurotische Störung beginnt, wenn diese Wahrnehmungsblockade vorübergehend nicht ganz funktioniert und das Selbstkonzept durch eine „unterschwellige Wahrnehmung“ (Rogers 1987, 25) erschüttert wird und nun alle Kraft aufbietet, die Abwehr in der Form des neurotischen Symptoms neuerlich aufzurichten. Das neurotische Symptom ist so auch als verzerrte Symbolisierung zu lesen.

Warum erlebt das Individuum die unverstellte Wahrnehmung seiner Selbst als Erschütterung? Hier argumentiert Rogers bekanntlich entwicklungspsychologisch und zeigt damit die biographische bzw. historische Dimension des Menschen auf. Die maßgeblichen Bezugspersonen, also meist die Eltern, knüpfen ihre Zuwendung und Anerkennung an die Bedingung einer Tabuisierung bestimmter Bedürfnisse. Um mit seinen Eltern nicht überdauernd in Konflikt zu sein, identifiziert sich das Kind mit deren Forderungen und nimmt dafür die Inkongruenz zum eigenen organismischen Erleben in Kauf. In der Interaktion mit späteren Beziehungspartnern wird diese Tendenz zur Verleugnung der eigenen Erfahrung, abhängig von deren Bereitschaft oder Fähigkeit zum bedingungslosen Akzeptieren dieser Partner, entweder verfestigt oder aber gemildert.

## 3. Modelle gesprächspsychotherapeutischer Störungs- und Therapie-Theorie

Das Inkongruenzmodell und seine therapietheoretischen Implikationen hat aber offenbar nicht für alle Gesprächspsychotherapeuten die gleiche Verbindlichkeit. Denn die Gesprächspsychotherapie ist, wie andere Verfahren auch, kein monolithischer Block worauf zuletzt Keil (1997 b) in einer mehrere Richtungen differenzierenden

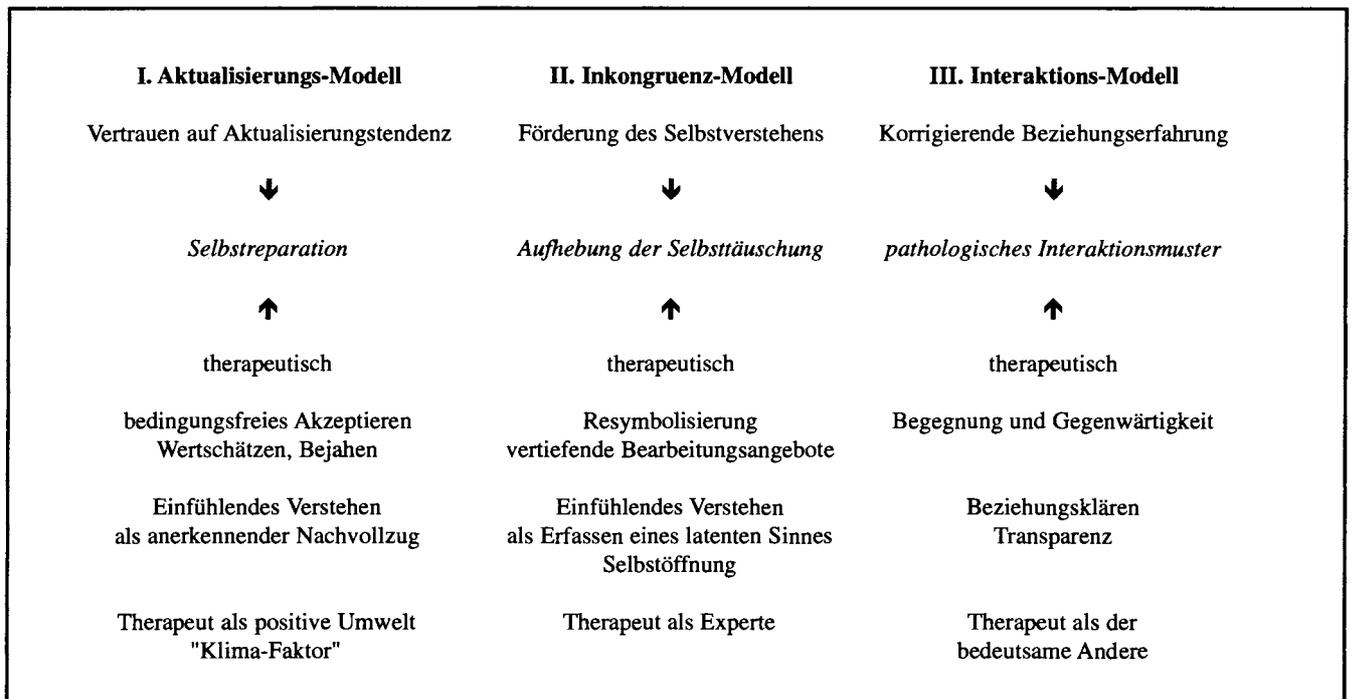


Abb. 1: *Therapiekonzepte der GPT*

Aufstellung hinwies. Diese unterschiedlichen Richtungen unterscheiden sich durch Ausdifferenzierungen des therapeutischen Grundmodells. Dies zeigt sich vor allem im Bereich der Therapietheorie. Versucht man, diese unterschiedlichen Richtungen nach dem jeweils leitenden therapeutischen Grundkonzepten zu ordnen, so ergeben sich 3 therapeutische Modellvorstellungen.

**I. Das Aktualisierungs-Modell:**

In dieser Gruppe sind Ansätze zusammengefaßt, die, von einer Betonung der Aktualisierungstendenz als anthropologischer Grundkonstanten ausgehend, sehr das Basismerkmal Bedingungsloses Akzeptieren betonen. Sie sehen in einer bejahenden, anerkennenden und wertschätzenden Grundhaltung den maßgeblichen Wirkfaktor. Das Einführende Verstehen definieren sie deshalb auch eher als ein bestätigendes Begleiten der Selbstexploration, als einen bejahenden Nachvollzug des Erlebens des Klienten denn als ein Erschließen verborgener Sinnzusammenhänge. Die maßgebliche Verbesserung des Selbstverstehens des Klienten, die Wiederherstellung einer Selbstverständigung soll möglich sein vor allem durch jene Faktoren, die gegenläufig sind zu den störungsverursachenden, d.h. dem nicht bedingungslosen Akzeptieren seitens der Eltern.

Etwas überpointiert könnte man sagen, daß hier die Aufgabe des Therapeuten vor allem darin gesehen wird, ein positives Klima herzustellen, in dem sich die Aktualisierungstendenz dadurch voll entfalten kann, daß der Therapeut eine Haltung der Wertschätzung und der Selbstwertbestätigung stellvertretend für den Patienten übernimmt, eine Einstellung, die der Patient sich selbst gegenüber

noch nicht einnehmen kann. Durch diesen bejahenden, einfühlsamen Blick des Therapeuten ist es dem Patienten möglich, bisher nicht akzeptierte Selbstaspekte zu integrieren und so die Kohärenz seines Selbst wieder herzustellen. Das Erleben von Verständnis und Wertschätzung mobilisiert beim Patienten Selbstvertrauen und führt dazu, den unterbrochenen Prozeß konstruktiver Selbstentfaltung wieder fortzuführen. Die Vertreter dieses Modells sind skeptisch gegenüber Verstehensangeboten, die den Bezugsrahmen des Patienten deutlich übersteigen oder die in ausgeprägter Weise zielorientiert sind und insofern eine gewisse Therapeutenzentriertheit implizieren. Diese Skepsis betrifft auch die Konzeptualisierung bestimmter Interventionstechniken. Bei einigen Vertretern dieser Richtung bestehen auch Vorbehalte gegenüber einer Diagnostik und einem Expertentum voraussetzenden störungsspezifischen Vorgehen.

Vertreter dieser Modellvorstellung sind u.a. Biermann-Ratjen, Eckert, Höger und Auckenthaler.

Dabei sollen hier aber nur die Autoren des deutschen Sprachraumes berücksichtigt werden. Sonst müßte man hier z.B. auch Bozarth, Brodly und Brody nennen.

**II. Das Inkongruenzmodell:**

Die Vertreter dieser zweiten Gruppe berücksichtigen in ihrer Therapietheorie am konsequentesten die Implikationen des Inkongruenzmodells. Tendenziell sehen sie ihre Aufgabe darin, deutlich zu machen, wie durch Desymbolisierung zunächst Unverständliches, also von der Gewahrwerdung Ausgeschlossenes, wieder in die Verständlichkeit zurückgeführt werden kann. Für sie geht deshalb das

Einfühlende Verstehen über einen empathischen Mitvollzug des offensichtlichen Erlebens des Patienten hinaus. Sie versuchen entweder durch auf die Intensivierung der Selbstauseinandersetzung zielende Bearbeitungsangebote die Selbstexploration zu vertiefen (Sachse 1992, 239 f) oder durch hermeneutisch definierte Verstehensangebote über den manifesten Sinn des vom Patienten Geäußerten hinaus zu fragen, um so diesem zu helfen, sich die abgespaltene organismische Erfahrung wieder zugänglich zu machen (Swidens 1991, Keil 1997, a, Finke 1998).

Auch wo versucht wird, die Inkongruenz als einen eher bewußtseinsnahen Konflikt zu konzipieren, wird doch für ein auf bestimmte Inkongruenzkonstellationen zielendes und insofern störungsspezifisches und auf eine bestimmte Konfliktthematik ausgerichtetes Vorgehen plädiert (Speierer 1994, Teusch 1995, 9f). Mit solchen Konzepten eines störungsspezifischen und differentiellen Vorgehens

ist auch die Bereitschaft zu einer wie auch immer gearteten Diagnostik und Klassifikation gestörten Erlebens verbunden.

Zwar sind, wie schon angedeutet, innerhalb dieses betont auf das Inkongruenzmodell bezugnehmenden Ansatzes wiederum sehr unterschiedliche Richtungen zu unterscheiden (Keil 1997, b); es besteht jedoch bei fast allen die Tendenz, auf die Ausformulierung einer wie auch immer bestimmten Therapietechnik Wert zu legen. Das bedeutet, daß das Einfühlende Verstehen hier nicht nur als ein Einstellungsmerkmal, sondern ganz wesentlich auch als eine Handlungskategorie angesehen wird. Dabei streben die Vertreter dieser Gruppierung dazu, dieses Handeln auch in seiner Komplexität begrifflich zu fassen und so unterschiedliche Bearbeitungsangebote (Sachse 1992, 231ff) bzw. unterschiedliche Ebenen und Inhalte des einführenden Verstehens (Finke 1994, 48f) zu beschreiben. Dies führt dann zur Konzeptualisierung eines in sich differenzierten wie

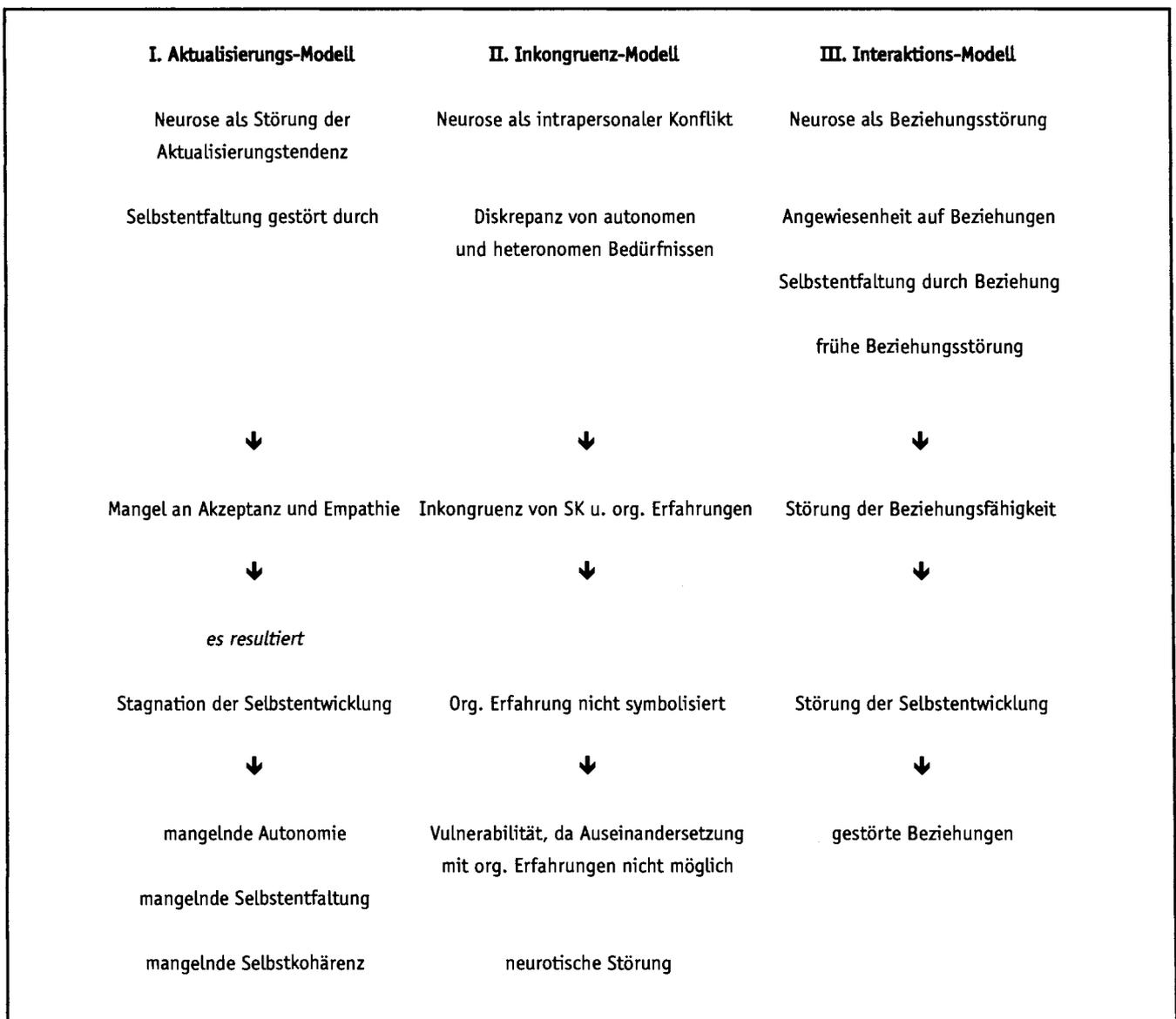


Abbildung 2: Die Störungskonzepte

differentiell einzusetzenden Vorgehens und insofern auch zum Postulieren eines therapeutischen Expertentums. Vertreter dieser Gruppierung sind u.a. Swildens (1991), Tscheulin (1992), Sachse (1992), Speierer (1994), Finke (1994), Teusch und Finke (1995), Keil (1997 a).

