



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„DOMINANZASPEKTE IN NONDIREKTIVER PERSONENZENTRIERTER PSYCHOTHERAPIE“

Verfasserin

Maria Katharina Grössing

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit widmet sich der Definition von Dominanzaspekten innerhalb der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie. Dominanzaspekte sind als Elemente der Beeinflussung, Lenkung und Autorität des Therapeuten oder der Therapeutin zu verstehen, die von Direktivität abgegrenzt werden und damit natürliche Elemente der nondirektiven Theorie und Praxis darstellen. Im Zuge ihrer Bestimmung ist besonders die Diskussion des Konzeptes von Nondirektivität von Bedeutung. Die Beschaffenheit von Dominanzaspekten wird aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und ergibt sich aus Hinweisen auf Beeinflussung, Lenkung und Autorität innerhalb der personenzentrierten Literatur und der Auseinandersetzung mit verschiedenen Interpretationen des Nondirektivitätskonzeptes. Diese theoretische Auseinandersetzung wird mit Beispielen aus konkreten Therapiesitzungen angereichert und mit der Wahrnehmung der teilhabenden Klientinnen in Beziehung gesetzt.

The diploma thesis at hand deals with the definition of “aspects of dominance” within the non-directive person-centered psychotherapy. Aspects of dominance are understood as elements of influence, direction and the authority of the therapist. They are distinguished from directivity and are therefore natural elements of the non-directive theory and practice. In the course of categorising them, the discussion of the concept of non-directivity is of particular importance. Characteristics of the aspects of dominance are examined from different perspectives and accrue from references of influence, direction and authority given in person-centered literature as well as the analysis of various interpretations concerning the concept of non-directivity. The analysis is supplemented by examples of therapy sessions and is referred to the perception of the participating clients.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG.....	3
1.2 Entwicklung der Problemstellung	3
1.3 Forschungslücke	5
1.4 Aufbau der Arbeit.....	6
2. GRUNDLEGENDE KONZEPTE DES NONDIREKTIVEN ANSATZES	9
2.1 Die Aktualisierungstendenz.....	10
2.2 Der Symbolisierungsprozess	11
2.3 Das Selbstbild und die Bedeutung unbedingter positiver Beachtung.....	12
2.4 Inkongruenz.....	13
2.5 Der „sich voll entfaltende Mensch“	15
2.6 Das grundsätzlich konstruktive Streben des Individuums und seine Befreiung ..	16
2.6.1 <i>Therapie als Freiheitserfahrung des Klienten</i>	17
2.6.2 <i>Direktiv vs. Nondirektiv – eine erste Abgrenzung</i>	19
2.6.3 <i>Die hilfreiche therapeutische Beziehung</i>	20
3. NONDIREKTIVITÄT – EINE ENTWICKLUNGSGESCHICHTE	23
3.1 Die nicht-direktive Phase: Ein technikorientierter Zugang	23
3.2 Nondirektivität in der klientenzentrierten Phase – der Therapeut als „alter ego“	26
3.3 Die erlebnisorientierte Phase – Nondirektivität und die Echtheit des Therapeuten	28
3.3.1 <i>Sechs notwendige und hinreichende Bedingungen</i>	29
3.3.2 <i>Rogers Dialog mit Martin Buber: Nondirektivität in der Ich-Du-Beziehung</i>	31
3.3.3 <i>Das Wisconsin-Projekt</i>	33
3.3.4 <i>Nondirektivität und Experiencing – von don't's zu do's</i>	34
3.4. Der innere Bezugsrahmen des Klienten als Referenz	36
3.5. Die Echtheit des Therapeuten als wichtigstes Element der Therapie.....	36
3.6. Phase der Diversifikation und die Abwendung von Nondirektivität.....	37
3.6.1 <i>Die nondirektive Strömung</i>	39
3.6.2 <i>Die klinische Orientierung</i>	40
3.6.3 <i>Die experienziellen Therapien</i>	41
4. DOMINANZASPEKTE IN NONDIREKTIVER PERSONENZENTRIERTER PSYCHOTHERAPIE	45
4.1 Forschungsfragen	46
4.2 Methodisches Vorgehen	47
4.3 Dominanz durch die Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung	51
4.3.1 <i>Ebenen des Einschreitens im empathischen Verständnisprozess als Unterscheidung von Dominanzaspekten</i>	53
4.3.2 <i>Dominanz durch die Korrektur des empathischen Verständnisses</i>	56
4.3.3 <i>Dominanz durch das Heranziehen zuvor erwähnter Inhalte</i>	58
4.3.4 <i>Dominanz durch ein „Voraus sein“ des Therapeuten im Prozess</i>	59
4.4 Dominanzaspekte in therapeutischen Rahmenbedingungen	62
4.4.1 <i>Dominanz in der Assoziation des Therapeuten als Experten</i>	63
4.4.2 <i>Dominanz durch die Ungleichheit von Therapeut und Klient in der nondirektiven Therapiebeziehung</i>	66

4.5 Dominanz durch konsequentes Beibehalten einer nondirektiven Haltung – Haltung vs. Technik.....	68
4.6 Dominanz durch die Echtheit des Therapeuten.....	76
4.7. Dominanz durch Selektivität: Gefühl vs. Inhalt	80
4.7.1 <i>Aus dem Blickwinkel des Therapeuten</i>	81
4.7.2 <i>Aus dem Blickwinkel des Klienten als aktivem Selbstheiler</i>	85
4.8 Dominanz durch die Präsenz des Therapeuten.....	91
5. RESÜMÉE UND WEITERFÜHRENDE FRAGEN.....	97
5.1 Weiterführende Fragen.....	100
BIBLIOGRAPHIE	103
CURRICULUM VITAE	109
EIDESTÄTTLICHE ERKLÄRUNG.....	111

1. Einleitung

Den Ausgangspunkt für diese Arbeit bildete die Beschäftigung mit zwei Gebieten der menschlichen Interaktion: der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie¹ nach Rogers (2007a [1942]) und der interpersonellen Theorie der menschlichen Kommunikation, deren zentrales Konstrukt die Wechselseitigkeit menschlicher Interaktionen ist (Kiesler, 1983a).

1.2 Entwicklung der Problemstellung

Keil und Stumm (2002) fassen die Wurzeln des von Rogers Anfang der 1940er-Jahre begründeten Ansatzes als in drei philosophischen Traditionen begründet zusammen:

- *Phänomenologie*: Ihr Leitgedanke ist eine möglichst große Unvoreingenommenheit gegenüber der Betrachtung von Phänomenen, da sie aus sich heraus erkannt werden sollen, das heißt aus dem Bezugsrahmen des Klienten. Die subjektive Wirklichkeit jedes Menschen soll gänzlich ernst genommen werden.
- *Existenzialismus*: Die Betonung von authentischer Lebensführung, Wahlfreiheit und Selbstverantwortung ist für Rogers Therapietheorie von fundamentaler Bedeutung.
- *Begegnungsphilosophie*: Die Art, Psychotherapie zu praktizieren, wird als Begegnung gesehen, da Beziehungsangewiesenheit als grundlegende menschliche Bedingung gesehen wird.

¹ Der von Rogers (2007a [1942]) begründete, ursprünglich „nicht-direktiv“ oder „nondirektiv“ genannte Ansatz erfuhr im Laufe seiner Geschichte eine Reihe von Änderungen, Anreicherungen und Weiterentwicklungen. Im Zuge dessen wurde seine Bezeichnung gemäß der sich ergebenden Schwerpunkte von „nicht-direktiv“ zu „klient-bezogen“, „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ geändert. Obwohl der Begriff „personenzentriert“ heute viele unterschiedliche Therapiekonzepte umfasst, wird in dieser Arbeit diese Bezeichnung verwendet, um auf die damit einhergehende hervorgehobene Bedeutung der therapeutischen Beziehung zu verweisen. Die Begriffe „Ansatz“, „Psychotherapie“ und „Orientierung“ werden synonym verwendet und mit der Bezeichnung „nondirektiv“ versehen, sobald Bezug auf Rogers' Gedankengut genommen wird.

Der Kernpunkt dieses Ansatzes, das Konzept der Nondirektivität, basiert auf dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und somit der dem Individuum innewohnenden Möglichkeit der optimalen Selbstentwicklung unter der Gewährleistung eines förderlichen therapeutischen Wachstumsklimas. Damit einhergehend ist das Recht des Individuums auf Selbstlenkung, das durch die nondirektive Haltung des Therapeuten sichergestellt werden soll (Rogers, 2007a [1942]; 1973 [1951]). Im Gegensatz zu einer direktiven Vorgehensweise, die dem Therapeuten als diagnostizierendem Experten die Führung der Therapiesitzung zugesteht, beschreibt Bozarth (2000) die nondirektive Haltung als Abwesenheit bestimmter Intentionen – der Therapeut wird generell nicht in der Position gesehen zu entscheiden, was für den Klienten von Vorteil ist, was das Ziel seiner Entwicklung sein sollte und welche Techniken für dessen Erreichen verwendet werden.