### III. Das Interaktionsmodell:

Die Vertreter dieser Gruppierung betonen besonders nachdrücklich die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung sowohl für die Heilung wie umgekehrt auch für die Entstehung neurotischer Störungen. Das Krankheits- wie das Therapiekonzept werden also wesentlich beziehungstheoretisch bestimmt, dabei wird aber diese Beziehung nicht so sehr im Sinne des Konzeptes der Alter Ego-Beziehung, sondern eher im Sinne einer Dialog-Beziehung verstanden (Finke 1999, 105ff). Diese Beziehung ist so zu gestalten, daß sie eine Begegnung von Person zu Person wird, was bedeutet, daß der Therapeut sich nicht wie in der Alter-Ego-Beziehung selbst als Person gewissermaßen ausklammert (Rogers 1973a), sondern daß er vielmehr als reale Person dem Patienten gegenwärtig wird (Rogers 1973 b). Das therapeutische Geschehen wird so zu einem unmittelbaren und neue Kommunikationserfahrungen ermöglichenden Austausch zweier authentisch erlebender Subjekte. Der Therapeut nimmt hier also die Rolle eines für den Patienten bedeutsamen Anderen ein, der diesem authentisch antwortet. Der Therapeut stellt sich als reale Person dem Patienten gegenüber und will gerade dadurch erreichen, dem Patienten korrigierende Kommunikationserfahrungen zu ermöglichen.

Betont wird bei diesem Ansatz das Merkmal der Echtheit, der Kongruenz und der Gegenwärtigkeit des Therapeuten, der bereit ist, sich dem Patienten, natürlich in selektiver Weise, transparent zu machen und so dem Patienten die Unangemessenheit seiner Beziehungserwartungen und seiner bisherigen Interaktionsmuster zu verdeutlichen.

Namhafte Vertreter dieses Ansatzes sind vor allem Pfeiffer (1987, 1993) und Schmid (1989, 1994, 1997).

Desweiteren wären Autoren wie van Kessel und van der Linden (1993) diesem Ansatz zuzurechnen. Sie konzipieren die therapeutische Beziehung aber weniger als Dialog - sondern vor allem als Übertragungs-Beziehung. Hier besteht die Rolle des Therapeuten zwar auch darin, sich als Interaktionspartner zur Verfügung zu stellen, dies aber eher in dem Sinne, daß der Patient seine oft zwiespältigen Erwartungen, Wünsche und Phantasien gegenüber der Person des Therapeuten äußert. Die Aufgabe des Therapeuten wird hier darin gesehen, diese Beziehungsanspielungen aufzugreifen und inkongruente Beziehungserwartungen durch emphatischen Nachvollzug zu verdeutlichen und zu klären. Aufgrund der zwiefachen Rolle des Therapeuten, nämlich das verstehende Alter Ego und zugleich der relevante Bezugspartner des Patienten zu sein, läßt sich sagen, daß dieser Ansatz eine mittlere Position zwischen dem Modell II und dem Modell III einnimmt.

## Die störungstheoretischen Konzepte

Diese verschiedenen therapietheoretischen Modelle enthalten zumindest implizit auch Grundannahmen über Ursache und Genese psychischer Störungen. Wenn die genannten drei Therapiemodelle auf diese Grundannahmen hin untersucht werden, wenn also gefragt wird, wie das Bedingungsgefüge einer Störung beschaffen sein muß, damit es durch den genannten Therapieansatz soll geheilt werden können, kommt man zu folgender Aufstellung:

### - Das Aktualisierungsmodell

Der für dieses Modell charakteristischen therapeutischen Position liegt ein Störungskonzept zugrunde, in dem zwar das Inkongruenzmodell nicht völlig negiert, der Akzent aber doch sehr stark auf die Beeinträchtigung der Aktualisierungstendenz wie der Selbstentfaltung gelegt wird. Das menschliche Individuum hat eine primäre Tendenz zur konstruktiven Entwicklung und „zur Entfaltung all seiner Möglichkeiten“ (Rogers). Diese Tendenz kann durch negative Umwelteinflüsse beschädigt werden. Eine fragile Selbstkohärenz und die generelle Störung der aktualisierenden Tendenz sind also auch als unmittelbare Folge einer Frustrierung des Bedürfnisses nach Akzeptiertsein und Anerkennung zu sehen. Die mangelnde oder gar ausbleibende Bestätigung des Selbstwertes beim Kind führen zu Störungen der Selbstachtung und des Selbstvertrauens, was einerseits eine allgemeine Hemmung der aktualisierenden Tendenz, andererseits eine übergroße Abhängigkeit von der ständigen Anerkennung durch andere und dadurch einen Mangel an Autonomie bewirkt. „Die Stagnation der Selbstentwicklung“ hat ihre Wurzeln unmittelbar in kindlichen Erfahrungen (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 1995, 41).

Defizite der elterlichen Zuwendung und Wertschätzung führen also zu einer tiefen Verunsicherung und damit zu einer Hemmung der Selbstentwicklung. In der Behandlung ist durch eine entsprechend gegenläufige Haltung des Therapeuten ein solches Entwicklungsdefizit zu beheben.

### - Das Inkongruenzmodell

Hier wird von dem schon beschriebenen Widerspruch zwischen organismischen Erfahrungen und dem Selbstkonzept ausgegangen. Der Mensch ist zwar auf Ganzheitlichkeit angelegt, jedoch als ein auf Sozialisierung angewiesenes Wesen auch konflikthanfälliger, da sich oft eine Diskrepanz zwischen eigenen Bedürfnissen und denen der Umwelt ergibt. Die organismischen Erfahrungen werden, wenn sie sich mit den Normen und Forderungen der Umwelt, also meist der Eltern, als nicht vereinbar erweisen, unterdrückt. Sie werden so gar nicht mehr oder nur noch verzerrt symbolisiert und damit von der Gewährleistung ausgeschlossen. Die dadurch resultierende Inkongruenz von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept beeinträchtigt nicht nur die Möglichkeit zu kreativer Entfaltung des Individuums, sondern führt auch zu einer Gefährdung des intrapsychi-

schen Gleichgewichts, da das Individuum sich mit seinen üblicherweise in der organismischen Erfahrungen repräsentieren Bedürfnissen nicht mehr aktiv auseinandersetzen kann. Wird nun im Rahmen eines besonderen Ereignisses das Selbstkonzept durch eine unterschwellige Wahrnehmung (Rogers 1987, 25) deregulierter Bedürfnisse in Frage gestellt, kommt es zur Ausbildung einer neurotischen Symptomatik, die ihrerseits wiederum eine verzerrte Symbolisierung der organismischen Erfahrung darstellt. Das neurotische Symptom zeigt also die Störung der Selbstkommunikation bzw. der Selbstverständigung und damit die Selbstentfremdung an.

#### - Das Interaktionsmodell

Hier wird die psychische Erkrankung als eine Beziehungsstörung verstanden (Pfeiffer, 1993). Der Mensch wird in ein Beziehungsgefüge hineingeboren und seine Selbstentfaltung ist im negativen wie aber auch im positiven Sinne von Beziehungen abhängig. Der Mensch sucht sich gerade in und durch Kommunikation zu verwirklichen (Schmid 1997). Die psychische Erkrankung äußert sich in einer Kommunikationsstörung, hat aber auch ihre Ursache in einer frühen Beschädigung der Eltern-Kind-Beziehung. Diese frühe Beziehungsstörung beeinflusst die weitere Selbstentwicklung wie die Bindungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen. Pathologische Interaktionsmuster erschweren den Kontakt zu anderen und führen zu immer wieder neuen Enttäuschungserlebnissen, was wiederum negative Rückwirkungen auf die Selbstentwicklung hat. Diese inkongruenten Beziehungsmuster und die mit ihnen einhergehenden widersprüchlichen Beziehungserwartungen führen also zu ständigen interpersonellen Konflikten.

In der therapeutischen Beziehung erlebt der Patient durch die besondere Art der Begegnung die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserwartungen und die Unangemessenheit seiner Interaktionsmuster. Die Begegnung von Person zu Person kann ihm das Erleben neuer Beziehungserfahrungen vermitteln.

## 4. Die Notwendigkeit einer Kohärenz von Krankheitslehre und Störungstheorie

Die Betrachtung der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre kehrt nun zu ihrem Ausgangspunkt zurück. Es war dort auf die Notwendigkeit einer konzeptionellen Kohärenz von Krankheitslehre und Therapietheorie hingewiesen worden. Mit diesem Zusammenhang wurde die These aufgestellt, daß Rogers die Implikationen seines Störungskonzeptes therapietheoretisch nicht oder nur ungenügend aufgreift. Die Konsequenzen, die sich aus dem Inkongruenzmodell, einschließlich des Konzeptes der Symbolisierungsstörung, ergeben, läßt er, so war argumentiert worden, therapietheoretisch unberücksichtigt. Somit stehen bei ihm die Störungs- und die Therapielehre konzeptionell nur wenig verbunden nebeneinander.

Die Diskrepanz zwischen Krankheits- und Therapietheorie kann man nun durch eine Modifizierung bzw. Ergänzung einer dieser beiden Pole, also entweder der Krankheitslehre oder der Therapietheorie beheben. Will man vor allem an den therapietheoretischen Überlegungen und auch behandlungspraktischen Hinweisen von Rogers festhalten, so sind diese gewissermaßen störungstheoretisch hochzurechnen. Zieht man so die störungstheoretischen Folgerungen aus der Therapietheorie von Rogers, so kommt man zu Konzepten, wie sie hier im Modell I und III skizziert wurden. Die Therapietheorie des frühen Rogers setzt eine Konzeption neurotischer Störungen voraus, wie sie im Modell I angedeutet wurde. Demnach ist die Neurose als eine Störung der Aktualisierungstendenz und der Selbstentwicklung zu sehen. Die Therapiekonzepte des späteren Rogers, in der er viel stärker das Merkmal der Kongruenz und Echtheit des Therapeuten betont, sind dagegen im hohen Maße auf Modell III zu beziehen, wonach die neurotische Störung beziehungstheoretisch zu formulieren ist.

Es ist in diesem Zusammenhang noch einmal zu betonen, daß es sich bei dieser Differenzierung zwischen den verschiedenen Modellen nicht um kategoriale Unterschiede handelte, sondern um unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Theoriebildung.

Solche verschiedenen Schwerpunktsetzungen verdanken sich aber nicht nur der Vorliebe der jeweiligen Autoren, sie finden ihre Berechtigung auch in der Unterschiedlichkeit der Störungen selbst. So werden z.B. den sogenannten Persönlichkeitsstörungen wohl am ehesten die Modelle I und III gerecht, während für die neurotischen Störungen i.e.S. das Inkongruenzmodell meist ein plausibles Erklärungsschema bieten dürfte.

Rogers hat wiederholt dazu aufgefordert, seine Konzeptionen weiterzuführen, sie zu ergänzen und sie, wenn nötig, auch zu korrigieren. In diesem Sinne sind natürlich die hier gegebenen störungstheoretischen Skizzen der Modelle I und III noch wesentlich zu vervollständigen und zu präzisieren. Freilich darf daneben auch der Weg in die umgekehrte Richtung beschritten werden: Ausgehend vom Inkongruenzmodell ist noch detaillierter zu beschreiben, wie die Inkongruenz therapeutisch aufzuheben ist, wie die exakte Symbolisierung organismischer Erfahrung ermöglicht werden soll.

So soll es schließlich auch das Anliegen dieser Ausführungen sein, ebenso für die Vielgestaltigkeit der Gesprächspsychotherapie wie für die Konsistenz ihrer Theoriebildung zu plädieren.

#### Literatur:

- Auckenthaler, A. (1989): Statt zu deuten: Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen. In: Reinelt, T. und Datler, W. (Hrsg.): *Beziehung und Deutung*. Berlin-Heidelberg-New York, Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. u. Eckert, J. u. Schwartz, H.-J. (1995): *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart/Berlin/Köln, 1995, Kohlhammer.

- Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/New York, 1994, Thieme.
- Finke, J. (1998): Hermeneutische Aspekte in der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Zschr. f. klin. Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 46/1998, 1-13.
- Finke, J. (1999) Beziehung und Intervention. Stuttgart, Thieme.
- Gadamer, H.-G. (1975): Wahrheit und Methode. Tübingen, 1975, Mohr.
- Habermas, J. (1979): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M: 1979, Suhrkamp.
- Keil W. (1997a): Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. Person 1(1997): 5-13.
- Keil, W. (1997b): Zum gegenwärtigen Stand der klientenzentrierten Psychotherapie. Person 2 (1997) 128-137.
- Kessel, W. van u. Linden, P. van der (1993): Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt. GwG-Zeitschrift. 90, 19-32.
- Lorenzer, A. (1976): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M. 1976, Suhrkamp.
- Pfeiffer, W.M. (1993): Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In: Teusch, L. u. Finke, J. (Hrsg.). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Heidelberg 1993, Asanger.
- Pfeiffer, W.M. (1987): Übertragung und Realbeziehung in der Sicht klientenzentrierter Psychotherapie. In: Zeitschr. f. personenzentrierte Psychologie u. Psychotherapie. 1987/3, 347-352.
- Rogers, C.R. (1973 a): Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie. München 1973, Kindler.
- Rogers, C.R. (1973 b): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart 1973, Klett.
- Rogers, C.R. (1977): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Therapeut und Klient. München 1977, Kindler.
- Rogers, C.R. (1980): Empathie - eine unterschätzte Seinsweise. In Rogers, C.R. und Rosenberg, R.L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Kotta.
- Rogers, C.R. (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
- Schleiermacher, F.D.E. (1977): Hermeneutik und Kritik. Frankfurt, Suhrkamp.
- Schmid, P. (1989) Personale Begegnung. Würzburg, Echter.
- Schmid, P. (1994): Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd I., Köln, Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. (1997): „Einen Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ Perspektiven zur Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes. Person 1 (1997): 14-24.
- Speierer, G.W. (1994): Das differenzielle Inkongruenzmodell. Heidelberg, Asanger.
- Swildens, H. (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln 1991. GwG.
- Teusch, L. (1995): Gesprächspsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Panikstörung und Agoraphobie. Habilitationsschrift.
- Teusch, L. u. Finke, J. (1995): Die Grundlagen eines Manuals für die geschäftspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. In: Psychotherapeut 2/1995, 88-95.

### Biographie

*Jobst Finke, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie. 1. Vorsitzender der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Oberarzt an der Abteilung für Psychotherapie der Rhein. Landes- und Hochschulklinik Essen. Arbeitsschwerpunkte: Neurosen- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Gesprächspsychotherapie bei depressiven Erkrankungen.*  
*Anschrift: Rhein. Landes- und Hochschulklinik Essen, Virchowstraße 174, D-45147 Essen.*

Peter F. Schmid

# Person-Centered Essentials - Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie

## Zusammenfassung:

*Hier wird ein Versuch vorgestellt, Personenzentrierte Psychotherapie zu definieren, kurz zu charakterisieren und, sie von anderen Psychotherapieformen abgrenzend, in ihren essenziellen Merkmalen zu beschreiben.*

**Schlüsselwörter:** Personenzentrierte Psychotherapie, Personenzentrierter Ansatz: Definition, wesentliche Merkmale

Die Personenzentrierte (auch: Klientenzentrierte) Psychotherapie, begründet von Carl Rogers, ist die bekannteste und weltweit verbreitetste Form der Humanistischen Psychotherapie. Sie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie so nah wie möglich an der Erfahrung von Klient(en) und Therapeut(en) und an der unmittelbar aktuellen Beziehung zwischen Therapeut(en) und Klient(en) orientiert ist. Damit stellt sie die Praxis eines Menschenbildes dar, das den Menschen als Person versteht und ihn ohne Vorbedingungen ernst nimmt, so wie er gerade ist. Das schließt ein, wie er durch Erfahrung in Beziehungen geworden ist und wie er sich in die Zukunft weiter entwickeln kann. Dem Klienten wird die Fähigkeit zugetraut, bei entsprechender Begleitung aus eigener Kraft sein Leben zu meistern und mit seinen Problemen zurechtzukommen. Dies bedingt eine radikale Abkehr von einem Verständnis des Therapeuten als eines Experten für die Probleme des Klienten; der Therapeut versteht sich vielmehr als ein sich mit dem Klienten entwickelnder Partner in einem Prozess der Begegnung von Person zu Person. Charakteristisch ist auch, dass personenzentrierte Theorie und Sprache weitgehend erfahrungsnah sind und eine Bereitschaft zu Forschung und beständiger Revision von Theorie und Praxis besteht. Der Personenzentrierte Ansatz, über die Psychotherapie hinaus eine Lebens- und Arbeitsweise in vielen zwischenmenschlichen Gebieten, liegt damit vielen zeitgeistigen Strömungen quer, etwa jener nach einer Effektivität, die ausschließlich in Kategorien denkt, wie man "möglichst rasch, billig und schmerzlos Probleme wegmachen" kann.

Kurz zusammengefasst lässt sich Personenzentrierte Therapie etwa so beschreiben:

*Personenzentrierte Psychotherapie ist eine Art und Weise der Beziehung mit Menschen, zu zweit oder in Gruppen, die Persönlich-*

*keitsentwicklung durch personale Begegnung fördert. Sie geht davon aus, dass jeder Person die Fähigkeit und Tendenz gegeben ist, in konstruktiver Weise von ihren unermesslichen Ressourcen Gebrauch zu machen. Der Mensch kann das eigene Leben und Zusammenleben in befriedigender Weise gestalten, indem er sich selbst immer genauer zu verstehen sucht und sich dem kontinuierlichen Fluss seines Erlebens mit zunehmend weniger Abwehr öffnet. Diese Tendenz zur Verwirklichung der eigenen Möglichkeiten wird durch die Begegnung von Person zu Person angeregt und unterstützt. Dabei handelt es sich um eine Beziehung, deren Qualität durch den Respekt vor dem je individuellen Anderssein des Klienten oder der Klientin gekennzeichnet ist, dem der Therapeut oder die Therapeutin in authentischer, kongruenter Weise, mit nicht an Bedingungen gebundener Wertschätzung und in tief einfühlsamer, nichturteilender Weise präsent ist und mit dem oder der er oder sie sich in der Beziehung gemeinsam weiterentwickelt.<sup>1</sup>*

Das Wesentliche und Unterscheidende eines personenzentrierten Zugangs zum leidenden Menschen kann im Zusammenspiel folgender Punkte gesehen werden:<sup>2</sup>

Personenzentriert zu arbeiten, beruht auf der Überzeugung, dass eine dem Menschen angemessene wissenschaftliche und praktische Vorgangsweise in der Psychotherapie

- von einem Menschenbild ausgeht, das den Menschen als Person versteht, d. h. einerseits in der Dialektik von Selbstständigkeit und Autonomie, andererseits von Beziehungsorientierung und Verantwortlichkeit gegenüber dem Anderen.
- Dazu gehört zum einen ein prinzipielles Vertrauen in die

menschliche Natur und ihre Entwicklungsmöglichkeiten: Grundlegend ist die Annahme einer das konstruktive Potenzial des Menschen aktualisierenden Tendenz als Motivationskraft. Dies resultiert konkret in einem Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten zu Selbstbestimmung.

- Dazu gehört zum anderen, dass als das entscheidend Förderliche für Entwicklung in der Therapie die Beziehung zwischen Therapeut(en) und Klient(en) angesehen wird. Die Beziehung wird vonseiten des Therapeuten als personale Begegnung verstanden, in der sich der Therapeut als Person mit der Wirklichkeit des Klienten als Person konfrontiert.
- Der Therapeut legt das Augenmerk auf die Welt des Klienten, so wie sie diesem erscheint und von ihm erlebt, verstanden und bewertet wird (experientieller und phänomenologischer Ansatz) und folgt ihm in dieser Welt, wohin immer sich der Klient bewegt. Er ist für den Klienten stets als lebendige Person und nicht nur in seiner Funktion als Therapeut erreichbar. Entscheidend für die Entwicklung beider Personen in der Therapie ist die möglichst bewertungs- und interpretationsfreie Aufmerksamkeit auf das unmittelbar gegenwärtige Erleben durch Klient wie Therapeut in der Beziehung (Präsenz). Dafür sind die Einstellung und die Haltungen des Therapeuten, wie sie Rogers beschrieben hat (Authentizität, bedingungsfreie Wertschätzung, Empathie), ausschlaggebend und nicht vom Therapeuten angewandte Methoden oder Techniken. Damit ist eine radikale Abkehr von expertenorientierten Ansätzen verbunden und eine zunehmende Entwicklung im Verlauf der Therapie hin zu Wechselseitigkeit und Dialog.
- Die konkrete Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Setting) richtet sich nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Klienten und nach den Möglichkeiten des Therapeuten. Die therapeutische Arbeit kann auf verschiedene Weise, etwa verbal, körpersprachlich oder mithilfe kreativer Ausdrucksmöglichkeiten, geschehen.
- Psychotherapie stellt einen Spezialfall von Persönlichkeitsentwicklung und Beziehungsgestaltung dar<sup>3</sup> (weshalb aus ihr auch Konsequenzen für andere Lebensbereiche gezogen werden können). Dem entspricht ein prozessorientierter Ansatz beim Leitbild einer gesunden Person und bei der Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und nicht eine Krankheitstheorie als Ausgangspunkt.
- Die grundlegenden therapeutischen Prinzipien treffen auf alle Personen zu, unabhängig von verschiedenen Kategorien, wie beispielsweise sogenannte Neurotiker, Borderline-Persönlichkeiten, Psychotiker oder Normale.
- Persönlichkeitsentwicklung in der Psychotherapie wie im sonstigen Leben zeigt sich in einer zunehmenden Fähigkeit, voll und ganz im Augenblick zu leben und Phänomene wie Veränderungen mehr und mehr unverfälscht wahrzunehmen. Mit ihr gehen vermehrte Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

einher. (Personenzentrierte Persönlichkeitstheoriebildung ist eher an Prozessen interessiert als an Strukturen.)

- Auch die Ausbildung zum Psychotherapeuten wird als Persönlichkeitsentwicklung verstanden.
- Es bedarf einer eigenen Erkenntnistheorie, die an der Erfahrung (phänomenologisch), an der Vielfalt von Verständnis- (konstruktivistisch) und Zugangsmöglichkeiten (pluralistisch) und an einer ganzheitlichen Anthropologie (personal), somit an der Kommunikation (dialogisch und empathisch-verstehensorientiert) ansetzt.
- Philosophische Überlegungen, die sich aus der psychotherapeutischen Praxis ergeben, sind ein wichtiger Bestandteil von Psychotherapieentwicklung.
- Es bedarf ständiger, auch empirischer Forschung, womit Psychotherapie der Überprüfung und Weiterentwicklung zugänglich gemacht wird.
- Es bedarf eines eigenen, neu zu entwickelnden Wissenschafts- und Forschungsverständnisses (das die alten Paradigmata aus Medizin, Naturwissenschaft und Technik abzulösen hat) und die jeweils Betroffenen in die Erforschung mit einbezieht.
- Die Theorie ist ständig an der Erfahrung zu überprüfen und auf Grund von Erfahrung und Forschung zu revidieren (und nicht umgekehrt).
- Die Ethik hat ihr Fundament in der Verantwortlichkeit des durch die Begegnung zur Antwort Gerufenen und im Handeln solidarisch auf die Not Antwortenden und charakterisiert Personenzentrierte Psychotherapie auch als politisches Handeln.

Praktiker, Theoretiker und Forscher sind aufgefordert, eigenständige Wege auf der Basis dieser Überzeugungen und Haltungen ("philosophy of life") zu gehen, zu experimentieren und einander zu unterstützen. Dies stellt eine weltweite psychologische, soziale, kulturelle, politische und ethische Herausforderung dar, in der weder Orthodoxie und Fundamentalismus noch Beliebigkeit und unreflektierter Eklektizismus Platz haben.

#### Literatur

- Bozarth, Jerold (1998), *Person-centered therapy. A revolutionary paradigm*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1998
- Rogers, Carl R. (1980b), *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. / Freedman, A. M. (Hg.), *Comprehensive textbook of psychiatry, III*, Baltimore, MD (Williams and Wilkins) 1980, 2153-2168; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 1991; 31998, 185-237
- (1986a), *On the development of the person-centered approach. What is essential ...?* in: *Person-Centered Review* 1,3 (1986) 257-259; dt.: Was ist das Wesentliche? Über die Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes, in: *GwG Zeitschrift* 67 (1987) 47f
- Rogers, Carl R. / Raskin, Nathaniel, J. (1989), *Person-Centered Therapy*, in: Corsini, Raymond J. / Wedding, D. (Hg.) *Current psychotherapies*, Itasca, Ill. (Peacock) 41989, 155-194

Schmid, Peter F. (1998), State of the Art personzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung, in: PERSON 1 (1998) 15-23

WAPCCP (1997): World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy. An Association for the Science and Practice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling, Statutes, in: PERSON 2 (1997) 172f

### Anmerkungen

- 1 Der Lesbarkeit halber wird weitgehend auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet; es sind stets beide Geschlechter gemeint. Auch ist, obwohl meist in der Einzahl geschrieben, gleichermaßen Gruppen- wie Einzeltherapie gemeint.
- 2 Vgl. Rogers 1980b, 187f; 1986a; Rogers/Raskin 1989, 158f; Bozarth 1998, 13-18; Schmid 1998; WAPCCP 1997.
- 3 Der Begriff "Entwicklung" ist vielleicht weniger missverständlich als der gleichfalls häufig gebrauchte Begriff "Wachstum", der nicht selten zu naiven Annahmen, die der Komplexität menschlicher Entwicklung (aus sich selbst und in und aus Beziehungen) nicht gerecht werden.

Rezension

Lore Korbei

# **Eugene T. Gendlin:**

## **Focusing – orientierte Psychotherapie.**

### **Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode**

*Aus dem Amerikanischen übersetzt von Teresa Junek. Mit einem Vorwort zur deutschen Ausgabe von Johannes Wiltschko und Klaus Renn.*

Verlag J. Pfeiffer – München 1998

ÖS 480,- / Broschur ÖS 504,- / DM 69,- / SFr 66,-

ISBN- 3-7904-0660-0

Eugene T. Gendlin ist der Begründer des Focusing, und da stocke ich schon: eine Methode, wie der Untertitel angibt? Eine Technik, wie oft behauptet wird?

Lassen wir das für später.

Jedenfalls nennen wir Focusing eine Anleitung zu einer nach innen gerichteten Aufmerksamkeit – ein paar Sekunden Schweigen gehören dazu. Es ist dies eine Aufmerksamkeit, die zu einem körperlichen Empfinden einer Situation (eines Themas) führt, einem Empfinden, das sich entfalten (symbolisieren) wird – wenn ich ihm Raum verschaffe: „Wie empfinde ich diese Situation körperlich ‘als Ganzes?’“ so lautet die Frage. Diese Resonanz (Felt Sense genannt) zu einem Thema ist nicht schon als körperlich wahrgenommenes Objekt vorhanden (so wie ein „verstecktes Osterei“, das es zu finden gilt), sondern sie entsteht erst in uns, z.B. „wie Gähnen oder wie Weinerlichkeit“ S.38), wie Gendlin erklärt.

Der Prozeß dieses absichtlichen Wahrnehmens bewegt sich zwischen Denken und körperlichem Empfinden, beides ist notwendig.

Der Felt Sense und seine Symbole ergeben sich aus der Art der Beziehung, die entweder ich zu mir aufnehme, oder – und das ist das Thema des Buches – die zwischen KlientIn und TherapeutIn entsteht. Was jeder der beiden Beteiligten sagt oder tut, hat Auswirkungen auf das direkte Erleben, und um dieses geht es. Also, „client centered is the bigger thing“, wie Gendlin auch immer wieder betont. Der innere Prozeß steht im interaktionalen Kontext – und ist schon aus den vergangenen Beziehungserfahrungen gespeichert und mit den (möglichen) zukünftigen in Verbindung.

Mit dem Auftauchen und Symbolisieren eines solchen Felt Sense ist Erleichterung verbunden, ein bißchen „frische Luft“, wie eine gespürte Bewegung (ein sogenannter Felt Shift). Das ist unabhängig davon, ob der Inhalt des Erlebens als solcher z.B. sehr schmerzhaft oder etwa erschreckend für den Klienten ist. Dadurch wird es

mir möglich, nicht mehr „mein vages körperliches Gefühl“ zu sein, sondern „es zu haben“. Damit bin ich ein Stück weiter, ein Stück tiefer geworden, „tiefergehend man selbst“, sagt der Autor dazu, und mir fällt gleich Rogers „wahres Selbst“ ein.

Ziel ist dabei nicht, den Klienten ein (neues) Gefühl erleben zu lassen, sondern im Grenzbereich zwischen Bewußtem und Unbewußtem („am Rande des Gewahrseins“ sagt Rogers) einen Schritt weiter zu gehen. „Wenn das fehlende weitere Erleben geschieht, nenne ich das ‘Vorwärtstragen’ (carrying forward)“ (Gendlin, S.65).

Es ist die Qualität des „aktiven Zuhörens“ – Gendlin zitiert hier Rogers und Kohut, die normalerweise diese Bewegung bringt. Er räumt ein, daß Therapie auch ohne Focusing weiter gehen kann, dadurch daß oft automatisch neue Gefühle an den Rändern auftauchen; aber Focusing verhilft uns dazu, diese Zufallsprodukte systematisch herauszukitzeln.

Das Kapitel 3 – „Acht Charakteristika eines erlebensbezogenen Prozeßschritts“ – hebt sich sehr wohltuend von der technischen Anleitung des How-to-do-Focusing der frühen 80er Jahre ab. Bei Blockaden, beim Strukturgebundenen wird z.B. Focusing notwendig werden, um die Person hervortreten zu lassen.

Gendlin beschreibt sehr genau, was sogenannte „Sackgassen“ sind, sei es, daß ohne entsprechendes Erleben nur die Interpretationen dieses Erlebens da sind, sei es, daß es zwar konkrete Emotionen gibt, die aber immer wieder gleichbleiben. (Teil 1 / 2. Kapitel)

Der erste Teil ist sehr spannend zu lesen mit seinen wörtlichen Behandlungstranskripten und bietet die Möglichkeit einer Auseinandersetzung im Mikrobereich für alle PsychotherapeutInnen.