In der *interpersonellen Theorie* wird davon ausgegangen, dass Interagierende in ihren Transaktionen unbewusst und automatisch bestimmte Kommunikationsmuster erfüllen. Ein zentrales Thema, das dabei durchwegs verhandelt wird, ist (neben der Ebene, wie freundlich beziehungsweise feindselig sich die Kommunikation gestaltet) die Ebene von Dominanz und Unterwürfigkeit. Diesbezüglich definieren die Interagierenden in ihren Interaktionen – verbal und auch durch körperlichen Ausdruck – beständig, wer sich in der Beziehung wie dominant verhält und wer den entsprechenden unterwürfigen Part erfüllt (Kiesler, 1983a). Dominantes Verhalten im Sinne der interpersonellen Theorie wird durch verschiedene Kommunikationsstile in verschieden starken Ausprägungen charakterisiert, wozu unter anderem folgende Facetten zählen: Leading/Influencing, Active/Self-assertive, Strong/Managing, Taking-Charge (Kiesler, 1983b) (zu Deutsch: *Führend/Beeinflussend, Aktiv/Durchsetzungsfähig, Stark/Lenkend, die Führung übernehmend*).

Da dieses Muster des Wechselspiels zwischen dominantem und unterwürfigem Verhalten gemäß der interpersonellen Theorie allem menschlichen Sozialverhalten immanent ist, gilt es für die alltägliche Kommunikation in gleichem Maße wie für die

Interaktion zwischen Therapeut² und Klient in der Psychotherapiesitzung (Kiesler, 1983a).

Auf den ersten Blick sind Überschneidungen dieses oben beschriebenen Dominanzkonzepts mit dem Konzept der Direktivität zu bemerken, von dem Rogers (2007a [1942]) den von ihm begründeten *nondirektiven Psychotherapieansatz* abgrenzt, und doch bescheinigen Kiesler und Goldston (1988) Rogers ein nicht näher ausgewiesenes dominantes Verhalten im Sinne der obigen Definition. In ähnlicher Weise nehmen eine Reihe von Autoren und Autorinnen ähnlich beschaffene, direkte Elemente in Theorie und Praxis des nondirektiven Ansatzes wahr (beispielsweise Burstow, 1987; Lietaer, 1988; Cain, 1989; Bowen, 1996; Greenberg, 1996; Kahn, 1999; Bohart, 1998 und Greening, 2001). Dieses Phänomen liefert den Impuls für die in dieser Arbeit zentrale Untersuchung,

1.3 Forschungslücke

Im Zuge der Literaturrecherche zum Thema Nondirektivität im personenzentrierten Ansatz stellte sich zunächst heraus, dass keine Übereinstimmung darüber herrscht, was genau unter den Begriffen Nondirektivität und Direktivität und ihren Implikationen für die Praxis zu verstehen ist. Verschiedene Interpretationen Rogers' Gedanken zum Thema führten zu einer Vielzahl an Meinungsverschiedenheiten, die damals wie heute Bestandteile heftiger Diskussionen über die Natur der personenzentrierten Psychotherapie sind:

Debates within the person-centered / experiential approaches over directiveness and non-directiveness are, in fact, a focal site of difference which necessitates continuing attempts to define inclusionary criteria for identity across the many 'tribes' of the 'person-centered nation'. (Witty, 2005, S. 231)

² Obwohl in dieser Arbeit aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit durchwegs die männliche Form verwendet wird, sind in jedem Fall auch Therapeutinnen und Klientinnen gemeint. Im Untersuchungsteil wird bei der Analyse der Transkripte auf die männliche Form verzichtet, da die Therapiegespräche mit ausschließlich weiblichen Teilnehmerinnen geführt wurden.

Obwohl Nondirektivität im fachlichen Diskurs einen viel behandelten Gegenstand darstellt, fand die Verfasserin dieser Arbeit im Zuge der Beschäftigung mit dem Thema durchwegs widersprüchliche Aspekte hinsichtlich der Frage, inwiefern ein Ansatz, der sich auf den ersten Blick durch den größtmöglichen Verzicht auf Expertentum seitens des Therapeuten auszeichnet und daher von therapeutischer Beeinflussung, Lenkung und damit einhergehender Autorität des Therapeuten Abstand nimmt, trotzdem jene Elemente in sich integrieren kann.

Mittels der hier durchgeführten Untersuchung soll eine Darstellung darüber gegeben werden, inwiefern diese Aspekte, die vornehmlich Kennzeichen von direktiven Vorgangsweisen sind und in der Folge mit dem operationalen Begriff *Dominanzaspekte* bezeichnet werden, auch als Theorie- und Praxiselemente einer nondirektiven Orientierung begründbar sind.

1.4 Aufbau der Arbeit

Um die Definition von *Dominanzaspekten* in nondirektiver personenzentrierter Psychotherapie zu ermöglichen, muss zunächst das Konzept der Nondirektivität beleuchtet werden. Im Zuge dessen werden in Kapitel 2 wesentliche Grundlagen der Persönlichkeits- und Therapietheorie des personenzentrierten Ansatzes erläutert und damit der Begründungszusammenhang für die nondirektive Haltung des Therapeuten und das entsprechende Handeln dargestellt.

Durch Rogers Versäumnis, den Terminus „Nondirektivität“ nach dem im Original 1951 erschienenen Werk „Die klient-bezogene Psychotherapie“ weiter explizit zu verwenden, entstanden viele Fehlschlüsse hinsichtlich einer Abwendung von Nondirektivität (Prouty, 2001). In welcher Hinsicht der Grundgedanke des Konzeptes jedoch immer einen Kernpunkt Rogers‘ Ansichten darstellt und den verschiedenen Entwicklungsphasen seines Ansatzes implizit ist, wird in Kapitel 3 erläutert. Weiters wird in diesem Kapitel ein kurzer Überblick über die unterschiedlichen Orientierungen gegeben, die heute unter dem Begriff „personenzentriert“ zusammengefasst werden, sich teilweise jedoch in grundlegenden Aspekten von der ursprünglichen nondirektiven Therapie unterscheiden und explizit direkte Elemente beinhalten. Kapitel 4, das das

Kernstück der vorliegenden Arbeit darstellt, widmet sich der Konzeption von *Dominanzaspekten* innerhalb nondirektiver personenzentrierter Psychotherapie. Hier werden im Zuge einer kurzen theoretischen Einleitung zunächst konkrete Forschungsfragen formuliert und das methodische Vorgehen, mittels derer ihre Beantwortung erfolgt, beschrieben. In der folgenden Diskussion des zur Untersuchung herangezogenen Materials werden die einzelnen *Dominanzaspekte* ausgewiesen. Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 5, in dem ein Resümée und weiterführende Fragen zu dem in dieser Untersuchung beleuchteten Thema dargelegt werden.

2. Grundlegende Konzepte des nondirektiven Ansatzes

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellten die Psychoanalyse und der Behaviorismus die vorherrschenden Richtungen in der Psychologie der Vereinigten Staaten dar. Als Gegensatz zur Psychoanalyse, die den Menschen durch intrapsychische Kräfte determiniert sah, die außerhalb der Kontrolle und des Bewusstseins des Individuums liegen und zum Mechanismus des Behaviorismus, für den ein Mensch einen pur reaktiven, Stimuli hilflos ausgesetzten Organismus darstellte, entwickelte sich eine „dritte Kraft“ in der Psychotherapie: der humanistische Ansatz, in dessen Tradition auch die personenzentrierte Psychotherapie steht (DeCarvalho, 1991).

Eine wesentliche Annahme der humanistischen Psychologie ist die Existenz einer Aktualisierungstendenz als Entwicklungsprinzip, die sich in der grundlegenden Hypothese des nondirektiven Ansatzes widerspiegelt:

Der oder die einzelne besitzt in sich selbst unermessliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzeptes, der Einstellungen und des selbstbestimmten Verhaltens – und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann. (Rogers, 1995 [1986], S. 239)

Im Zuge der Beschreibung des Klimas der förderlichen psychologischen Haltungen, das die freie Entwicklung der Person ermöglicht, soll zunächst auf die Quelle der unermesslichen Hilfsmittel jeder Person eingegangen werden. Dazu werden einige wesentliche Konzepte des personenzentrierten Ansatzes erläutert, auf denen die Persönlichkeits- und Therapietheorie des Ansatzes gründet. Diese sind auch insofern von entscheidender Bedeutung, als sie den Begründungszusammenhang für die nondirektive Haltung und das entsprechende Handeln des Therapeuten darstellen.