Der zweite Schwerpunkt des Buches thematisiert die Integration des Focusing in verschiedene Therapieansätze. Ob TherapeutInnen von verhaltenstherapeutischen oder von psychoanalytischen Konzepten ausgehen, ob die Wege zur Person Imagination, Träume oder

Rollenspiele sind, Focusing (jetzt als Technik?, nicht als Methode?) kann jede dieser Methoden steigern und auch so verändern, daß bevorzugte Erfahrungsebenen speziell angereichert werden können. Es stellt sich als Verbindungsweg zwischen den verschiedenen Wegen zum Menschen heraus.

„In der Therapie ist die Beziehung (der Mensch dort drinnen) von größter Wichtigkeit, das Zuhören steht an zweiter Stelle und erst an dritter die Focusinginstruktionen“ (S. 457), das ist Gendlins Einstellung.

Immer wieder betont der Autor, daß es zentral ist, die Klienten zu begleiten, so zu verstehen, wie eben die Klienten verstehen, jede Nuance davon. Zu keiner Zeit solle ein Streit darüber entstehen, was das Erleben des Klienten ist.

Wichtig auch für alle TherapeutInnen, die direktiv unterwegs sind: „Wenn man jemandem das Autofahren beibringen will, darf man nicht selbst fahren. Gelegentlich muß man vielleicht ins Lenkrad greifen und dem Fahrschüler etwas zeigen, doch wenn man das überwiegend macht, wird er nicht autofahren lernen.“ Gendlin S.49)

Durch das Buch weht ein wertschätzender, wohlwollender, verstehender Geist - immer wieder betont Gendlin „Eine Focusing-orientierte Therapie ist eine klientenzentrierte Therapie.“ (S.461), und weist auf die bahnbrechenden Veränderungen im Therapiekonzept durch Rogers hin. Gleichzeitig versucht er, das manchmal Festgefahrene, ins Stocken Geratene am Klientenzentrierten aufzuweichen und zum Fließen zu bringen, die oft zu sehr funktionierende Routine wieder zu entformalisieren.

Wieso kommt es dennoch, daß Gendlin auf Videobändern manchmal so direktiv wirkt? Wieso kommt es, daß ernstzunehmende Stimmen beklagen, daß die Focusing-orientierte Psychotherapie eben nicht personorientiert, sondern Focusing-orientiert ist? Wieso gilt einigen Focusing als Technik und andere bezweifeln, daß es eine selbständige Psychotherapie-Methode ist - außerhalb des von Rogers vorgegebenen Rahmens?

Vielleicht darf manches auch nach der Lektüre des Buches offen bleiben, im Sinne eines immer wieder neu zu entdeckenden Prozesses.

Warum kann man nicht die Focusing-orientierte Psychotherapie als integralen Bestandteil der klienten/personenzentrierten Psychotherapie betrachten, als differenzierte Weiterentwicklung? Worin besteht die Sorge, „Techniken“ zu benutzen? Sind es „ehrenhafte“, psychotherapiefördernde Gründe von beiden Seiten: den Verfechtern einer eigenen Focusing-Methode und denen, die Focusing als Technik ablehnen?

Gendlin zählt ganz sicherlich zu den „großen Psychotherapeuten“ und bleibt dabei bescheiden und oft humorvoll. Komplizierte, typisch „gendlineske“ Formulierungen wechseln mit treffenden bodenständigen Bildern, philosophische Abhandlungen mit leicht verständlichen Texten. Die wörtlichen Therapietranskripte sind Fundgruben für alle Praktiker.

Jedenfalls ist das Buch höchst empfehlenswert für alle, die Psychotherapie lernen, ausüben und lehren, speziell im personenzentrierten Raum.

Rezension

Wolfgang W. Keil

## **Peter F. Schmid: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I. Solidarität und Autonomie**

Köln 1994

Ed. *Humanistische Psychologie*

ISBN 3-926176-60-1

Die weit ausholende und umfassende Darstellung der Personzentrierten Gruppenarbeit kann als Peter Schmid's opus magnum angesehen werden. Der hier zu besprechende erste Band beinhaltet neben einer Geschichte der Gruppentherapie vor allem die anthropologische Grundlegung, während der zweite Band sich mehr mit der Praxis der Personzentrierten Gruppentherapie befasst und im dritten Band die Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie behandelt wird. Im ganzen Werk wird nicht allein „die gesamte Breite der Personzentrierten Gruppenarbeit“ dargestellt, sondern eine umfassende Einführung in die metapsychologischen Grundlagen und das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes generell gegeben.

Peter Schmid weist nachdrücklich auf, daß der Personzentrierte Ansatz nicht als eine „Psychologie des Individuums“, sondern als ein von der Wurzel her eminent sozialer Ansatz zu verstehen und weiter zu entwickeln ist. Er arbeitet das Menschenbild des Ansatzes von der jüdisch-christlichen Tradition des Person-Verständnisses und vom dialogischen Denken der Begegnungsphilosophie her aus. Die anthropologische Grundgegebenheit ist dabei nicht im autonomen Individuum zu sehen, sondern (im Sinn von Bubers „Zwischen“ oder Lévinas' vorgängigen „Anderen“) im Sich-Vorfinden in Beziehungen und im Streben nach Erfahrungen von personaler Begegnung. Dementsprechend ist der „natürliche Erfahrungsort“ des Menschen immer schon die Gruppe. Und dementsprechend ist der Personzentrierte Ansatz genuin ein Gruppenansatz und die Encountergruppe bzw. die Gruppentherapie die Vollform einer Personzentrierten Psychotherapie.

Der vorliegende Band wird eingeleitet mit einer kompakten Skizze der geschichtlichen Entwicklung der Gruppenpsychotherapie. Psychoanalytische Ansätze, Psychodrama, Gruppendynamik, Encounterbewegung sowie die Entwicklung der Gruppenarbeit bei Rogers werden dargestellt und anschließend die Gemeinsamkeiten sowie die paradigmatischen Unterschiede zwischen dem Person-

zentrierten Ansatz und den anderen Richtungen heraus gearbeitet.

Die anthropologische Grundlegung wird dann vor allem im II. Abschnitt des Bandes geleistet, in welchem der Begriff des Encounters als personaler Begegnung ausgeführt wird. Hervorheben möchte ich hier Schmid's Abklärung von Rogers' berühmtem „weiteren Merkmal“ (bei den therapeutischen Grundhaltungen). Mit „presence“ bzw. „Gegenwärtigkeit“ soll nicht eine vierte Grundhaltung eingeführt und nicht nur ein Bewußtseinszustand, sondern eine Seinsweise, die existentielle Basis der drei Grundhaltungen beschrieben werden.

Im III. und IV. Abschnitt werden „bislang unterbelichtete Aspekte des Personzentrierten Ansatzes“ als Spiel- und Handlungs-, sowie als ein den Körper einbeziehender Ansatz untersucht. Vom grundlegenden Verständnis von personaler Begegnung her ist es konsequent und notwendig, sich nicht auf das bloße Gespräch zu beschränken, sondern die Dimensionen des personalen Handelns, des kreativen Tuns und freien Spielens sowie des leibhaftigen und körperlichen Handelns mit einzubegreifen. In diesem Zusammenhang arbeitet Peter Schmid, der ja selber über reiche Erfahrung mit dem Theater verfügt, ausführlich die weitgehende Affinität von Theaterspielen und Selbsterfahrung, Encounter und Psychotherapie aus. Diese Darstellung der gemeinsamen geschichtlichen Wurzeln und der wesentlichen Gemeinsamkeiten halte ich für eine besondere Kostbarkeit dieses Buches. Äußerst aufschlussreich wird beschrieben, wie wesentlich kreative Beziehung und Begegnung für moderne Konzepte der Schauspielkunst (Stanislawski, Strasberg u. a.) und des Theaters (Reinhardt, Tabori u. a.) sind oder welchen Einfluss Konzepte der frühen dramatischen Therapie (Iljine, Moreno u. a.) für die Entwicklung von Psychotherapie und Gruppenarbeit haben.

Ein weiteres Highlight dieses Bandes kann in der grundsätzlichen Erörterung der Leiblichkeit des Menschen und im Entwurf eines personzentrierten Verständnisses vom Körper gesehen werden. Aus-

gehend u. a. vom Begriff des Leibes (Merleau-Ponty) und der Inkarnation (Marcel) in der Philosophie und vom (problematischen) Verständnis der Arbeit mit dem Körper in den verschiedenen Ansätzen der Körpertherapie wird der Einbezug des Körpers im Personzentrierten Ansatz untersucht und erweitert: Leiblichkeit ist eine personzentrierte Grunddimension. Im Anschluss an die philosophische Erörterung werden Konsequenzen für die Praxis im Umgang mit körperlichem Sein und Ausdruck in der Personzentrierten Therapie und Gruppenarbeit skizziert.

Besonders unterstreichen möchte ich Schmid's Intention, den Personzentrierten Ansatz philosophisch-anthropologisch zu begründen. Damit wird klar, dass es sich hier um die radikale und konsequente Umsetzung eines Menschenbildes und einer Philosophie von menschlichem Bezogensein und nicht etwa um beiläufige Wertsetzungen wie Menschenfreundlichkeit oder Sanftheit bzw. eine zufällige Bevorzugung von Haltungen (und daraus folgenden Vorgehensweisen) wie Empathie und Akzeptanz o. ä. handelt. Peter Schmid begründet den Ansatz vor allem in der jüdisch-christlichen Tradition des Denkens von der Person und in der personalistischen und Begegnungsphilosophie.

Obwohl dies wörtlich nirgends behauptet wird, könnten seine Darlegungen den Eindruck erwecken, daß der Personzentrierte Ansatz exklusiv nur diesen Denkrichtungen zugeordnet werden kann. Hier würde ich mir mehr explizite Offenheit wünschen, indem ausdrücklicher auf relevante Zusammenhänge mit dem amerikanischen Pragmatismus, mit der europäischen Phänomenologie und Existenzphilosophie usw. sowie auf die Auseinandersetzung mit neueren philosophischen Richtungen verwiesen wird. Ähnliches

empfinde ich für die Begründungszusammenhänge des Ansatzes mit Konzepten der Psychologie generell. Solche scheinen - ebenfalls ohne dass dies je so formuliert würde - neben den anthropologischen Gesichtspunkten völlig unwesentlich zu sein.

Als weiteren Kritikpunkt möchte ich die - wie mir scheint - schablonenhafte Bewertung von therapeutischen Elementen bzw. anderen Therapieformen bzgl. ihrer Relevanz oder Integrierbarkeit für den Personzentrierten Ansatz anführen. Fast kein einziges Moment aus anderen Therapiekonzepten und zu wenige Entwicklungen innerhalb der personzentrierten Therapie entkommen hier dem Verdikt, eben nicht personzentriert zu sein. Ein bewusstes therapeutisches Interventionskonzept, eine „geplante“ Vorgehensweise sollte aber nicht per se (d. h. weil bewusst intentiert) nicht-personzentriert sein; umgekehrt ist der personzentrierte Therapeut oder Gruppen-facilitator nicht allein deswegen personzentriert, weil er keine vorgefertigten Techniken verwendet, sondern sich nur spontane Vorgehensweisen einfallen lässt u. ä. m. Das Kriterium der Personzentriertheit muss vielmehr die Integration von aufgeklärter Bewusstheit und authentischer Spontaneität umfassen und diese jeweils prüfen und kann nicht auf einen schablonenhaften Gegensatz und eine simple Unvereinbarkeit beider Pole reduziert werden.

Zusammenfassend möchte ich aber auf jeden Fall Peter Schmid's Anliegen für dieses Buch bestätigen: Indem die anthropologische Grundlegung des Ansatzes erörtert wird und indem die Bedeutung der Gruppe, des Spiels, des Handelns und des Körpers in diesem Ansatz heraus gearbeitet wird, kommen die ursprünglichen und emanzipatorischen Anliegen dieses Ansatzes für die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen erneut zur Geltung.

Rezension

Hans Snijders

# **Peter F. Schmid: Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis - Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung**

*Mit einem Beitrag von Carl R. Rogers.*

*Paderborn: Junfermann Verlag, 1996*

## **Einleitung**

Dieses Buch, eine sehr schöne Ausgabe, gibt auf der Rückseite eine vielversprechende Empfehlung von Wolfgang M. Pfeiffer wieder: "Ein Buch, das in diesem Bereich des Personzentrierten Ansatzes nicht seinesgleichen hat."

Es wurde von Peter F. Schmid (1950), Theologe, Gastprofessor in Deutschland und Österreich, Gründer einer österreichischen Vereinigung für Klientenzentrierte Psychotherapie und praktizierender Klientenzentrierter Psychotherapeut, geschrieben. Derzeit ist er auf dem Gebiet der Klientenzentrierten Psychotherapie der produktivste Schriftsteller, denn schon allein seine letzten zwei Bücher aus den vergangenen zwei Jahren weisen insgesamt 1256 Seiten auf.

Die hier besprochene Ausgabe ist der Zweite Band nach dem Ersten Teil des 1994 erschienenen Handbuchs (1. Band: "Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Solidarität und Autonomie". Köln: Edition Humanistische Psychologie).

In diesem zweiten Band werden die Themen aus dem ersten, wie die anthropologische Grundlage, und dann insbesondere die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung sowie das In-der-Beziehung-Präsent-Sein auf die Praxis der Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie zugeschnitten.

## **Inhalt**

Der erste Abschnitt ist eine Einleitung zur Gruppentheorie und lehrt uns, daß die klientenzentrierten Grundlagen im Prinzip sozialer Art sind und deshalb vom Wesen her zu einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsform führen.

Im zweiten Abschnitt kommen die vielen Aspekte der Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie und der Gruppenarbeit zur Spra-

che: die Indikationen, das Setting, der Prozeßverlauf, die Wirkfaktoren, die Möglichkeiten der Teilnehmer usw.

Im dritten Abschnitt werden Ausbildung, Supervision sowie Forschung und Kritik in bezug auf Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie behandelt. Eine Übersicht der Anwendungsgebiete, Modelle und Berichte, unter anderem über ein „Body Encounter“, erlauben in diesem Abschnitt Einblicke in die Praxis.

Im fünften Abschnitt kommen zentrale, aber oft mit Tabus verbundene Themen über Gruppenpsychotherapie zur Sprache. Der sechste Teil bietet eine Perspektive für weitere Theorieentwicklung und gibt Anstoß zu einer klientenzentrierten Ethik. Im weiteren werde ich näher auf jeden Abschnitt dieses für die Klientenzentrierte Psychotherapie wichtige Handbuch eingehen.