2.1 Die Aktualisierungstendenz

In der Persönlichkeitstheorie und Entwicklungslehre des personenzentrierten Ansatzes stellt die Annahme einer Aktualisierungstendenz als Entwicklungsprinzip das einzige Axiom dar: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung aller seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß [sic!] sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen.“ (Rogers, 2002 [1959], S. 21)

Die Aktualisierungstendenz stellt die einzige Antriebsquelle für den menschlichen Organismus dar, sodass andere Motive (wie beispielsweise das Bedürfnis nach Kontakt mit der Umgebung) daraus hervorgehen oder Ausdruck davon sind. Das Konzept der Aktualisierungstendenz beinhaltet eine Orientierung am Wachstum: Der Organismus wird als etwas betrachtet, das im Gegensatz zu einem Antrieb durch biologische Impulse oder einem Bestimmtsein durch Kräfte der Umwelt konstant zum Ziel hat, seine Potentiale zu verwirklichen, und zwar hinsichtlich eines Kriteriums, das im Organismus selbst existiert. Die kontinuierliche Veränderung durch Faktoren der Umwelt, die als Momente der Anregung und Förderung gesehen werden, ist also immer in Richtung eines Ziel- beziehungsweise Endzustandes orientiert, der im Organismus selbst liegt. Weiters ist in diesem Konzept das Streben des Organismus nach einer optimalen Verwirklichung der gegebenen Potentiale implizit – auf allen Stufen seiner Entwicklung und zu jedem Zeitpunkt (Hutterer, 1998).

Für Rogers (1998 [1961]) stellt das Wirken einer Aktualisierungstendenz die heilende Kraft der Psychotherapie dar, die die freie Entfaltung dieser Tendenz zur Selbstentwicklung ermöglichen soll. Im Folgenden werden in einem kurzen Überblick einige wichtige Dimensionen der Aktualisierungstendenz und ihrem Wirken betreffend der psychischen Entwicklung des Individuums skizziert.

2.2 Der Symbolisierungsprozess

Im personenzentrierten Konzept spricht man von Erfahrungen als im Augenblick vorhandenen Teilen des Erlebens, die grundsätzlich bewusst werden können – es sind Reaktionen des Organismus auf die Umwelt und sich selbst, die körperlich spürbar sind (Keil & Stumm, 2002). Der Begriff *Erfahrung* schließt einerseits Ereignisse ein, deren sich das Individuum nicht gewahr ist, andererseits aber auch Phänomene, die im Bewusstsein vorhanden sind. Dazu zählt beispielsweise ein Hungergefühl, das das fasziniert spielende Kind nicht bemerkt oder die Wahrnehmung von Geräuschen und Gerüchen, selbst wenn diese nicht im Mittelpunkt der Beachtung stehen (Rogers, 2002 [1959]).

Zur Aktualisierungstendenz gehört die konstante Bewertung von Erfahrungen, und zwar zu einem bestimmten Zweck: „Der Organismus als Ganzer bewertet jede seine Erfahrungen im Hinblick darauf, ob sie der Erhaltung und Förderung des Organismus dienlich ist oder nicht“ (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 2003, S. 78). Zum Entwicklungsbestreben des Organismus als Ganzem (das heißt der Aktualisierungstendenz) gehört zudem die Symbolisierung (das heißt Bewusstwerdung, Gewährwerdung) von einem Teil des Erlebens und Handelns, um daraus Selbsterfahrungen zu machen. Dieser Teil der Aktualisierungstendenz wird *Selbstaktualisierungstendenz* genannt (Rogers, 2002 [1959]).

In diesem Prozess der Symbolisierung werden Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte bewusst, die aufeinander bezogen sind, einander Sinn verleihen und in einer körperlich gefühlten, deutlichen Entspannung (*felt sense*, dt. „gefühlter Sinn“) abschließen. Wenn ein *felt sense* nicht zu Ende ausgebildet werden kann, kommt diese Entspannung nicht zustande. In anderen Worten: Erfahrung wird bewusst in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, wobei mehr oder weniger bewusste Erfahrung auch mehr oder weniger abgewehrte Erfahrung bedeutet. Für die Aktualisierungstendenz ist es von Bedeutung, zwischen Erfahrungen, die der Erhaltung und Förderung des Organismus dienen und Erfahrungen

der Bedrohung und Hemmung zu unterscheiden (Biermann-Ratjen, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003).

Auf die Bedeutung dieser Aspekte wird im Zuge der Beschreibung der Selbstbehauptungstendenz, die bedrohliche Erfahrungen abzuwehren versucht, eingegangen (siehe unten).

2.3 Das Selbstbild und die Bedeutung unbedingter positiver Beachtung

Erfahrungen können insofern zu Selbsterfahrungen werden, als aus der bewussten Erfahrung: „Ich sehe eine Blume“ die Selbsterfahrung „Ich erlebe, dass ich eine Blume sehe“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 79) wird.

Aus den Selbsterfahrungen bildet sich in der Interaktion mit wichtigen anderen Menschen eine Struktur heraus, das so genannte *Selbst* (auch Selbstkonzept, Selbstbild). Nach Rogers (2002 [1959]) entwickelt es sich zu einem wahrnehmbaren Objekt in der eigenen Erfahrung, wobei dann aus der Selbsterfahrung „Ich erlebe, dass ich eine Blume sehe“ die Erfahrung „ich nehme mich wahr als eine Person, die erlebt, dass sie eine Blume sieht“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 79), wird.

Die Interaktion mit wichtigen Anderen wird insofern als ganz wesentlicher Faktor in der Entwicklung des Menschen gesehen, als im personenzentrierten Konzept besonders dem *need for positive regard* (Rogers, 2002 [1959]) dem Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung, eine zentrale Voraussetzung für die Entwicklung (des Kindes) zugesprochen wird. Es wird davon ausgegangen, dass Erfahrungen, die mit Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung verbunden sind (beispielsweise alle Erfahrungen, in denen Affekte wie Freude, Interesse, Erstaunen, Schmerz, Ekel, Wut, Angst und Scham enthalten sind), nur dann zu Selbsterfahrungen und damit ins Selbstkonzept integriert werden können, wenn sie von einer wichtigen anderen Person empathisch verstanden und anerkannt werden, die dabei kongruent (echt) ist und das Individuum unbedingt positiv wertschätzt (Biermann-Ratjen et al., 2003). Unbedingte positive Beachtung / Wertschätzung wird hierbei wie folgt definiert:

Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, daß [sic!] keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner positiven Beachtung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose positive Beachtung für diese Person. Sich selbst wahrzunehmen als jemand, der bedingungslose positive Beachtung erhält, heißt, daß [sic!] keine meiner Selbsterfahrungen vom anderen als mehr oder weniger seiner positiven Beachtung wert eingeschätzt werden. (Rogers, 2002 [1959], S. 34f.)

Das Selbstkonzept kann sich also nur entwickeln, wenn es Erfahrungen als Selbsterfahrungen integriert: Es bildet sich aus den Erfahrungen, in denen das Individuum von wichtigen anderen empathisch verstanden und anerkannt wurde (Biermann-Ratjen et al., 2003).

2.4 Inkongruenz

Wenn ein erstes Selbstkonzept entstanden ist, ist also nicht mehr nur das Bedürfnis nach positiver Beachtung von anderen Individuen von Bedeutung, sondern das *Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung* (Rogers, 2002 [1959]) tritt hinzu: „Das Individuum möchte sich selbst in seinen Erfahrungen verstehen und akzeptieren und auch seine Erfahrungen als seine eigenen ansehen können.“ (Biermann-Ratjen, et al., 2003, S. 83f.)

Der Organismus bewertet jetzt Erfahrungen nicht nur hinsichtlich dessen, ob sie der Förderung und Erhaltung des Organismus als Ganzem dienen. Sie werden nun auch danach bewertet, ob sie das Bedürfnis nach positiver Selbstachtung befriedigen oder nicht, das heißt das Selbstkonzept bestätigen oder nicht. Die selbe Erfahrung kann jedoch gleichzeitig als positiv für die Entwicklung des Organismus als Ganzem bewertet werden *und* als bedrohlich für die Aufrechterhaltung des Selbstkonzeptes. Das Bestreben, bedrohliche Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen beziehungsweise das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung nicht befriedigen, abzuwehren, wird von Biermann-Ratjen (2002, S. 136) als *Selbstbehauptungstendenz* bezeichnet. Da das Selbstkonzept aus Erfahrungen gebildet wurde, die von anderen empathisch verstanden und anerkannt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Selbstbehauptungstendenz Erfahrungen abwehren möchte, in denen das Individuum

in seiner früheren Entwicklung nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv wertgeschätzt wurde (Biermann-Ratjen et al., 2003).

Rogers (2002 [1959]) beschreibt, dass die Erfahrungen, bei denen das Individuum keine unbedingte positive Wertschätzung erhielt, beziehungsweise Erfahrungen, über deren positiven Beachtungswert andere wichtige Personen entschieden, zu einer *selektiven Selbstbeachtung* führen. Wird eine Selbsterfahrung allein deshalb gemieden (oder gesucht), weil sie weniger (beziehungsweise mehr) Bedeutung für die Selbstbeachtung hat, hat das Individuum eine *Bewertungsbedingung im Selbst* entwickelt. Dies impliziert, dass die positive Beachtung einer Bezugsperson an Bedingungen geknüpft ist und das Individuum erfährt, dass es in einigen Aspekten geschätzt wird, in anderen nicht. Allmählich bewertet das Individuum eine Erfahrung als positiv oder negativ allein deshalb, weil diese durch die Interaktion mit anderen übernommenen Bewertungsbedingungen bestehen und nicht deshalb, weil die Erfahrungen förderlich oder hinderlich für den Organismus sind: Das Kind lernt beispielsweise, Liebe zu bedürfen, weil dies ein befriedigendes Gefühl ist. Ob es gerade Liebe erhält oder nicht beobachtet das Kind an den Zeichen der Mutter und erlebt zum Beispiel ihre Missbilligung bestimmter Verhaltensweisen als allgemeine Missbilligung. Durch die große Bedeutung, die die mütterliche Liebe für das Kind hat, steuert nicht mehr das Ausmaß, in dem seine Erfahrung den Organismus erhält, das Verhalten des Kindes, sondern die Wahrscheinlichkeit des Erhaltens mütterlicher Liebe. So werden einige Verhaltensweisen als positiv erachtet, die organismisch als nicht wirklich befriedigend erlebt werden beziehungsweise als negativ bewertet, obwohl sie vom Kind nicht wirklich so erfahren werden. Verhält sich das Kind entsprechend dieser „introjizierten“ Werte, hat es Bewertungsbedingungen erworben – es kann sich selbst eher dann als positiv und wertvoll sehen, wenn es entsprechend dieser erworbenen Bewertungsbedingungen lebt: „Es vermeidet oder bevorzugt bestimmte Verhaltensweisen allein wegen dieser verinnerlichten Raster der Selbstbeachtung, völlig ohne Rücksicht auf die organismischen Konsequenzen dieses Verhaltens. (Rogers, 2002 [1959], S. 51)

Beispiel: Die Angst eines Individuums beim Betreten der Hochschaubahn ist eine verständliche Bewertung der Erfahrung, bald kopfüber zu hängen und sich den wackeligen Sicherheitsschranken des Waggons auszusetzen, das heißt den Organismus in Gefahr zu bringen. Die Angst kann jedoch die positive Selbstachtung in Frage stellen, da die Erfahrung „ich bin eine Person, die Angst vor der Hochschaubahn hat“ eine Bedrohung für das Selbstkonzept darstellen kann, wenn darin zwar Selbsterfahrungen von mutig und risikofreudig vertreten sind, jedoch Selbsterfahrungen von ängstlich und zögerlich nicht hineinpassen. Dies kann entstehen, wenn sich das Individuum in entsprechenden Erfahrungen früher nicht empathisch verstanden und akzeptiert fühlen konnte (siehe auch Biermann-Ratjen et al., 2003).

Wenn für das Selbstkonzept bedrohliche Erfahrungen nicht vollständig abgewehrt werden können und die Abwehr nicht oder nur zum Teil gelingt, verspürt das Individuum Angst und kann Teile seiner Erfahrung als nicht verstehbar, akzeptierbar, zum Selbst gehörend erleben beziehungsweise die Selbstachtung in Frage stellend: dieser Zustand wird *Inkongruenz* genannt (Biermann-Ratjen et al., 2003).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass psychische Entwicklung ein Prozess des zunehmenden Integrierens von emotionalen Erfahrungen in das Selbstkonzept ist, während fehlerhafte psychische Entwicklung das Ergebnis kollidierender Strukturen ist, in denen Erfahrung abgewehrt wird, die aber zugleich auch erfahren werden kann (Biermann-Ratjen et al., 2003).

2.5 Der „sich voll entfaltende Mensch“

In der Theorie des personenzentrierten Ansatzes wird der ganz und gar psychisch gesunde Mensch von Rogers (2002 [1959]) *fully functioning person* genannt:

Sie hat in ihren Interaktionen mit wichtigen anderen Menschen dann, wenn es um die Integration neuer Erfahrungen, die mit dem Bedürfnis nach Anerkennung verbunden waren, als Selbsterfahrungen in das Selbstkonzept ging, niemals etwas anderes erlebt als Anerkennung in ihren Erfahrungen. Sie kann also alle Erfahrungen des Organismus als

Ganzem, so wie sie sind, mitsamt deren organismischer Bewertung als Selbsterfahrungen zulassen. Die ‚fully functioning person‘ ist immer kongruent. Sie kann alle Erfahrungen vollständig symbolisieren und somit immer den erwähnten Zustand von Entspannung und Angstfreiheit erreichen. (Biermann-Ratjen, et al., 2003, S. 85)

Das theoretische Konzept der *fully functioning person* beschreibt einen nie zu erreichenden Idealzustand, der das Maximum an Anpassungsfähigkeit ausdrückt. Eine optimale Therapie, die dem Klienten das Erlebnis der bedingungslosen Akzeptanz ermöglicht, dient der Entwicklung des Klienten in Richtung dieses Idealzustandes (Rogers, 1998 [1961], 2002 [1959]).

2.6 Das grundsätzlich konstruktive Streben des Individuums und seine Befreiung

Im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Entwicklungslehre versteht Rogers (1998 [1961]) die Grundnatur des Menschen anders als beispielsweise die psychoanalytische Theorie, die die Vorstellung der generellen Irrationalität und Kontrollbedürftigkeit des Individuums vertritt. Er sieht den Grund darin, dass in der Therapie generell andauernd feindliche Gefühle aufgedeckt werden, wodurch die Annahme naheliegt, es handle sich um die grundlegende Natur des Menschen. Im personenzentrierten Konzept wird jedoch davon ausgegangen, dass Menschen sich erst aus Verletztheit und innerer Angst destruktiv, unreif, regressiv und grausam verhalten – die Natur des Individuums, der Kern der Persönlichkeit sei jedoch von Grund auf jedoch konstruktiv und vertrauenswürdig und die Reaktionen des Individuums auf sich und seine Umwelt generell positiv, vorwärtsgerichtet, sozial, realistisch und rational:

Manchmal wird von [der Aktualisierungstendenz] in einer Weise gesprochen, als umfasse sie die Entwicklung aller Anlagen eines Organismus. Dies ist sicher nicht richtig. Der Organismus tendiert nicht dazu, seine Fähigkeiten zum Sichschlechtfühlen zu entwickeln, wie jemand bemerkt hat, noch neigt er dazu, sein Selbstzerstörungspotential zu verwirklichen, oder seine Fähigkeit, Schmerzen zu ertragen. Nur unter ungewöhnlichen oder perversen Umständen wird dieses Potential aktualisiert. Es besteht kein Zweifel daran, daß [sic!] die Aktualisierungstendenz selektiv ist und in eine bestimmte Richtung zielt – eine konstruktive Tendenz, wenn man so will. (Rogers, 1985 [1977], S. 270)

Wird das theoretische Konzept der *fully functioning person* als Referenz herangezogen, wird noch einmal ersichtlich, dass die Gerichtetheit des Individuums wie oben beschrieben darauf ausgelegt ist, eine optimale Realisierung der gegebenen Potentiale zu erreichen. In der personenzentrierten Literatur gibt es viele Ausdrücke für dieses Streben nach einem sich beständig aktualisierenden Endzustand, wie:

- das Bestreben, „seine Möglichkeiten zu werden“ (Rogers, 1998 [1961], S. 340),
- die „Tendenz zur vollständigen Selbstentfaltung“ (Rogers, 1985 [1977], S. 18)
- den „Drang nach Expansion, Ausdehnung, Entwicklung und Reife“ (Rogers, 1998 [1961], S. 340) zu aktivieren und zu leben

Die angeborene psychische Möglichkeit, das wahre Selbst zu werden, kann jedoch unter den „Schichten verkrusteter psychischer Abwehrhaltungen tief begraben sein“ (Rogers, 1998 [1961], S. 340), die sich aus frühen Interaktionen mit anderen herausgebildet haben. Das Leben des Individuum oder Teile davon werden dann eher von dem gelenkt, was es denkt dass es sein sollte und weniger von dem, was es ist – in diesem Fall existiert das Individuum nur in der Reaktion auf die Forderungen der Umwelt, anstatt sich zu fragen, wie es selbst die Dinge erlebt und welche Bedeutungen es ihnen gibt. Auch wenn das Individuum durch dieserart starre Mechanismen und Strukturen in seiner Selbstentwicklung beschränkt ist, so wird das Streben nach optimaler Entfaltung der eigenen Möglichkeiten, die Aktualisierungstendenz, jedoch nicht einhalten oder abbrechen – es wartet nur auf die richtigen Bedingungen, sich freizusetzen und auszudrücken (Rogers, 1998 [1961]).

Die wichtigste Bedingung für die optimale Entfaltung des eigenen Potentials, dem freien fließen der Aktualisierungstendenz wird im nächsten Kapitel beschrieben.

2.6.1 Therapie als Freiheitserfahrung des Klienten

Der Begriff, der gemäß den obigen Ausführungen zentral für Rogers' Ansatz ist, ist der Begriff der Freiheit:

Therapie ist nicht etwas, das man dem Individuum antut oder das es veranlasst, etwas Bestimmtes für sich selbst zu tun. Therapie macht es vielmehr frei für normales Wachsen und Entfalten, sie beseitigt Hindernisse, damit es sich wieder vorwärts bewegen kann. (Rogers, 2007a [1942], S. 36f.)