## **Teil 1: Die Theoriebildung zur klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie**

Der erste Teil umfaßt vier Kapitel, in denen verschiedene theoretische Modelle dargestellt werden. Neben Rogers' Auffassungen, die sehr geschickt durch das ganze Werk geflochten sind, aber dem eine wirkliche Gruppentheorie fehlt, widmet Schmid dem Franzosen Max Pagès ziemlich viel Aufmerksamkeit. Pagès hat eine existentielle Gruppentheorie entwickelt und bietet eine Reihe von klientenzentrierten Perspektiven. Schmid bedauert, daß Pagès außerhalb des französischen Sprachraums anscheinend schwer zugänglich und deshalb unbekannt ist, denn seine Ideen sind gut in eine klientenzentrierte Theorieentwicklung integrierbar. Pagès war einer der ersten europäischen Studenten, die 1951 und 1959 bei Rogers lernten, aber er ließ sich auch von Freud, Rank, Lewin und Bion inspirieren. Pagès' existentielle Orientierung schließt an das Denken Heideggers an.

Pagès' Modell basiert unter anderem auf drei Ausgangspunkten.

Er geht davon aus, daß das Entstehen einer Gruppe oder das Eintreten in eine Gruppe unmittelbar mit kollektiv-affektiven, gefühlsmäßigen Erlebensweisen und Erfahrungen, die durch wahrnehmbare Muster im Gruppenverband spürbar werden, zusammenhängt. Diese Tatsache führt zu Entwicklungsphasen und Prozessen, die sich dann entfalten. Die Interaktionen, die dabei zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander zustande kommen, sind existentiell (und daher nicht im genetischen Sinne, wie das analytische Modell annimmt) zu verstehen. Dies ist schon eine sehr verkürzte Version von Pagès' Ideen, aber Schmid kann diese gut verdeutlichen.

Andere Theoretiker, wie Wood, Braaten, Lietaer, Bebout, Sander & Esser und Finke kommen in diesem ersten Kapitel ganz kurz zur Sprache. Kapitel zwei dreht sich hauptsächlich um die Frage, was denn eigentlich die Gruppenidentität sei. Die Antwort beschreibt den komplexen Zusammenhang zwischen der Gruppe und ihren individuellen Mitgliedern. Rogers' Hypothese, daß die Gruppe nicht auf ihre Mitglieder und die individuellen Teilnehmer nicht auf die Gruppe zu reduzieren sind, bildet dabei den roten Faden.

Die enge Wechselwirkung zwischen den Möglichkeiten einer Gruppe und den Qualitäten der Teilnehmer illustriert Schmid unter anderem mit den Ideen von Kurt Lewin, Rogers („die Weisheit der Gruppe und jene der Teilnehmer“), Swildens, Schindler und Teilhard de Chardin („die universelle Persönlichkeit“).

In Kapitel drei entwickelt Schmid seine Überzeugungen aus dem Ersten Teil seines Handbuches von 1994 über Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie weiter. Die Gruppe, als Schnittstelle zwischen dem einzelnen und der Gesellschaft, bildet den natürlichen und ursprünglichen Lebensraum des Menschen. Durch diese Position entsteht von selbst der Grund für den Beweis, dass die Gruppe der Ort ist, wo eine klientenzentrierte Psychotherapie sich abspielen sollte. Die therapeutische dyadische Beziehung wird in Schmid's Sichtweise dadurch eine spezielle Form einer Gruppentherapie, wo insbesondere ein vorübergehender Schutz angeboten werden kann – unter der Voraussetzung, daß dies nicht zur Abkapselung von oder zum Abschotten vor sozialen Kontakten führt. Das Risiko des „Egozentrismus“ einer Einzeltherapie kann, laut Schmid, mit einem „Gruppenautismus“-Risiko verglichen werden, das dann entsteht, wenn Gruppen beginnen sich abzuschotten und sich „sektiererisch“ zu isolieren.

Um im Sinne Pagès' und Morenos eine Therapiegruppe als die geeignetste Form der Psychotherapie neu zu bewerten, führt Schmid zuerst eine historische Übersicht und in der Folge inhaltliche Argumente an, wonach er seine Stellungnahme auf die klientenzentrierte Orientierung zuspitzt. Die Gruppe als Setting liefert, dem Autor zufolge, „live“ die unmittelbarsten Erlebensweisen und Erfahrungen, von denen man an Ort und Stelle profitiert, da eine Gruppe als therapeutisches Medium besonders hilfreich sein kann.

In Kapitel vier sind die systemischen und konstruktivistischen Sichtweisen an der Reihe. Es wird eine Übersicht der Systemtheorie

bis zu den postmodernen und narrativen Ansätzen präsentiert. Schmid weist auf die inzwischen gut bekannten Parallelen und Unterschiede zwischen der Systemtheorie, dem Konstruktivismus und der klientenzentrierten Anthropologie hin. Theoretiker wie Maturana, Andersen, Goolishian, aber auch Ausflüge zu Gaylin, Bozarth, Barrett-Lennard und zu den Übereinstimmungen zwischen Bateson und Rogers kommen in Schmid's Übersicht vor. Die Bedeutung des Systemdenkens für das klientenzentrierte Bezugssystem läuft, laut Schmid, unter anderem darauf hinaus, daß ein Klientenzentrierter Therapeut auch systemisch denken können muß, um beim einzelnen praktisch intervenieren zu können, was im Kontext seiner Gruppe(n) und des Systems, dem er angehört, gesehen werden muß. Für die klientenzentrierte Anthropologie ist, laut Schmid, das Gleichgewicht im Respekt sowohl für den Einzelnen als auch für sein System essentiell. Das klingt, so zusammengefaßt, völlig selbstverständlich, aber Schmid weiß dem sehr lesenswerte Abschnitte zu widmen. Das systemische Denken, in dem man individuelle Pathologie als Indikation für eine dysfunktionale Umgebung sieht, hilft außerdem, unsere anthropologische Basis besser zu verstehen.

## Teil II: Die Praxis der Gruppenarbeit

Kapitel neun gibt definierte Antworten auf Fragen wie „Was ist eine klientenzentrierte Gruppentherapie?“, „Was ist Gruppendynamik?“ und dergleichen.

Schmid unterscheidet unter dem Begriff „Gruppen“: Selbsterfahrungs-, Encounter-, Psychotherapie-, Ausbildungs-, Lerngruppen und Trainings oder Workshops. Durch dieses breite Verständnis von Gruppen erhält dieser Praxisteil einen etwas globalen Charakter. Wer beispielsweise ausschließlich mit Psychotherapiegruppen arbeitet, muß mit etwas weniger Spezifität rechnen, was gelöst werden kann, indem man die allgemeinen Prinzipien auf das eigene Setting umlegt.

In Kapitel sechs, wo die Indikationen und Kontraindikationen zur Sprache kommen, gibt Schmid wieder eine Probe dessen, was durch das gesamte Buch auffällt: seine Fähigkeit, alles, was er schreibt, mit ausgezeichneten und detaillierten Literaturreferenzen zu spicken und mit seiner periskopischen Sicht auf die alten und jüngeren klientenzentrierten Publikationen. So weiß er nicht nur einen Bezug zwischen seinen Absätzen über (Kontra-)Indikationen und Rogers und Hobbs herzustellen, sondern auch zu Forschern wie Tausch, Franke, Esser & Rosen, Speierer, Mente & Spittler und Finke.

Als wichtigsten Kriterien befindet Schmid übrigens die Motivation, die freiwillige Entscheidung und die Beziehung, die man in bezug auf Gruppenmitglieder und Gruppentherapeut anwenden kann.

In Kapitel sieben kommen die formellen und strukturellen Randbedingungen (Teilnehmerzahl und andere Parameter) des Gruppen-

settings sowie die organisatorischen und strukturellen Aspekte zur Sprache. Schmid führt hier auch Mythen und Vorurteile an, die sich eingebürgert haben — wie die Ansicht, daß eine „klassische“ Encounter-Gruppe vorzugsweise unstrukturiert verlaufen und eine geschlossene Gruppe sein soll mit mindestens acht und höchstens zwölf Teilnehmern, die bezüglich Geschlecht, Beruf und Alter heterogen sind. Laut Schmid muß keines dieser Kriterien, wenn sie nur auf eigenen Erfahrungen basieren, zur dogmatischen Norm erhoben werden, ohne daß man sich einer kritischen Selbstreflexion unterzogen hat. Was für eine bestimmte Gruppe geeignet ist, wird man immer selbst aufs neue überdenken und entscheiden müssen. Dabei darf nicht vergessen werden, daß eine Gruppentherapie ein laufender Prozeß ist, in dem erforderlichenfalls nach und nach auch von der Gruppe selbst gewünschte Veränderungen möglich sein sollten.

Schmid unterscheidet zwischen der Dimension mit den Polen strukturiert - unstrukturiert und der Dimension direktiv - nondirektiv. Oft werden die Dimensionen zu Unrecht miteinander verwechselt. Das Ausmaß an Struktur bezieht sich auf die Art und Weise, wie die Gruppe ihr Ziel erreicht (mit oder ohne Thema, Festlegen der Reihenfolge der Wortmeldungen oder Übungen). Das Ausmaß an Direktivität bezieht sich auf die Art und Weise, wie alle Gruppenmitglieder, der Therapeut miteingeschlossen, Strukturvorschläge zu realisieren versuchen.

In den (klassischen) Klientenzentrierten Encounter-Gruppen hat oft ein hoher Grad an Unstrukturiertheit sich als Pseudonorm festgelegt. Nach dem Vorbild Pfeiffers muß, laut Schmid, dieses nicht unbedingt angestrebt werden; auch ist die Unstrukturiertheit nicht das Charakteristikum der klientenzentrierten Arbeitsweise. Viel wesentlicher ist die den Teilnehmern angebotene Möglichkeit, Einfluß auf die Struktur auszuüben, ebenso wie die Tatsache, daß es nicht um eine geheime verborgene Struktur geht, die heimlich auf manipulierende Weise festgehalten wird. Auch Schmid weist noch einmal darauf hin, daß Freiheit nicht mit Strukturlosigkeit identisch ist, und daß ein zu geringes Ausmaß an Struktur eine Überforderung bedeuten kann, wodurch eventuell die Freiheit eingeschränkt wird; ebenso wie im umgekehrten Fall ein Zuviel an Struktur einengend wirkt. Daß ein unstrukturiertes Gruppen-Encounter eine Illusion ist, wurde bereits durch Rogers bemerkt, der darauf hinwies, daß in dem Fall die Struktur in der Unstrukturiertheit besteht. Laut Schmid muß das Ausmaß an angebotener Struktur und die Wahl einer Strukturform mit den klientenzentrierten Prinzipien übereinstimmen und muß dies anhand der Möglichkeiten der Gruppenmitglieder und anhand der Zielsetzung der Gruppe überprüft werden. Es gibt dann eine große Spanne zwischen einer Arbeitsgruppe einerseits und andererseits einer Gruppe, die sich auf die Persönlichkeitsbildung oder Psychotherapie richtet. Für die Praxis erachtet Schmid es insbesondere als wichtig, im Vorhinein als Gruppenleiter anzugeben, was an Struktur angeboten werden wird und was nicht, wobei die Selbstreflexion über die Beziehung zwischen Macht und Struktur nicht vergessen werden darf.

Der Verlauf des Gruppenprozesses kommt in Kapitel acht zur Sprache: Verschiedene Prozeßmodelle, wie das der therapeutischen Faktoren nach Yalom, die Wirkfaktoren nach Combs und die klientenzentrierten Grundhaltungen von seiten der Teilnehmer werden angeführt.

Die Fragen „Wie kann man eine Gruppe fördern?“ und „Welche Grundhaltung ist für den Facilitator erforderlich?“ werden in Kapitel zehn sorgfältig beantwortet. Ausführlich wird die Haltung des Gruppenleiters beschrieben. Die Betonung liegt auf die Beantwortung von Fragen wie: Wie fördert man als Leiter?; was muß gefördert werden?; wie ist man ein Experte ohne der Experte zu sein?; inwiefern ist man Teilnehmer?; was heißt es, für die Gruppe funktional zu sein?; welche Verantwortung hat der Leiter?; und, nicht zu vergessen, wie (selektiv) echt oder transparent ist man, was heißt es, authentisch zu handeln, und was alles beinhalten Akzeptanz und Empathie in einer Gruppentherapie? Die Frage der Grundhaltung wird nicht vermieden. Aufgrund der jüngeren Literatur gelangt Schmid zu der Schlußfolgerung, daß die Betonung der Grundbedingungen in ihrem Zusammenhang sowie die Tatsache, daß nicht die eine auf Kosten der anderen vernachlässigt werden darf, zu einem heilsamen Gleichgewicht führt und eine Entgleisung verhindern kann.

Mit einer Aufzählung und Beschreibung von unerwünschten Interventionen, wie beispielsweise zu drängen, zu manipulieren, zu theoretisieren, den Experten zu spielen, sich als Person in rätselhaft-Nebeln zu hüllen, einem Laissez-faire-Stil nachzugehen und dem eigenen Erfolg nachzujagen, wird dieses ausgezeichnete Kapitel abgeschlossen.

In der Folge werden in Kapitel elf die nicht hilfreichen „beschleunigenden“ Techniken und Übungen behandelt, die die Gefahr, sich etwas vorzumachen, oder die eines zu großen Gruppendrucks mit sich bringen können.

In Kapitel zwölf werden spezifische, schwierige Situationen behandelt, wie die Anfangsschwierigkeiten, der Umgang mit Schweigen, das Reden über unwichtige Dinge, die Bildung von Untergruppen und das Beenden einer Gruppe.

Kapitel dreizehn handelt von Groß-Gruppen und -Workshops.

Der dritte Teil behandelt Ausbildung, Supervision und Forschung und schließt mit kritischen Betrachtungen bezüglich Encounter-Gruppen. Es geht um Antworten auf die Frage: Wie macht man es möglich, daß das Herantragen des erforderlichen Wissens und das Fördern der Fertigkeiten mit der Persönlichkeitsentwicklung des Ausbildungskandidaten zusammengeht — sodaß dieser seinen eigenen Stil findet und sich in einer therapeutischen Beziehung getraut, sich auf sich selbst zu verlassen? Die unvermeidlichen Dilemmas kommen hierbei alle zur Sprache, auch jetzt wieder mit Zitaten von Rogers bis zu seinen Schülern der neunziger Jahre belegt.

Der kurze, letzte Teil handelt von den mit Tabus verschleierte Themen Macht, Aggression und Sexualität. Themen, die von Vorur-

teilen begleitet sind; der Umgang damit bildet einen Prüfstein für eine klientenzentrierte Arbeitsweise im Gruppenverband.

Neben einer Diskussionsgrundlage der kurzen Thesen, die Schmid hier aufstellt, hofft er hier auch nachzuweisen, welche Chancen Encounter- und Therapiegruppen den Teilnehmern bieten, um gerade im Zusammenhang mit diesen Themen Erfahrungen zu machen.

## Schlußfolgerung

Die Ankündigung von Pfeiffer, daß dieses Handbuch über klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie seinesgleichen nicht hat, kann ich voll bestätigen. Es ist die lang erwartete Weiterführung von Schmid's erstem, theoretischem Teil. Auch dieser Teil ist wieder ein ordentlicher Brocken zum Lesen, den ich zuerst einmal halt weit weg

ins Bücherregal gestellt habe. Aber wenn man dann einmal anfängt, liest es sich flott, da es insgesamt praxisorientiert ist. Dank eines Giganten wie Schmid ist nun die Lücke der Theoriebildung auf dem Gebiet der klientenorientierten Gruppentherapie überwunden. Meines Erachtens verdient dieses Buch einen wichtigen Platz in unserem Ansatz, insbesondere im Ausbildungsprogramm der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie, die nun endlich eine weniger unsichere Grundlage erhalten hat.