Dieses *Vorwärts-bewegen*, das heißt die Befreiung der Aktualisierungstendenz, äußert sich laut Rogers (1998 [1961]) darin, dass der Klient beginnt, die falschen Fassaden oder Rollen aufzugeben, mit welchen er sein Leben bisher gestalten musste. Er bewegt sich weg von einem Stadium, in dem Gefühle unerkannt, uneingestanden oder unausgedrückt bleiben. Er bewegt sich auf einen Zustand hin, der *Im-Fluss-sein* andeutet, in dem die sich ständig verändernden Gefühle bewusst erfahren und geäußert werden können. All das ist möglich und wird dem Klienten zugänglich, wenn ihm der Therapeut eine Atmosphäre der Freiheit gewährt, „in der er sich in seinem Denken, Empfinden und Sein in jede von ihm gewünschte Richtung bewegen kann“ (Rogers, 1998 [1961], S. 115). Rogers (2007a [1942]) bezeichnete diese Haltung, dieses vom Therapeuten geschaffene Klima des größtmöglichen Gestattens persönlicher psychischer Freiheit als *Nondirektivität*.

In diesem Klima steht der Respekt vor dem Individuum an erster Stelle und damit das Recht des Klienten auf *Selbstlenkung*. In der nondirektiven Therapie soll der Klient die Erfahrung machen, dass die Beratungsstunde ganz ihm gehört, er sie so nützen kann wie er das möchte und die Gelegenheit haben soll, sich sich selbst zuzuwenden - ohne Druck, Zwang und Angst vor Bewertung. Auf der Basis der Annahme der grundsätzlichen Vertrauenswürdigkeit des Menschen, sich unter entsprechenden Bedingungen in eine persönliche, konstruktive Richtung zu bewegen, sich quasi *von selbst* zu größerer psychischer Reife zu entwickeln, verfolgt der nondirektive Ansatz damit die Befähigung des Klienten zu autonomer Lebensgestaltung: Sein direktes Ziel ist die größere psychische Unabhängigkeit und Integration des einzelnen Individuums. In diesem Sinn steht das Recht des Klienten im Mittelpunkt, eigene Lebensziele zu wählen und sich selbst in eigenem Tempo mit selbst für passend befundenen Methoden zu erfahren und zu entwickeln – und damit auch zu entscheiden, welche Verhaltensweisen für ihn von Bedeutung sind und welche nicht (Rogers, 2007a [1942]; 1973 [1951]).

Die Rolle, die der Therapeut in diesem Setting spielt, steht im Gegensatz zu der Auffassung der damals vorherrschenden Therapierichtungen (siehe Einleitung), die Rogers (2007a [1942]) als *direktiv* bezeichnet. Das nächste Kapitel soll einen Überblick über die entsprechenden Therapiephilosophien geben und verdeutlichen, wie Nondirektivität von Direktivität abgegrenzt wird.

2.6.2 Direktiv vs. Nondirektiv – eine erste Abgrenzung

In der Konzentration auf die Frage, wer die Ziele des Klienten auswählen soll, versteht Rogers (2007a [1942]) unter *direktiven Absichten* den Ausgangspunkt, dass der Therapeut es ist, der die sozial wünschenswerten Ziele des Klienten bestimmt und ihm bei deren Erreichung hilft. Dies impliziert eine Überlegenheit des Therapeuten über den Klienten, als sei letzterer nicht imstande, eine Auswahl der eigenen Ziele vornehmen zu können – vom Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken, wird bei dieser Haltung Gebrauch gemacht. Der Therapeut übernimmt die Führung des Kontaktes und findet, diagnostiziert und behandelt die Probleme des Klienten, wobei das Problem in den Mittelpunkt des Prozesses rückt. Wenn dann die Lösung des Problems auf eine Art und Weise stattfindet, die die Zustimmung des Beraters findet und die Symptome beseitigt sind, wird die Beratung als eine erfolgreiche betrachtet. Die Nachteile, die sich durch einen solchen Zugang ergeben, sind laut Rogers (2007a [1942]) vielfältig: Sobald der Therapeut die Probleme definiert hat, neigt der Klient als Hilfesuchender dazu, die Vorschläge des Experten zu übernehmen und sich dadurch von ihm abhängig zu machen. Die Lenkung des Therapeuten, seine Vorschläge und seine Überredung des Klienten zu bestimmten Aktivitäten stellen eine Hemmung der Freiheit dar, alle vorhandenen Gefühle und Einstellungen auszudrücken, da der Klient bereits auf die Bearbeitung des vom Therapeuten vorgeschriebenen Bereiches konzentriert wird. In dieser Situation mache der Klient wiederum eine Erfahrung von Fremdbestimmung, denn es wären möglicherweise andere Probleme gewesen, deren Bearbeitung er sich gewünscht hätte, wäre er zu einer gewissen Einsicht gekommen. Generell ausgedrückt fördert die Therapie, die auf der Ansicht des Therapeuten als dem Fähigeren mit dem Recht, den Unfähigeren zu lenken basiert, nicht unbedingt das eigenständige Wachsen des Klienten (Rogers, 2007a [1942]).

Für den *nondirektiven Ansatz* ist laut Rogers (2007a [1942]) grundlegend, dass der Klient das Recht für die Auswahl seiner Lebensziele hat, selbst wenn sie sich nicht mit jenen decken, die der Therapeut ausgewählt hätte. Entsprechend der positiven Wachstumsorientierung des Organismus wird davon ausgegangen, dass das Individuum nach dem Erlangen einer gewissen Einsicht eine gute Wahl treffen wird. Insofern ist das Recht auf psychische Unabhängigkeit und Integrität im Gegensatz zur Fremdbestimmung durch den Therapeuten von großem Wert und drückt sich durch den Anspruch aus, dass der Therapeut keine Verantwortung für den Ausgang des Prozesses übernimmt. Im Gegensatz zur direktiven Ansätzen, bei denen das Problem im Mittelpunkt steht, legt die nondirektive Richtung den Nachdruck auf den Klienten – wenn er durch die Therapieerfahrung genügend Verständnis für die reale Situation erworben hat, wird er die am besten für ihn passende Methode wählen. Er wird auch durch die Erfahrung einer unabhängigen Lösung seiner Probleme besser imstande sein, zukünftigen Schwierigkeiten zu begegnen, wie es auch die grundlegende Hypothese des Ansatzes ausdrückt:

Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in dem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen. (Rogers, 2007a [1942], S. 28)

Diese Hypothese weist neben dem Ziel der Selbstbefähigung des Klienten einen Aspekt auf, der ein weiteres besonderes Merkmal Rogers' Ansatz darstellt: die essentielle Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Nachfolgend soll die therapeutische Beziehung nur kurz erwähnt werden, da im Laufe der Untersuchung viele ihrer Aspekte beleuchtet werden.

2.6.3 Die hilfreiche therapeutische Beziehung

Im Unterschied zu beispielsweise der frühen psychoanalytischen Richtung, die der therapeutischen Beziehung nur eine unterstützende Funktion für die Persönlichkeitsveränderung des Klienten einräumte, betonte der nondirektive Ansatz die therapeutische Beziehung von Anfang an als wichtigsten Aspekt der

personenzentrierten Psychotherapie: sie selbst sei eine Erfahrung des Wachsens, eine Entwicklungserfahrung an sich und direkt verantwortlich für die Veränderung des Klienten (Rogers (2007a [1942])).

Diese Einstellung deckt sich mit den oben beschriebenen Annahmen der Entwicklungstheorie des personenzentrierten Ansatzes, in denen die soziale Komponente, die Interaktion mit anderen für die Selbstentwicklung eine entscheidende Bedingung darstellt. So wird davon ausgegangen, dass sich die Selbstentwicklung in der Psychotherapie unter den gleichen Bedingungen vollzieht wie in der frühen Kindheit, nämlich dass es den Therapeuten als wichtiger anderer Person bedarf, der die Erfahrungen des Klienten empathisch versteht, ihn unbedingt wertschätzt und dabei kongruent bleibt (Biermann-Ratjen et al., 2003). Das Zentrum dieses Selbstentwicklungsprozesses wird im Klienten selbst lokalisiert, dessen inneres Erleben Tempo und Richtung der therapeutischen Beziehung bestimmt (Rogers, 1998 [1961]).

Das Prinzip der Nondirektivität hängt eng mit dem Verständnis der therapeutischen Beziehung zusammen. Da sich Rogers Anschauung über die therapeutische Beziehung im Lauf der Zeit immer wieder verändert hat, war auch das Verständnis von Nondirektivität einem ständigen Wandel unterzogen und stellt bis heute ein Thema in vielen Debatten um die Natur der personenzentrierten Therapie dar (Grant, 1990). Um *Dominanzaspekte* innerhalb der nondirektiven Praxis bestimmen zu können, folgt im nächsten Kapitel ein Überblick über die Entwicklung des Nondirektivitätskonzepts.

3. Nondirektivität – eine Entwicklungsgeschichte

Dieses Kapitel widmet sich der Darstellung einer Entwicklungsgeschichte der Konzepte der Nondirektivität und der therapeutischen Beziehung, deren Veränderung sich auch in der Namensgebung des Ansatzes ausdrücken: aus der anfänglichen Bezeichnung von 1942 der „nicht-direktiven“ Beratung wurde später der Name „klient-bezogene“ beziehungsweise „klientenzentrierte Therapie“ für passender empfunden, der anschließend wiederum zur Benennung „personenzentrierte Therapie“ geändert wurde. In der folgenden Übersicht werden die Bezeichnungen gemäß der dahinter stehenden historischen Entwicklungen verwendet.

3.1 Die nicht-direktive Phase: Ein technikorientierter Zugang

Wie anfangs erläutert, war es Rogers (2007a [1942]) am Beginn der Entwicklung seines Ansatzes vor allem daran gelegen, den autoritären und unterdrückenden Tendenzen anderer Psychotherapierichtungen gegenzusteuern. Durch sein erstes Werk, das dem Ansatz den Namen „nicht-direktive Beratung“ gab, wird die Abgrenzung zu diesen Ansätzen zunächst noch eher negativ ausgedrückt – und zwar durch Tätigkeiten, die der nondirektive Therapeut *vermeiden* sollte.

Die Freiheitserfahrung, die der Klient im nondirektiven Ansatz machen soll, drückte sich in dieser Phase laut Rogers (2007a [1942]) unter anderem darin aus, dass neben älteren Methoden wie *Anordnen*, *Verbieten*, *Ermahnen* und *Kritisieren* auch Techniken wie *Ratschläge*, *intellektuelle Interpretation* und das Stellen einer *Diagnose* vom Therapeuten nicht verwendet werden sollten. Diese würden ihn in eine unangemessene Autoritätsposition heben, durch die eine freie, gestattende Atmosphäre unmöglich würde. Die Anwendung von *Ratschlägen* wird insofern als problematisch angesehen, da es hier der Therapeut sei, der das zu erreichende Ziel bestimmt, womit impliziert wird, dass der Berater die am besten geeignete Person für die Beurteilung der Situation und

demnach die Vorgehensweise wählt. Für die *intellektualisierte Interpretation* des Therapeuten – so grundsätzlich richtig sie auch sein mag – galt das Gleiche: der Versuch, dass eine intellektuelle Erklärung des Problems zu veränderten Einstellungen und Gefühlen führen würde, bezeichnet Rogers als naiv und stellt gleichzeitig fest, dass eine Interpretation nur dann wertvoll sei, wenn der Klient sie akzeptieren könne.

Das *Erstellen einer Diagnose* durch den Therapeuten ist für generell insofern unangebracht, als es dem Klienten die Fähigkeit absprechen würde, Verantwortung für seine Situation zu übernehmen und die Art von Anpassung zu finden, die für ihn realistisch sei (Rogers, 2007a [1942]).

Besonderen Wert legt Rogers (2007a [1942]) auf die Unterscheidung von direktiven und nondirektiven Aspekten, da sich die Therapeuten ihrer Direktivität oft nicht vollkommen bewusst wären und sie unterschätzen würden. Um die Unterschiede zu verdeutlichen, führt er in Protokollen beobachtete Techniken an, die gemäß den philosophischen Ausrichtungen für direktives beziehungsweise nondirektives Vorgehen charakteristisch scheinen. So scheint die gesteigerte *Aktivität* der direktiven Therapeuten deutlich auf, die viel mehr – im Schnitt etwa drei Mal so viel wie die Klienten – sprachen als die nondirektiven Therapeuten, die weniger als halb so viel wie die Klienten redeten. Der Grund dafür wurde in der Gelegenheit für den Klienten gesehen, seine Probleme in der nondirektiven Therapie aussprechen zu können, während der direktive Therapeut zum Klienten spricht. Zu den Techniken, die für den direktiven Therapeuten charakteristischer als für den nondirektiven sind, zählt neben den bereits oben erwähnten beispielsweise auch das Bestimmen von Themen in der Sitzung und damit die Begrenzung von Entwicklung zugunsten von *Bestätigung*, *Verwerfung* oder dem *Zutagefördern bestimmter Informationen*. Weiters *erklärt*, *diskutiert* oder *informiert* der direktive Berater über das Problem oder die Behandlung.

Zu den am meisten verwendeten Techniken der nondirektiven Therapeuten zählen hingegen Reaktionen, die die *Anerkennung des gerade ausgedrückten Gefühls* darstellen (Rogers, 2007a [1942]).

Nondirektivität drückt sich auch darin aus, dass der Klient als der beste Führer angesehen wird und der Therapeut sich „bewusst bemüht, jede Aktivität oder Reaktion

zu vermeiden, die die Richtung des Interviews oder den Inhalt des Ausgedrückten beeinflussen würden“ (Rogers, 2007a [1942], S. 123).

Insofern ist *Zurückhaltung*, die sich auf mehreren Ebenen ausdrückt, ein wichtiges Charakteristikum dieser ersten Definition nondirektiver Therapeuten, da er davon ausgeht, dass sich einsichtiges Verstehen des Klienten durch das Aussprechen seiner Einstellungen und Gefühle *spontan und von selbst* einstellt und häufig durch Bemühungen des Beraters, sie hervorzurufen, verhindert beziehungsweise unmöglich gemacht wird (Rogers, 2007a [1942]).

Obwohl in dieser Phase eine befriedigende Beziehung als Grundlage für den therapeutischen Erfolg dargestellt wird, wird der Person des Therapeuten, seinen Gefühle etc. – seiner *Echtheit beziehungsweise Kongruenz* – noch kein großer Stellenwert eingeräumt. Von einer wechselseitigen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, die später von grundlegender Bedeutung sein wird, ist in dieser, eher technisch ausgerichteten Nondirektivitäts-Phase noch keine Rede. Die Einstellung des Therapeuten in dieser Phase charakterisiert Rogers später im Gespräch mit Evans (1975) folgendermaßen: „Let’s not let any of me into the situation except just an understanding of the client’s feelings.“ (Evans, 1975, S. 26)

Insofern steht das empathische Verständnis der vom Klienten ausgedrückten Gefühle an erster Stelle, was sich auch innerhalb des zweiten Werkes, in der Rogers (1973 [1951]) seinen Ansatz „klienten-zentrierte Therapie“ nennt, nicht grundlegend ändert: „Wenn wir Verständnis dafür aufbringen können, wie der Klient sich in diesem Augenblick selbst sieht, dann kann der Klient alles übrige allein erledigen.“ (Rogers, 1973 [1951], S. 43)

Statt gewissen Techniken wird in der nächsten Phase jedoch etwas anderes betont, und zwar der Selbstexplorationsprozess des Klienten. Auch hier drückt sich Nondirektivität durch das völlige Fehlen von Druck und Zwang aus, jedoch kommt der Rolle des Therapeuten als Begleiter des Klienten eine bedeutendere Stellung zu.

3.2 Nondirektivität in der klientenzentrierten Phase – der Therapeut als „alter ego“

So technikorientiert das erste Werk Rogers schien, so nachhaltig wird nun die Wichtigkeit der Einstellungen des Beraters selbst betont: „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine Methode anzuwenden, zum Mißerfolg [sic!] verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt.“ (Rogers, 1973 [1951], S. 34)

Diese Betonung mag auch daher rühren, dass Missverständnisse hinsichtlich der Durchführung nondirektiver Therapie den Ansatz verzerrten. So wurde angenommen, dass das beschriebene methodische Vorgehen in eine gewisse Starrheit münden würde, eine mechanische technische Anwendung eines *Reflektieren von Gefühlen*, in die außerdem eine „Laissez-Faire“-Haltung oder Passivität des Therapeuten interpretiert wurde. Noch weiter geht die Karikatur des Ansatzes, mit Zuschreibungen, dass in der nondirektiven Therapie einfach die letzten Worte des Klienten wiederholt würden (Rogers, 1975).

Um diesen Missverständnissen entgegenzuwirken, formuliert Rogers (1973 [1951]) die Rolle des Therapeuten im Selbstexplorationsprozess des Klienten, in dem dieser das Unbekannte erforscht, umfassender und persönlicher anmutend:

Seine [des Therapeuten] Aufmerksamkeit ist ausschließlich auf den Versuch konzentriert, vom Bezugssystem des Klienten aus wahrzunehmen, und daher kann man nicht länger von einer Technik sprechen, sondern es ist die Durchführung einer absorbierenden persönlichen Absicht. Bei diesem Versuch, sich mit dem Klienten zu bemühen, mit ihm einen flüchtigen Blick auf die halbverstandenen Ursachen des Verhaltens zu werfen, mit Gefühlen zu ringen, die ins Bewusstsein treten und wieder verschwinden, ist es absolut möglich, daß [sic!] das simple Konzept einer „genauen Reflektierung von Gefühlen“ nicht mehr zum Verhalten des Therapeuten paßt [sic!]. Der Therapeut dient nicht mehr nur als Spiegel, sondern wird zu einem Gefährten, der den Klienten bei seiner Suche in einem tiefdunklen und dicht verwachsenen Wald begleitet. (Rogers, 1973 [1951], S. 114)

Die Erfahrung, die der Klient dabei mit dem Therapeuten macht, ist jene eines „zweiten Ichs“, denn den Klienten so vollständig wie möglich zu verstehen, sodass keine persönlichen Verzerrungen auftreten, ist eine wichtige Nuance der nondirektiven

Haltung. Dieses Gefühl, dass der Therapeut wie ein Teil vom Klienten wirkt, lässt sich in der Beschreibung des Klienten: „wir waren ich“ (Rogers, 1973 [1951], S. 49) auf den Punkt bringen.