## Literatur

Schmid, Peter F., Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie, 1. (Buchrezension Hans Snijders). Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 33, Nr. 4, 1995.

Aus dem Niederländischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz

Rezension

Jobst Finke

## **Peter F. Schmid: Im Anfang ist Gemeinschaft**

Das hier vorzustellende Buch von Peter Schmid ist in der langen Liste seiner Veröffentlichungen und Buchpublikationen das neueste Werk. Der bekannte Wiener Autor hat hiermit gewissermaßen den 3. Teil einer Trilogie vorgelegt, die sich mit den Phänomenen der Gruppe in der Psychotherapie und in der Seelsorge befaßt. Die beiden ersten Bände „Solidarität und Autonomie“ (erschienen 1994), und „personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Die Kunst der Begegnung“, (erschienen 1996), beschäftigten sich überwiegend mit der Institution Gruppe im psychotherapeutischen Kontext. Dies geschah vornehmlich auf dem Hintergrund einer Auseinandersetzung mit der für die psychotherapeutische Situation so wichtigen Begegnungsphilosophie. Der 3. Band nun beleuchtet das Phänomen der Gruppe von einer theologischen Perspektive aus.

Deshalb ist hier auch der Hinweis wichtig, daß der Rezensent selbst kein Theologe ist. Er verfolgt die Ausführungen des Autors aus einem vornehmlich psychotherapeutischen Blickwinkel. Dabei kann er zwangsläufig viele rein theologische Ausführungen und Hinweise nicht angemessen würdigen.

Das 223 Seiten starke Buch (erschienen 1998 bei Kohlhammer) ist in 8 Kapitel gegliedert, die die Darlegungen übersichtlich so ordnen, daß sie den Leser von der Erörterung rein theologischer Fragen zunehmend zu solchen der seelsorgerischen Theorie und Praxis führen.

In prägnanter und auch für den Laien gut verständlicher Sprache expliziert Peter Schmid in verschiedenen Argumentationssträngen sein Leitmotiv „Im Anfang ist Gemeinschaft“. Würde man hier nur gewissermaßen menschengeschichtlich bzw. sozialhistorisch argumentieren, so wäre die Beweislast nicht allzu schwer. Natürlich ist der Mensch am Anfang seiner Geschichte und noch lange in ihrem weiteren Verlauf primär Gemeinschaftswesen. Er versteht sich ganz aus den Besonderheiten seiner Sippe und den Riten und Traditionen seines Stammes heraus und es ist ein langer kulturgeschichtlicher Weg bis zu zunehmenden „Entdeckung“ des Individuums. Aber der Autor meint mit dem „Anfang“, an dem die Gemeinschaft steht, nicht so sehr eine zeitliche Priorität, sondern eine ontologische. Und

diesen primären Seinsgrund von Gemeinschaft bestimmt er theologisch, d. h. er sieht ihn in Gott. Gott ist nach Schmid einerseits der Grund unseres individuellen Personseins, aber er ist andererseits auch der Grund unseres gemeinschaftlichen Seins. Denn Gott ist nach christlichem Verständnis nicht nur ein Einzelner, sondern auch eine Dreiheit, d. h. die Gemeinschaft von Vater, Sohn und heiligem Geist. Gott zu denken heißt so auch immer diese Dreieinigkeit, dieses Zusammengehören der Drei zu bedenken. Von dieser theologischen Argumentationsebene leitet Schmid über zur ekklesiologischen. Da die Trinität als das Urbild von Gemeinschaft anzusehen ist, bestimmt sich auch die Kirche als Gemeinschaft, als die Gemeinschaft der Gläubigen. Die Kirche ist nach Schmid in vielfältiger Weise eine Gemeinschaft, sie ist eine Erzähl- (in der das Leben Jesu immer wieder neu zu erzählen ist), eine Solidaritäts-, eine Mahl- und eine diakonische Gemeinschaft.

Diese Ausführungen führen dann folgerichtig zu nächsten thematischen Ebene, zur Seelsorge, die mit der Psychotherapie potentiell gemeinsam hat, daß sie in besonderer Weise der Raum personaler Begegnung ist und das Prinzip „Gemeinschaft“ in einer sehr spezifischen Form realisiert. Zudem bedient sie sich heute psychologischer und insbesondere gruppenpsychotherapeutischer Methoden. Der Autor schildert zunächst die Geschichte dieser modernen Seelsorge, ihre Ursprünge in der Pastoral-Counseling-Bewegung und im „Clinical Pastoral Training (CPT)“ in den USA und ihre zunehmende Verbreitung und Konsolidierung als „Pastoralpsychologie“ im deutschen Sprachraum in den 60er und 70er Jahren. Den Fokus des Interesses lenkt auch hier der Autor auf die Rezeption der Gruppendynamik und der Gruppenpsychotherapie durch die kirchliche Seelsorge. Er spielt aber auch in diesem Zusammenhang nie das Gemeinschaftliche gegen das Individuelle aus, vielmehr betont Peter Schmid immer wieder das dialektische Verhältnis von Individualität und Sozialität, von Selbständigkeit und Beziehungsangewiesenheit. Er grenzt sich ausdrücklich von den Totalitarismen dieses Jahrhunderts mit ihrer Überhöhung des Kollektivs (bzw. der „Volksgemeinschaft“) und ihrer Abwertung individueller Interessen und Rechte ab. Das Buch Schmidts ist allerdings als eine Antwort auf die Verein-

zelung der Menschen in der heutigen Zeit zu verstehen. Es ist als ein korrigierender Hinweis gegenüber der Verabsolutierung jenes Prinzip zu lesen, das für den neuzeitlichen Menschen so bestimmend wurde: die Individualität, das Ich in seiner einsamen Freiheit.

Das Buch empfiehlt sich sehr nachdrücklich natürlich für Theologen, vor allem an der Seelsorge interessierten, und zwar für Theologen beider Konfessionen, da der Autor immer wieder auf Bewegungen und Positionen in beiden Kirchen Bezug nimmt. Das Buch

empfiehlt sich aber auch für primär psychotherapeutisch Interessierte und Tätige. Sie können sich hier mit einer Dimension auseinandersetzen, auf deren sinnstiftende Letztinstanzlichkeit sie zwar als „säkulare“ Therapeuten nicht unmittelbar verweisen können, deren auch psychologische Gehalte aber eine zumindest mittelbare Anregung für die eigene Praxis und das eigene Therapieverständnis sein können. Gerade hier käme auch das große Anliegen von Peter Schmid zur Geltung, Theologie und Psychotherapie wieder miteinander in ein Gespräch zu bringen.

## **AKADEMIE FÜR BERATUNG UND PSYCHOTHERAPIE**

Die Akademie wurde als eine Einrichtung des IPS (Institut für Personzentrierte Studien) gegründet. Ihre Aktivitäten bestehen vor allem in der Konzeption und Durchführung einer Reihe vernetzter Aus-, Fort- und Weiterbildungslehrgänge sowie einschlägiger Veranstaltungen. An den Lehrgängen der Akademie nehmen gegenwärtig mehr als 100 Personen teil.

### **Die Lehrgänge der Akademie im Überblick**

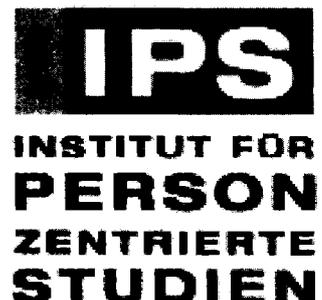
- o die staatlich anerkannte Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie (APG - Fachspezifikum)
- o der zweijährige Weiterbildungslehrgang Personenzentrierte Psychotherapie, der mit der Erlangung des Zusatztitels beim Bundesministerium für Gesundheit abgeschlossen werden kann
- o die Ausbildung Personenzentrierte Beratung und Gesprächsführung
- o die Ausbildung Personenzentrierte Lebens- und Sozialberatung
- o die modulare Aus- und Weiterbildung in Personenzentrierter Supervision und Organisationsentwicklung (Feldsupervision) in Kooperation mit der ÖGwG (entspricht den Bestimmungen des ÖBVP und der ÖVS)
- o die Aus- und Weiterbildungen in Personenzentrierter Gruppenarbeit und
- o die Fort- und Weiterbildung in Personenzentrierter Gruppentherapie

Nähere Informationen erhalten Sie bei:

Akademie für Beratung und Psychotherapie

A - 1030 Wien, Dißlergasse 5/4, Tel.: +43/1/7137796, Fax: +43/1/7187832

email: akademie-ips@gmw.at, Internet: [www.psychotherapie.org/apg-ips](http://www.psychotherapie.org/apg-ips)



Rezension

Gerhard Stumm

# **Jobst Finke: Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie**

1999, Thieme, Stuttgart

156 Seiten

Vorgelegt wird hier ein schmales Büchlein. Aber welch erstaunlich kompakte Verdichtung und welch spannende methodenübergreifende Abhandlung zum psychotherapeutischen Beziehungs- und Praxisverständnis konflikt-/einsichts-/klärungorientierter Verfahren der Tiefenpsychologie und Ansätze der humanistischen Psychologie entfaltet sich dem Leser/der Leserin:

Schon 1994 hat der Autor in einem speziell für Ausbildungskandidaten/innen für „Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie“ sehr empfehlenswerten Buch („Empathie und Interaktion“) einem seiner Credos Ausdruck verliehen und das dialektische Verhältnis von Beziehung und Technik aus einer klientenzentrierten Perspektive ausführlich behandelt. In der vorliegenden Publikation ist erste Leitlinie die tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychodynamische Orientierung, worunter der klientenzentrierte Ansatz einer von mehreren ist. Erkennbar ist die Ausrichtung auf eher kurz- bis mittelfristige psychotherapeutische Prozesse, auf u. a. eine Bildung von Personen, die sich in Gesprächsführung und therapeutischer Praxis an tiefenpsychologischem bzw. psychodynamischem Basiswissen und entsprechendem Handlungsrepertoire orientieren wollen, zum Teil wohl durch die spezielle deutsche Situation der Anerkennung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bedingt (siehe auch S. 71). Die systematische Aufbereitung z. B. von Widerstands- (Abwehr-) und Übertragungsanalyse einerseits, aber auch die beabsichtigte Akzentuierung in Richtung „Technik“ verleihen dem Kompendium einen „lehrbuchartigen“ Charakter. Aus klientenzentrierter Sicht lassen sich hier aufgrund grundsätzlicher Überlegungen Einwände gegen den Stellenwert der erwähnten Konzepte, aber auch gegenüber dem Ansinnen, therapeutische Praxis reißbrettartig skizzieren zu können, erheben. Dem ist entgegenzuhalten, daß der Autor Möglichkeiten aufzeigt, wie der/die Psychotherapeut/in auf Klienten/innen eingehen kann, anstatt schematisch und floskelhaft die Formulie-

rungen nachbetend zu reagieren. Im Hinblick auf mein eigenes praktisches Handeln habe ich die Vorschläge vielfach als anregend empfunden.

Jobst Finke beschreibt mit der ihm eigenen Gabe zur zwanglosen und doch stringenten Systematik vier - nicht immer scharf zu trennende - Beziehungsformen (zugleich als Therapieprinzipien zu verstehen): die Arbeitsbeziehung, die Alter-ego-Beziehung, die Übertragungsbeziehung und die reale (Dialog-) Beziehung. Während die Arbeitsbeziehung als „Ort des kritischen Prüfens und Schlußfolgerns“ den Hintergrund der anderen Beziehungsformen abgibt (S. 16), ist die der klientenzentrierten Haltung wohlvertraute Alter-ego-Beziehung durch die Funktion des Dolmetsch für das innere Zwiegespräch des Patienten gekennzeichnet (S. 28), die Übertragungsbeziehung als interaktionelles Geschehen durch die Beziehungserwartungen der Klienten und Psychotherapeuten und die Dialogbeziehung als wechselseitige Beziehung von zwei realen Anderen. In eben dieser Reihenfolge, wie sie in psychotherapeutischen Prozessen - natürlich in Abhängigkeit vom therapietheoretischen und behandlungspraktischen Standort - häufig beobachtet werden kann (vgl. die kunstvolle Abbildung auf Seite 58), werden die einzelnen Beziehungsformen nach verschiedenen Gesichtspunkten ausgeleuchtet: Charakteristik, Funktionen, Leitlinien, Widerstandsphänomene, Indikation und Risiken (Kontraindikation). Eine gewisse Schwerpunktsetzung auf die Übertragungsbeziehung kennzeichnet die vorrangige Zielgruppe. Dementsprechend ist das Begegnungskonzept weniger ausgebreitet und das Gegenübertragungskonzept immer mitgedacht.

Neben Ausführungen zu Übertragung und Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand ist beispielsweise Interessantes zu erfahren über konkordante und komplementäre Identifizierung (z. B.: S.

32f.), über situationsvermittelte und ausdrucksbezogene Empathie (S. 40), über Umwelt- und genetische Deutung sowie über Hermeneutik. Eine weitere Differenzierung, die sich trefflich in die Übersicht einfügt, ist die Kommentierung aus unterschiedlichen methodenspezifischen Blickwinkeln. Hier reflektiert der Autor die einzelnen Beziehungstypen nach folgenden Methoden: Psychoanalyse, Individualpsychologie, Analytische Psychologie (nach C. G. Jung), Katathym-Imaginative Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie und Psychodrama. Während die psychoanalytischen und klientenzentrierten Betrachtungen trotz der gebotenen Knappheit meinem Geschmack nach pointiert, erhellend und relativ umspannend ausgefallen sind, verbleiben die anderen Darstellungen eher angedeutet und weniger ausgefeilt, ein Umstand, der auch so verstanden werden kann, daß diesen Ansätzen weniger Rechnung getragen wurde.

Eine kundige Hinführung zum Gegenstand der Arbeit (in der Einleitung und im Eingangskapitel), ein Exkurs über hermeneutisches Verstehen im psychotherapeutischen Kontext - ein Spezialgebiet des Autors, das ein weiteres Credo, nämlich seine hermeneutische Orientierung impliziert, - und Hinweise („Faustregeln“) zur Gesprächstechnik, die allerdings schon 1994 vorgestellt wurden, runden die ansprechenden Ausführungen ab.

Dabei - und das soll hier nachdrücklich gewürdigt werden - veranschaulicht Finke seine Darlegungen immer wieder mit konkreten Beispielen, wie sie in einer Vielzahl von Gesprächsausschnitten bzw. exemplarischen Interventionsweisen und -möglichkeiten zum Ausdruck kommen. Diese praxis- und erfahrungsbezogenen Illustrationen zeigen in beeindruckenden fallweisen Variationen von Reaktionen und Aussagen vonseiten des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin eine sehr anwendungsrelevante didaktische Kompetenz und die breite und facettenreiche Erfahrung des Autors auf. Für mich ist denn auch die Theorie-Praxis-Mischung wohlthuend ausgewogen.