Mit dem Aspekt des „wir waren ich“ konzentriert sich der Therapeut darauf, den *inneren Bezugsrahmen* des Klienten zu übernehmen, den Rogers (2002 [1959]) als die Ganzheit aller Erfahrungen (Gefühle, Eindrücke, Bedeutungen und Erinnerungen), die dem Bewusstsein des Individuums in einem bestimmten Moment zugänglich sind, beschreibt. Der innere Bezugsrahmen sei die subjektive Wirklichkeit des Individuums, die nur das Individuum selbst völlig kennt und die durch keinen anderen erfahren werden kann außer durch empathisches Einfühlen – und auch dann nicht vollständig.

In dieser Phase liegt nach Rogers (1973 [1951]) das einzige Ziel des Therapeuten im tiefen Verstehen der Einstellungen, die der Klient im Hier und Jetzt bewusst wahrnimmt, wenn er beginnt, sich Schritt für Schritt selbst zu erforschen. Wenn der Therapeut versucht, den Klienten so zu verstehen, wie er sich selbst sieht, ist dies eine gänzlich ausfüllende Tätigkeit, wie Rogers (1973 [1951]) durch Raskin (unveröffentlichter Artikel) beschreibt:

(...) der Berater nimmt ein Maximum an Anstrengung auf sich, um ‚unter die Haut‘ der Person zu gelangen, mit der er kommuniziert, er versucht, sich in sie hineinzusetzen und die zum Ausdruck gebrachten Einstellungen zu leben, statt sie zu beobachten, und jede Nuance einer Veränderung zu erfassen; mit einem Wort, er versucht sich die Einstellungen des anderen vollkommen zu eigen zu machen. Und bei diesem Bemühen ist für irgendeine andere Art von Berater-Tätigkeit oder –Einstellung einfach kein Platz mehr; wenn der Berater versucht, die Einstellungen des anderen zu leben, kann er sie nicht gleichzeitig diagnostizieren, er kann nicht darüber nachdenken, wie sich der Prozess beschleunigen ließe. (Rogers 1973 [1951], S. 42)

Diese Beschreibung der Funktion des Therapeuten, sein „Leben der vom anderen zum Ausdruck gebrachten Einstellungen“ beinhaltet ebenfalls die oben erwähnte Zurückhaltung der eigenen Persönlichkeit des Therapeuten, die in dieser Phase noch besonders ausgeprägt war: „Die ganze Beziehung besteht aus einem Klienten, während der Therapeut für die Zwecke der Therapie zum ‚Anderen Ich‘ des Klienten depersonalisiert ist“ (Rogers, 1973 [1951], S. 208). Bezüglich dieser Definition der Funktion des Therapeuten meinte Rogers später im Gespräch mit Evans (1975): „I gradually realized over the years that the tourist approach shakes the client out of what

might be a very close interpersonal relationship which is more rewarding.“ (Evans, 1975, S. 26)

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient und auch die Persönlichkeit des Therapeuten selbst gewannen in der nächsten Phase an Bedeutung, da in dieser Zeit eine Fülle an Entwicklungen und Erfahrungen auftraten, die die Klientenzentrierte Therapietheorie und –praxis bereicherten sowie Teile des Konzeptes revidierten (Keil & Stumm, 2002). Im nächsten Kapitel wird ein Überblick darüber gegeben, welche Erfahrungen zu einem Neuverständnis der therapeutischen Beziehung und dem Verständnis von Nondirektivität führten.

3.3 Die erlebnisorientierte Phase – Nondirektivität und die Echtheit des Therapeuten

Die Veröffentlichung des Artikels über *sechs notwendige und hinreichende Bedingungen* (Rogers, 2007b [1957]) für konstruktive Persönlichkeitsentwicklung, das Gespräch Rogers‘ mit Martin Buber über die positive Kraft der personellen Beziehung, Rogers‘ Erfahrungen in seinem Wisconsin-Projekt und seine Zusammenarbeit mit Gendlin stellen entscheidende Umbrüche für eine Neudefinition der therapeutischen Beziehung und damit des Verständnisses für Nondirektivität dar (Keil & Stumm, 2002). Von großer Bedeutung ist die Tatsache, dass Rogers den Begriff *nondirektiv* beziehungsweise in seinen Veröffentlichungen nach 1951 nicht mehr erwähnt. Warum er dies vermeidet, interpretieren diverse Autoren auf unterschiedliche Weise, wie unten beschrieben wird. Erwähnt werden muss diese Vermeidung jedoch, da sich der Begriff *nondirektiv*, so wie er bisher definiert war, mit der erweiterten und angereicherten Definition der therapeutischen Beziehung, derer er implizit ist, ebenfalls verändert: Die Weglassung des Begriffes hat differenzierte Umschreibungen der Freiheit, die der Klient in diesem Therapieansatz erfährt, zur Folge. Wie der Therapeut seinen Beitrag zu ihrer Erlangung gestalten kann, wird in den folgenden Kapiteln umrissen.

3.3.1 Sechs notwendige und hinreichende Bedingungen

Welche Elemente die Beschaffenheit therapeutischen Beziehung ausmachen, stellt Rogers (2007b [1957]) mit dem Erscheinen seines Artikels „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ klar dar. An dieser Stelle werden jene Elemente genauer beschrieben, die im weiteren Verlauf für die Entwicklung von Nondirektivität größere Bedeutung haben:

- 1. Zwei Personen sind im psychologischen Kontakt*
- 2. Die erste Person, der Klient, ist in einem Zustand von Inkongruenz*
- 3. Die zweite Person, der Therapeut, ist in der Beziehung mit dem Klienten kongruent*

Im Gegensatz zum Klienten ist der Therapeut in der Beziehung eine echte, integrierte Person – seine tatsächliche Erfahrung wird akkurat symbolisiert und er ist frei, er selbst zu sein. Dies kann auch bedeuten, dass er auf eine Art er selbst ist, die nicht ideal für die Therapie zu sein scheint, beispielsweise wenn er die Erfahrung der Angst vor einem Klienten macht. Kongruenz bedeutet, diese Gefühle nicht zu verdrängen, sondern – wenn sie den zwei folgenden Bedingungen im Weg sind – dem Klienten, einem Kollegen oder Supervisor gegenüber auszusprechen. Es ist jedoch nicht notwendig oder möglich, in jedem Moment des Lebens vollständig kongruent zu sein. Es ist genügend für den Therapeuten, in der Zeit mit dem Klienten er selbst zu sein. Die Präsentation einer Fassade durch den Therapeuten wäre das Gegenteil dieser Bedingung (Rogers, 2007b [1957]).

- 4. Der Therapeut erfährt unbedingte positive Wertschätzung für den Klienten*

Unbedingte positive Wertschätzung beinhaltet ein Gefühl von wertfreier Akzeptanz für jeden Aspekt der Erfahrung des Klienten. Egal ob es negative, schmerzhaft, ängstliche, abnormale Gefühle sind oder positive, reife, soziale Gefühlsausdrücke des Klienten sind, der Therapeut erlaubt dem Klienten, eine separate Person mit eigenen Gefühlen und Erfahrungen zu sein (Rogers, 2007b [1957]).

5. *Der Therapeut erfährt durch sein empathischem Verständnis den inneren Bezugsrahmen des Klienten und kommuniziert dieses Verständnis dem Klienten*

Diese Bedingung bedeutet für den Therapeuten, die Erlebenswelt (Wut, Angst, Verwirrung etc.) des Klienten zu fühlen, als ob es die eigene wäre, ohne je die *als-ob-Qualität* zu verlieren. Dies gibt dem Therapeuten die Möglichkeit, Verständnis zu kommunizieren – von für den Klienten klaren Dingen wie genauso Bedeutungen, die dem Klienten kaum bewusst sind (Rogers, 2007b [1957]).

6. *Der Klient nimmt zumindest ansatzweise wahr, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und ihm unbedingt positiv wertschätzt*

Das Verhalten des Therapeuten, seine Worte und Verhaltensweisen rücken hier in den Blickpunkt, denn Einstellungen und Haltungen können nicht direkt wahrgenommen werden, wenn sie dem Klienten nicht angemessen kommuniziert werden (Rogers, 2007b [1957]).

Rogers (2007b [1957]) nimmt an, dass das Vorhandensein dieser sechs Bedingungen allein, vorausgesetzt sie sind über einen längeren Zeitraum vorhanden, zu konstruktiver Persönlichkeitsveränderung führt – bei allen Arten von Klienten und in allen Ansätzen von Psychotherapie.