Angemerkt sei, daß eine Reihe von Graphiken die Textausführungen ergänzen und so die Rezeption des Textes bzw. der Kom-

plexität der durch ihn abgebildeten Zusammenhänge bereichern. Eine Kritik an einer Agende des Verlags ist angebracht: Wie schon im Buch aus 1994 sind mir auf Anhieb über 100 Druckfehler im Text und insbesondere in den Literaturangaben aufgefallen. So finden sich denn mehrfach Kreationen wie z. B. Überraung und Übertagung, was eine interessante Variante von „Texthermeneutik“ erfordert. Im Ernst: Diese Schrift verdiente sich - und dies ganz besonders im Falle einer Neuauflage, die im Sinne einer weiten Verbreitung zu wünschen wäre, - eine auch formal korrekte Wiedergabe.

Resume: Der Text ist flüssig geschrieben, - trotz der notwendigen Einbeziehung facheinschlägiger Terminologie - leicht verständlich und auch für jemanden, der aus einer anderen Schulentradition kommt, gut nachvollziehbar. Der Autor bedient sich einer Sprache, die die Lebendigkeit des Gegenstandes, nämlich menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie zwischenmenschlicher Beziehung, unterhält. Das Buch dient der Information über - aus klientenzentrierter Sicht auch ansatzfremde - Begriffsbildung und Grundkonzepte der Therapietheorie und ist trotz seiner integrativen Bemühungen ein Anstoß, in Relation zu und Auseinandersetzung mit grundlegenden Konzepten (auch aus anderen Richtungen) eine klärende Annäherung in der Bestimmung des eigenen Selbstverständnisses, der eigenen Theoriebildung und vor allem der eigenen Therapiepraxis zu fördern. Freilich bedarf es dazu stellenweise der Übersetzung des weitgehend psychoanalytischen Vokabulars in eine personenzentrierte Begriffsbildung bzw. in einen klientenzentrierten Bezugsrahmen. Das Buch ist sehr empfehlenswert für Personen, die nicht den scharfen Gegensatz und die spezifischen Eigenheiten des jeweiligen psychotherapeutischen Modells, sondern eine gemeinsame (psychodynamische, klärungsorientierte) Bezugsebene im Sinne einander überschneidender Grundannahmen fokussieren wollen, ohne dabei die Perspektive der Nicht-Beliebigkeit der jeweiligen anthropologischen Überzeugung und theoretischen Positionen aus dem Blick zu verlieren. Ich habe es mit größtem Interesse gelesen und sehr viel Wissenswertes darin gefunden.

## An die österreichische Bundesregierung An die Parteichefs der im Parlament vertretenen Parteien An die Abgeordneten zum Nationalrat

Österreich zeichnet sich - zumindest bis jetzt - durch ein Klima des sozialen Friedens, des wechselseitigen Respekts und der Achtung voreinander aus. Wir bringen mit Nachdruck unsere Besorgnis darüber zum Ausdruck, daß dies immer stärker gefährdet ist: Direkte und indirekte, offene und latente Feindseligkeiten gegenüber Fremden und Personen aus anderen Kulturkreisen ebenso wie Schweigen zu diesen Missständen durch Viele, vor allem auch durch Verantwortungsträger im öffentlichen Leben, tragen zunehmend zu einer Atmosphäre der Polarisierung und Ausgrenzung bei: Ausländerinnen und Ausländer werden vielfach pauschal in die Nähe von Kriminalität gerückt. Menschen, die zusammen leben, werden auseinander dividiert. Die Menschenrechte scheinen antastbar geworden zu sein. Werden sie aber an einem Punkt verletzt, stehen sie auch anderswo, ja insgesamt, infrage.

Viele der hervorragenden kulturellen, wissenschaftlichen, technischen und menschlichen Leistungen, die in unserem Land hervorgebracht wurden, verdanken wir der kulturellen Vielfalt seiner Bewohner und ihrer Vorfahren. Auf Grund der Geschichte unseres Landes tragen die Österreicherinnen und Österreicher eine besondere Verantwortung gegenüber Minderheiten und Andersdenkenden; deren Geringschätzung und Verfolgung sowie das Schweigen dazu haben letztlich zu großem Leid für alle geführt. Wir verweisen auch auf die große humanitäre Tradition, die Österreich etwa in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die jüngste Geschichte immer wieder unter Beweis gestellt hat.

Als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen wir aus vielfältiger Erfahrung, wie wichtig ein Klima der aktiven Toleranz

und der gelebten Solidarität für die Entwicklung und das persönliche Glück des Einzelnen, für zwischenmenschliche Beziehungen und für konstruktive gesellschaftliche Verhältnisse ist. Wir wissen, dass aus Gefühlen der Angst und Bedrohung - werden sie einseitig gegen Minderheiten und Andersdenkende kanalisiert - Verhaltensweisen und Handlungen entstehen können, die nicht nur andere tatsächlich bedrohen, sondern auch rückwirkend zur Bedrohung und Gefährdung der eigenen Person werden. Da wir oft im Kleinen erlebt haben, dass Ausgrenzung zu Radikalisierung und Unfrieden führt - bei anderen und bei sich selbst -, befürchten wir, dass auf diese Weise letztlich auch im Großen die soziale Sicherheit gefährdet ist.

Wir sehen es daher als unsere Verantwortung an, dringend an alle Menschen zu appellieren, ihre Fähigkeiten zu Toleranz, Offenheit, Verständnis, Frieden und Solidarität aktiv einzusetzen und gegen Vorurteile, Verhetzung und Gleichgültigkeit aufzutreten - im alltäglichen Bereich ebenso wie im öffentlichen Leben. Und wir appellieren mit allem Nachdruck an alle Verantwortlichen, den Anfängen jener Strukturen zu wehren, die solches ermöglichen oder begünstigen.

*Die GesellschafterInnen der Person-Centered Association in Austria (PCA)*

*Christian Fehring, Peter Frenzel, Winfried Janisch, Lore Korbei, Christian Korunka, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Marietta Winkler, Elisabeth Zinschitz*

## **VERGABE DES 1. INTERNATIONALEN SIGMUND-FREUD-PREISES FÜR PSYCHOTHERAPIE DER STADT WIEN AN PROF. DR. SYLVESTER NTOM MADU**

Der Preis wurde geteilt und an drei Preisträger vergeben: an Paul Parin, den bekannten Ethnopschoanalytiker, an Daniel Stern, den bekannten Säuglingsforscher und an „unseren“ Sylvester Ntom Madu, der mittlerweile eine Professur in Südafrika angetreten hat.

Sylvester Ntom Madu wurde 1953 in Nigeria geboren, ist verheiratet und hat zwei Kinder. Er stammt aus einer Lehrerfamilie, die den Wert einer guten Ausbildung für ihre Kinder kannte und ermöglichte. Über Italien gekommen begann er 1980 in Innsbruck Psychologie zu studieren, wo er bereits 1984 promovierte. Vorerst aus Verunftsgründen absolvierte er bei Petra Riccabona und Christoph Fischer die Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie. Sehr bald allerdings wurde ihm klar, daß die Werte der Humanistischen Psychologie für ihn insofern bedeutungsvoll waren, als sie seinen eigenen entsprachen.

Von 1986 - 1992 unterrichtete Sylvester Ntom Madu an der University of Ibadan in seinem Heimatland, neben Klinischer Psychologie auch Psychopathologie und Psychotherapie, hier vor allem nach Carl R. Rogers. Von dort aus gab es - damals noch ohne E-Mail (!) - regen schriftlichen Kontakt zwischen dem Redaktionskomitee von Personzentriert und Sylvester Ntom Madu. Aus diesem heraus entstanden in den späten 80er und frühen 90er Jahren einige Artikel, die eine psychotherapeutische Brücke zwischen Afrika und Europa herstellten. So verglich der Autor z.B. traditionelle afrikanische Heilmethoden und westliche Psychotherapiemethoden. Seine praktische Arbeit orientierte sich von der Haltung her an Rogers: das zu verstehen, was verstanden werden will, dann kann Veränderung stattfinden. Sylvester Ntom Madu - nunmehr in zwei Kulturen zuhause - brachte den dafür erforderlichen frischen und neugierigen Blick mit, auch auf die Strukturen seiner Heimat.

Die Jahre 1992 - 1997 brachten Sylvester Ntom Madu dann wieder zurück nach Wien - auf Forschungsurlaub, wo er mit interessanten interkulturellen Themen am Psychologischen Institut beschäftigt war. Diesmal - als freiberuflicher Psychotherapeut - wehte ein rauere Wind als im Innsbruck der Studienzeit.

Veronika Poch stellte die erste Wohnmöglichkeit zur Verfügung und half weiter. Sylvester Ntom Madu war unter den ersten, die sich in die PsychotherapeutInnen-Liste des Ministeriums eintragen

ließen. Mehrere Vorträge über vergleichende europäische und außereuropäische Psychotherapieforschung fanden in Wien in dieser Zeit statt, z.B. auch über veränderte Bewußtseinszustände. Bilder von Sylvester Ntom Madu in seiner prächtigen und farbenfrohen Landestracht tauchen dazu auf. Er war nicht nur im Regionalzentrum Wien ein gern gesehener Gast, sondern auch bei gesellschaftlichen Anlässen. Mittlerweile war neben seine Muttersprache(n) auch Englisch und ein immer klarer werdendes Deutsch getreten.

1995 - 1997 arbeitete Sylvester Ntom Madu am Therapiezentrum in Ybbs/Donau in Niederösterreich. Im Jänner 1998 erhielt er einen Ruf an die University of the North in Sovenga/Südafrika, wo er eine ähnliche Fächerkombination wie in Ibadan/Nigeria lehrt. Auch hier heißt es für den Wanderer zwischen den Kulturen sich wieder auf Neues einzustellen, auf die politischen und auch berufspolitischen Strukturen dieses Landes nach der Apartheid.

Seit 1996 ist er Präsident des African Chapter of the WCP (World Council for Psychotherapy). Angeregt durch Alfred Pritz organisierte Sylvester Ntom Madu bereits zwei äußerst erfolgreiche Kongresse über Psychotherapie in Afrika: 1997 in Kampala/Uganda und 1998 bereits in Sovenga/Südafrika. Der nächste Kongress wird 2000 in Jaunde/Kamerun stattfinden.

Da ich Sylvester Ntom Madu zu meinen Freunden zählen kann, möchte ich gerne noch eine private Erinnerung an ihn anschließen:

Als in Kampala das dort zuständige Organisationskomitee ausgefallen war, übernahm er mehr nolens als volens in ansteigender Kompetenz die Führung des Häufleins sprach- und ortsunkundiger Psychos. Nur hatten wir alle - und sehr bald zurecht - vergessen, daß auch Sylvester weder sprach- noch ortskundig war. Dafür und für vieles andere, lieber Sylvester noch einmal ein kräftiger Applaus, in den Du in Kampala immer wieder eingehüllt warst.

Zum Abschluß möchte ich noch der Freude der ÖGWG Ausdruck geben, einen Sigmund-Freud-Preisträger unter uns zu haben - und diese Freude hätte Carl R. Rogers sicherlich geteilt, wo auch gerade in Südafrika ein Schwerpunkt seiner Friedensarbeit lag.

Lore Korbei

# NETWORK OF THE EUROPEAN ASSOCIATIONS FOR PERSON-CENTRED COUNSELLING AND PSYCHOTHERAPY

## (NEAPCCP)

*PERSON dokumentiert im Folgenden die Statuten des NEAPCCP. Ein Bericht über Geschichte, Gründung und Zielsetzung von Peter F. Schmid findet sich in PERSON 1 (1999) 87–89.*

### STATUTES

The Network was founded on 27 September 1998, in the City of Luxembourg on the occasion of the Annual Meeting of European Person-/Client-Centred Organisations in Luxembourg. The Statutes in their present form were agreed at the 2nd General Assembly on 26 September 1999 in Athens, Greece.

### I. Principles

1. The aim of the Network is to provide a European-wide forum for those professionals who have
  - o a commitment to the primary importance in therapy of the relationship between therapist and client,
  - o an essential trust in the experiential world of the client and its centrality for the therapeutic endeavour,
  - o 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,
  - o a commitment to an 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,
  - o an openness to the elaboration and development of person-centred and experiential theory in the light of current and future practice and research.
2. This is in line with the principles of the World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy (WAPCCP) and in accordance with the non-discrimination accord valid within the framework of the European Union.

### II. Goals

The Network has the following goals:

- o to further co-operation between person-centred associations and institutions in Europe, especially in the field of psychotherapy and counselling, e. g. through common projects

- o to support/facilitate European person-centred associations, institutions and individuals in their work,
- o to promote the person-centred paradigm and to support and encourage the scientific study as well as the improvement of practice in this paradigm, specifically in the field of psychotherapy and counselling,
- o to engage in socio-political processes to ensure the continued contribution of the paradigm in health, social insurance, education, academic contexts etc.,
- o to have a commitment to support and/or organize European PCA conferences,
- o to foster the exchange of research, theory and practice among a variety of language groups through existing journals and other means,
- o to exchange ideas with other psychotherapeutic and counselling orientations and to stimulate co-operation in the field of psychotherapy and counselling,
- o to work together closely with the WAPCCP and other person-/client-centred associations
- o and to work together with the European Association for Psychotherapy (EAP), the European Association for Counselling (EAC) and other key associations.

### III. Means

1. The purpose of the association will be realized through idealistic and material means.
2. Idealistic means are lectures, meetings, publications etc. Material means are admission fees, annual membership fees, contributions, donations, conference fees and other proceeds.

### IV. Structure

1. The structure of the Network corresponds to person-centred principles.
2. The Network invites into its membership existing national person-/client-centred and experiential organisations, training institutes and other institutions in Europe which

- adhere to its principles and its goals (see I. and II.),
- are committed to clearly defined ethical standards,
- have a commitment to psychotherapy and counselling training and/or further training according to state of the art person-centered training standards and national (if these exist) psychotherapy and/or counselling training standards.

As far as psychotherapy, according to the EAP (European Association for Psychotherapy) regulations, is concerned, members acknowledge the standards of the EAP and, if not yet met, aim towards fulfilling them within a given period of time.

As far as counselling, according to the EAC (European Association for Counselling) regulations, is concerned, members acknowledge the standards of the EAC and, if not yet met, aim towards fulfilling them within a given period of time.

3. Persons or organisations, who, through personal or organizational effort and/or financial support, promote the interests of NEAPCCP, can become Honorary Members on decision of the General Assembly.
4. The principle of local autonomy is maintained. The authority of the Network can only be applied to its composition, to its way of working together and to its external relationships. It also applies to questions concerning the European Certificate of Psychotherapy. Any other decisions limiting the rights of national organisations require the ratification of the Members to become effective.

## V. General Assembly

1. The General Assembly, consisting of the Delegates of the Members of the Network, takes all essential decisions.
2. Decisions are made unanimously whenever possible, as striving for consensus and compromise is an essential part of the self-understanding of person-centred principles in action.
3. Each Member can send up to two Delegates. The Delegates of one organisation have to agree on their vote on behalf of their organisation.
4. Network Members with up to 100 points have one vote, up to 1000 points two votes, with more than 1000 points three votes. (In figuring out the points members of a Network Member who have finished their training and do psychotherapeutic work as therapists or counsellors according to national regulations count for 1 point, other members of a Network Member, including trainees, count for half a point.)

## VI. Board

1. The Board consists of four to six people.
2. The functions of the Board are threefold. Firstly to carry out the decisions and policies of the NEAPCCP agreed in the General Assembly, secondly to manage ongoing matters and thirdly to

deal with matters which may arise between meetings of the General Assembly if necessary.

3. The tasks of the Board include:
  - preparing the General Assembly
  - admitting new Members who have fulfilled the membership requirements (see IV.2.)
  - presenting a statement of the annual accounts and determining the budget for the next year, subject to the approval of the General Assembly
  - presenting a report of its work during the last year to the General Assembly.

## VII. Auditors

1. The General Assembly elects two auditors from different associations biannually.
2. Their task is to examine all the financial affairs, including the annual financial statements of the NEAPCCP.

## VIII. Membership Fee

1. The Members pay a membership fee to meet the expenses of the NEAPCCP.
2. The level of the membership fee is decided by the General Assembly.

## IX. Dissolution

1. The dissolution of the NEAPCCP needs a two thirds majority in the General Assembly if a consensus cannot be reached.
2. In the event of the dissolution of the NEAPCCP all money, goods or property owned by the NEAPCCP, after satisfaction of all proper debts and liabilities, is transferred to the World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy (WAPCCP) or a similar association, if the WAPCCP does not exist.

## THE MEMBERS OF THE NEAPCCP

*as of September 24, 1999*

**AFP-ACP** (Association Française de Psychothérapie dans l'Approche Centrée-sur-la-Personne) France

**AFPC** (Association Francophone de Psychothérapie Centrée-sur-la-Personne et Expérientielle) Belgium

**AFTCP** (Association Francophone de Thérapie Centrée sur la Personne) regional

**APG/IPS** (Institut für Personzentrierte Studien der APG) Austria

**APPCPC** (Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e de Counselling) Portugal

**BAPCA** (British Association for the Person-Centred Approach) United Kingdom

**GPF** (Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie a Forschung) Luxemburg

**GWG** (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie ) Germany

**HAPCA** (Hellenic Association of Person-Centered Approach) Greece

**ÖGWG** (Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung) Austria

**PCA** (Person-Centered Association in Austria) Austria

**PCA** Institut Praha - Czech Republic

**SGFK** (Schweizerische Gesellschaft für klienten- und körperzentrierte Theorie und Praxis) Switzerland

**SGGT/SPCP** (Schweizerische Gesellschaft für Gesprächstherapie und personenzentrierte Beratung) Switzerland

**TCPCA** (Training Centre for the Person-Centred Approach) Greece

**VCgP** (Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie) The Netherlands

**WCgP** (Vlaamse Vereniging voor cliëntgerichte psychotherapie) Belgium

## THE BOARD OF THE NEAPCCP 1999/2000

**Peter F. Schmid**, APG/IPS, Austria: co-ordinator, representative for foreign affairs and external relations

**João Hipólito**, APPCPC, Portugal: representative for foreign affairs and external relations, contact person for the next meeting

**Paulus Wacker**, GWG, Germany: contact person to EAP and EAC

**Raimund Dörr**, SGGT/SPCP, Switzerland: treasurer, secretary for correspondence issues

**Anne Wunderle**, SGGT/SPCP, Switzerland: secretary for membership issues, secretary for correspondence issues

**Pavlos Zarogiannis**, PCA, Greece: contact person for the next meeting

## Seminar mit Dr. med. Jobst Finke

### "REFLECTING OF FEELINGS" EMOTIONEN ALS LEITLINIE DES EINFÜHLENDEN VERSTEHENS

*Zeit: 19. 5. 2000 - 21. 5. 2000*

*Ort: IPGP, 1180 Wien, Staudgasse 7*

*Anmeldung: Sylvia Gaul, 01/402 53 40*



## Jour fixe mit Dr. med Jobst Finke

*Eine Veranstaltung von Forum/APG und ÖGWG/RZ Wien*

### BEZIEHUNGSKONZEPTE IN DER PERSONENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE

*Zeit: 18. 5. 2000, 20 Uhr*

*Ort: IPGP, 1180 Wien, Staudgasse 7*

*Kostenbeitrag: öS 150.-*

# FORTBILDUNGSSEMINAR des Regionalzentrums der ÖGWG Tirol

**UTE BINDER** (Frankfurt/Main)

## **Depressives Leiden und andere schwere psychische Störungen**

Im Seminar werden Depressives Leiden und andere schwere psychische Störungen unter dem Gesichtspunkt von Empathie und Empathieentwicklung theoretisch reflektiert. Die TeilnehmerInnen werden eingeladen, eigene Fälle aus der psychotherapeutischen Praxis einzubringen.

Zeit: Freitag, 5. Mai 2000, 10 h bis 19 h

Samstag, 6. Mai 2000, 9 h bis ca. 13 h

Ort: Atelier - Lies Bielowski, Feldstrasse 5, 6020 Innsbruck

Seminarbeitrag: öS 1500.- für ÖGWG-Mitglieder, öS 2.500.- für Nicht-Mitglieder

Anmeldung: Die Anmeldung ist nur gültig bei gleichzeitiger Überweisung des vollen Seminarbeitrages auf das Konto des RZ - Tirol, Kt.Nr. 100306727, BLZ 16000, mit dem Vermerk Seminar Ute Binder. Anmeldung erfolgt bei: Regionalzentrum der ÖGWG  
c/o Praxis Ewald Sommerer, Bürgerstrasse 19, 6020 Innsbruck

Begrenzte Teilnehmerzahl, die Vergabe der Plätze erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldung.

Anmeldeschluß: Montag 17. April 2000, bei Rücktritt nach dem 17. April ist der volle Seminarbeitrag zu bezahlen.

Anrechnung für Fort- und Weiterbildung: es werden 12 Std. - Theorieseminar bei schweren psychischen Störungen - bestätigt.

ÖGWG/IPS-Veranstaltung Mai 2000

## **GODFREY BARRETT-LENNARD (Perth - Australien)**

### **Vortrag: Formen von Einsamkeit und Verbindung: Krise und Chance (Levels of loneliness and connection: Crisis and possibility)**

**Barrett-Lennard** beschäftigt sich mit dem Phänomen der Einsamkeit und der Entfremdung in unserer Kultur, und er versucht zu verstehen, welche Faktoren dahin führen. Weiter erörtert er Beziehungsaspekte wie Verbindung und Sich-Einlassen und sucht nach hoffnungsvolleren Möglichkeiten und Veränderungsindikatoren. Übersetzung vorhanden.

Donnerstag, 25.5.2000, Beginn 20.00 Uhr

Eintritt: ATS 100,-- (für ÖGWG-/IPS-Mitglieder), ATS 120,-- (für Nicht-Mitglieder)

Ort: Universitätslehrgänge Lammgasse, Lammgasse 8/10, 1080 Wien

**Workshop: Die Kernbedingungen verlangen einen Kontext: hin zu einer erweiterten Veränderungstheorie. (The core therapy conditions require a context: Toward an extended theory of change)**

Hier werden die externen Bedingungen auf wirtschaftlicher, ethnischer und sozialer Ebene oder auch auf Beziehungsebene, die allerdings die Effektivität und Bedeutung einer Therapie für einen Klienten beeinflussen könnten, sowie die sozioökonomische und kulturelle Bedingungen für das Angebot und den Bedarf solcher helfenden Beziehungen überhaupt und wie diese sich für die einzelnen Gruppen einer pluralistischen Gesellschaft unterscheiden, diskutiert, um so zu einer erweiterten Veränderungstheorie zu gelangen.

Freitag, 26.5.2000, Beginn 14.00 Uhr - Ende 18.00 Uhr

Kosten: ATS 950,-- (bis zum Anmeldeschluss am 5.5.2000, danach: ATS 1.045,--)

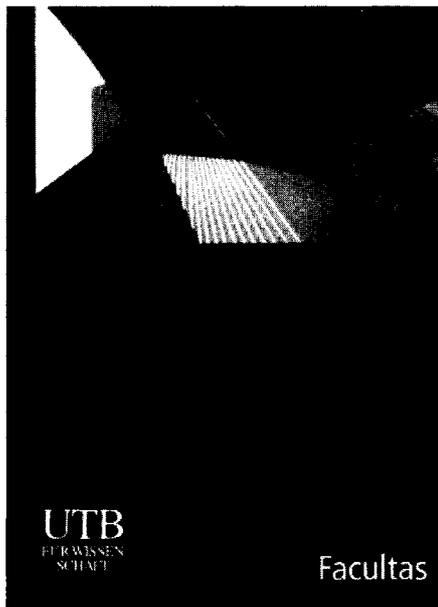
ATS 1.200,-- (bis zum Anmeldeschluss am 5.5.2000, danach: ATS 1.320,--)

Ort: Wien (Näheres wird noch bekannt gegeben)

# INTERNATIONALE TERMINE

1. 10.-14. Mai 2000: **12. Internationale Focusing-Konferenz**; Pforzheim, (Info: [www.focusing.de](http://www.focusing.de), [fzk@focusing.de](mailto:fzk@focusing.de))
2. 13.-14. Mai 2000: **DPGG-Forum. Gesprächspsychotherapie: Beziehung - Vertrauen - Heilung. Die Sehnsucht des Menschen, verstanden zu werden.** D. Höger, J. Eckert, K.-P. Seidler, A. Auckenthaler, E.-M. Biermann-Ratjen u.a.. (Info: [jeckert@uni.hamburg.de](mailto:jeckert@uni.hamburg.de))
3. 24.-19. Juni 2000: **V ICCCEP (International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy) und Generalversammlung des Weltverbandes für Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie (WAPCCP)**; Indian Lakes Resort, Chicago, USA. Org.: Margaret Warner, 5436 S Cornell Av., Chicago, IL 60615 USA. Anmeldung: [wkeippel@kiwi.dep.anl.gov](mailto:wkeippel@kiwi.dep.anl.gov)
4. 30. Juni-2. Juli 2000: **Diversity Group Experience**; Chicago. Internationale klientenzentrierte Gruppe anschließend an den ICCCEP. Info: [wkeippel@kiwi.dep.anl.gov](mailto:wkeippel@kiwi.dep.anl.gov)
5. 9.-13. August, 2000: **Jahresversammlung der ADPCA (Association for the Development of the Person-Centered Approach)**; University of California of San Diego, La Jolla, California. Power and the Person-Centered Approach. Info: [www.geocities.com/adpca2000](http://www.geocities.com/adpca2000), [jeremoor@aol.com](mailto:jeremoor@aol.com); [fveen@access1.net](mailto:fveen@access1.net)
6. 19.-23. September 2000: **7. International Congress on Constructivism in Psychotherapy**; CICG Genf, Schweiz. Info: [symporg@symporg.ch](mailto:symporg@symporg.ch), 7 Avenue Krieg, CH-1208 Genf, [symporg@symporg.ch](mailto:symporg@symporg.ch)
7. 10.-11. November 2000: **7. Gesprächspsychotherapie-Symposium der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie.** "Psychosomatik"; Castrop-Rauxel.
8. 23.-24. November 2000: **PCA-Kongreß**; Salgótarján, Ungarn.
9. 01.-07. August 2001 (voraussichtl.): **VIII PCA-Forum**; AKO-City, Japan. Info: [yamakaz@mxy.mesh.ne.jp](mailto:yamakaz@mxy.mesh.ne.jp)
10. 19.-23. April 2001 (voraussichtl.): **Jahresversammlung der ADPCA 2001 (Association for the Development of the Person-Centered Approach)**; Manchester, Groß-Britannien. Info: [mail@allanturner.co.uk](mailto:mail@allanturner.co.uk), [JETolan@aol.com](mailto:JETolan@aol.com)

Für weitere Details siehe auch: [www.pfs.kabelnet.at](http://www.pfs.kabelnet.at) und [www.allanturner.co.uk](http://www.allanturner.co.uk)



**GERNOT SONNECK**

# Krisenintervention und Suizidverhütung

*UTB: Facultas 2000. 316 Seiten, broschiert,*

*öS 285,- / DM 39,- / sFr 36,-*

*ISBN 3-8252-2123-7*

Erfahrungen mit psychosozialen Krisen im näheren Umfeld oder bezogen auf die eigene Person sind in unserer heutigen gesellschaftlichen Situation eine häufige Erscheinung. Das Lehrbuch gibt einen leicht faßbaren Einblick in den Umgang mit Menschen in psychosozialen Krisen und mit akut Suizidgefährdeten.

Der Autor erläutert Maßnahmen der Krisenintervention, gibt Hilfestellung beim Erkennen der Suizidalität und stellt antisuizidale Therapien und Möglichkeiten der Suizidprävention vor.

**FACULTAS**

**WUV** | **UNIVERSITÄTSVERLAG**  
Berggasse 5, A-1090 Wien  
Tel.: 0043/1/310 53 56  
Fax: 0043/1/319 70 50  
e-mail: [verlag@wuv.co.at](mailto:verlag@wuv.co.at)  
<http://www.wuv.at>

**UTB**  
FÜR WISSEN  
SCHAFT



K. FIRLEI, M. KIEREIN, M. KLETEČKA-PULKER (HG.)

## Jahrbuch für Psychotherapie und Recht I

WUV Facultas 2000. 198 Seiten, broschiert,

öS 298,- / DM 41,- / sFr 38,-

ISBN 3-85076-503-2

- Beiträge
- Entscheidungen
- Dokumentation
- Praktische Hinweise

Dem Psychotherapierecht kommt angesichts des enormen Behandlungsbedarfs, der Vielzahl von Auslegungsproblemen und der zu erwartenden großen Zahl an Rechtskonflikten im Dreieck zwischen Patient, Therapeut und Sozialversicherung eine wachsende Bedeutung zu.

Dieses Werk markiert den Beginn einer breiten und fundierten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einem besonders komplexen Rechtsgebiet. Die Beiträge analysieren wichtige und vor allem aktuelle und kontroverse Fragen des Psychotherapierechts. Sie wurden von führenden Experten dieses noch am Anfang seiner Entwicklung stehenden Rechtsgebietes verfaßt und bieten neben einer Darstellung der Rechtslage und des Meinungsstandes auch Lösungen gerade hinsichtlich der besonders strittigen und heiklen Rechtsprobleme an. Damit wird ein dringender Bedarf der Praxis befriedigt.

Mit Beiträgen von T. Öhlinger, J. Sauer, M. Binder, M. Kierein, K. Schmoller, K. Firlei und M. Kletečka-Pulker.

FACULTAS

**WUV** UNIVERSITÄTSVERLAG  
Berggasse 5, A-1090 Wien  
Tel.: 0043/1/310 53 56  
Fax: 0043/1/319 70 50  
e-mail: [verlag@wuv.co.at](mailto:verlag@wuv.co.at)  
<http://www.wuv.at>