Ein Element, das nun zu den bisherigen Auffassung der therapeutischen Beziehung, in der Empathie und unbedingte positive Wertschätzung die wichtigsten Grundeinstellungen zur Gewährleistung einer (be-)freien(den) Atmosphäre sind, tritt, ist die *Echtheit* des Therapeuten. Da diese nur zur vollen Entfaltung kommen soll, wenn Gefühle der Angst vor dem Klienten oder der Beschäftigung des Therapeuten mit eigenen Problemen der Realisierung der anderen zwei Bedingungen im Wege steht, steht sie zur Zeit der Veröffentlichung noch an letzter Stelle der drei Beziehungskomponenten (Van Balen, 1990).

Trotzdem zeigt die Einbringung der Person des Therapeuten eine Art von Einfluss auf, die eine neue Dynamik in die Beziehungsgestaltung und somit in das Konzept der Nondirektivität zu bringen scheint.

So wird das Hinzuziehen diagnostischen Wissens, das in der ersten Phase gegen die nondirektive Haltung sprach, zwar von Rogers (2007b [1957]) noch immer nicht als notwendig betrachtet um erfolgreiche Therapie zu betreiben, jedoch dann als sinnvoll einzusetzen erachtet, wenn sich der Therapeut dadurch in der Beziehung mit dem Klienten sicherer fühlt und empathisch und akzeptierend und *echt* sein kann. Genauso wird das Verwenden von Techniken neu bewertet. So wurden in der Anfangsphase des Ansatzes bestimmte Methoden wie Interpretation, freie Assoziation, Traumdeutung, Hypnose, Vorschläge etc., als nicht wertvoll für die Therapie angesehen – in dieser Phase ihre Anwendung jedoch als sinnvoll eingeschätzt, solange sie als Kanäle für die Verwirklichung der Grundhaltungen Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Echtheit dienen:

An interpretation may be given in a way which communicates the unconditional positive regard of the therapist. A stream of free association may be listened to in a way which communicates an empathy which the therapist is experiencing. In the handling of transference an effective therapist often communicates his own wholeness and congruence in the relationship. (Rogers, 2007b [1957], S. 247)

Es macht also den Anschein, als würde das Konzept der Nondirektivität im Dienste der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten erweitert, jedoch nicht aufgegeben – denn genau so wie Methoden als Kanäle für die Kommunikation der Grundhaltungen dienen können, können sie auch im Gegenteil eine übergeordnete, von einem Expertenbewusstsein des Therapeuten getragene Haltung vermitteln, die der Nondirektivität entgegensteht: „Feeling may be ‚reflected‘ in a way which communicates the therapist’s lack of empathy. Interpretations may be rendered in a way which indicates the highly conditional regard of the therapist.“ (Rogers, 2007b [1957], S. 247)

3.3.2 Rogers Dialog mit Martin Buber: Nondirektivität in der Ich-Du-Beziehung

Im selben Jahr der Veröffentlichung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen fand auch ein weiterer Anhaltspunkt für eine Neudefinition der personenzentrierten Therapiebeziehung statt. In einem Gespräch mit dem Philosophen Martin Buber dreht sich beider Gedanken um das *Heilen durch Begegnung*. Rogers ließ sich durch eine von

Buber geprägte Beziehungsform inspirieren, die eine Begegnung von *Ich* und *Du* im Gegensatz zu *Ich* und *Es* postuliert (Van Balen, 1990). In einer *Ich-Du-Beziehung* treten sich die Teilnehmer als echte, authentische und gleiche Personen gegenüber. Beide Partner fühlen dann den eigenen und den jeweils anderen Standpunkt, womit eine gewisse Gleichheit und Wechselseitigkeit zwischen den sich dadurch verändernden Personen implizit wird (Van Balen, 1990).

Im Gespräch mit Evans (1975) beschreibt Rogers den Charakter der Momente in der Psychotherapie, die zutiefst heilend und verändernd wirken, einer Ich-Du-Beziehung entsprechend:

When there's a real trendless immediacy in the relationship, when you're aware of nothing but this person and he's aware of nothing but you, and there's a deep sense of communication and unity between the two of you, that's the thing I refer to as I-Thou relationship. (Evans, 1975, S. 25)

In dem Sinn, dass nur eine Beziehung zwischen zwei echten Personen Heilung beziehungsweise therapeutischen Erfolg bringen kann, wird die Grundhaltung Echtheit immer wichtiger. Die Persönlichkeit des Therapeuten wird aufgrund der Ich-Du-Beziehung als unumgängliche, ja hilfreiche Variable in der therapeutischen Sitzung herausgestellt:

This recognition of the significance of what Buber terms the I-Thou relationship is the reason why, in client-centered therapy, there has come to be a greater use of the self of the therapist, of the therapist's feelings, a greater stress on genuineness, but all of this without imposing the views, values or interpretations of the therapist on the client. (Rogers, 1974, S. 11)

In diesem Zitat wird auf die nondirektive Haltung als ein *Nicht-Auferlegen* von Ansichten, Werten oder Interpretationen des Therapeuten auf den Klienten Bezug genommen – jedoch innerhalb des Anspruches, die eigene Person einzubringen und der Möglichkeit, die Beziehung echt zu *leben*. Rogers (1974) drückt die nondirektive Haltung auch im Resultat der Akzeptanz des Therapeuten für seine eigenen Gefühle aus: Ist er zu einer solchen Akzeptanz fähig, so braucht er seine Gefühle dem Klienten nicht aufzwingen.

In diesem Sinn ist die Rolle des Therapeuten nicht mehr als eine Funktion des „zweiten Ichs“ charakterisiert, da nun auch dem inneren Bezugsrahmen des Therapeuten selbst Aufmerksamkeit entgegengebracht wird und seiner Person in der Therapie eine wirksame Kraft zugeschrieben wird. In diesem Sinn wird der Therapeut zu einem echten Gegenüber, einem Dialogpartner, der auch nondirektiv sein kann, wenn er sich nicht ausschließlich im inneren Bezugsrahmen des Klienten bewegt – eher muss er auf den Bezugsrahmen des Klienten *ausgerichtet* sein (Van Balen, 1990).

Bevor genauer beschrieben wird, wie diese Ausrichtung auf den inneren Bezugsrahmen des Klienten im Sinne eines *Überprüfens* der vom Therapeuten verstandenen Bedeutungsgehalte gesichert wird, soll ein weiterer Anlass für ein Überdenken der Therapiebeziehung angeführt werden: die Arbeit Rogers im Rahmen des „Wisconsin-Projektes“.

3.3.3 Das Wisconsin-Projekt

In den Jahren nach dem Gespräch mit Buber arbeitete Rogers im Wisconsin-Projekt mit Schizophrenen, deren Fähigkeit zur mehr oder weniger selbständigen Selbstexploration nur begrenzt ausgeprägt war. Um in Beziehung zu treten und Informationen zu bekommen, bedurfte die Beziehungsgestaltung somit neuer Initiativen, die in der Selbsteinbringung des Therapeuten entdeckt wurden (Van Balen, 1990). Die fördernde Wirkung der Einbringung des Therapeuten – nicht nur bei schizophrenen Klienten – wurde erkannt und zog auch eine größere Flexibilität an Reaktionsmöglichkeiten für die Realisierung der Grundhaltungen nach sich, während in den vorigen Phasen vor allem das *Klären von Gefühlen* als wichtigstes nondirektives Merkmal angeführt wurde. Beispielhaft seien hier die Implementierung von Kategorien wie Nachfragen, Spiegeln, nichtverbale Kommunikation, Ausdruck eigener Gefühle etc. als Resultat der neuen Beziehungsorientierung genannt (Keil & Stumm, 2002).

Das fördernde Element der gegenseitigen, natürlichen Offenbarung betonen Rogers und Wood (2012 [1977]) im Vorgehen des Therapeuten, seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen, Fragen zu beantworten, falls er das Bedürfnis dazu habe und sogar

unvernünftige Gedanken oder Phantasien in Bezug auf den Klienten oder die Beziehung zwischen ihnen auszusprechen, falls diese anhaltend bestehen:

Wenn meine Reaktionen also wirksam sind, unterstützen sie ihn bei seinem Bemühen, in seinem Erlebensprozeß [sic!] über seine ‚Blockierungen‘ hinwegzukommen. Sein Kampf auf der Suche nach immer neuen gefühlten Bedeutungsgehalten soll durch meine Reaktionen gefördert werden. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 152)

In Übereinstimmung mit den Gedanken zur Ich-Du-Beziehung wurde klarer, dass dieses Hinzuziehen des eigenen inneren Bezugsrahmens des Therapeuten keine Gefahr der Fremdlenkung mit sich brachte: „(...) within the framework of such a mutual self-revelation, the use of one’s own feelings about the other does not have to be self-alienating, but can be self-enhancing.“ (Van Balen, 1990, S. 76f.)

Ein zusätzlicher Faktor in der Entwicklung von Nondirektivität bezieht sich auf die Erweiterung des Verständnisses von Empathie, wobei sich Rogers (1975) auf Gendlins Experiencing-Konzept beruft, wie dies im nächsten Kapitel näher erläutert wird.

3.3.4 Nondirektivität und Experiencing – von dont’s zu do’s

Eine frühe Definition der Grundeinstellung *Empathie* bezeichnet empathisches Verstehen als eine Art Status, in dem der Therapeut den inneren Bezugsrahmen des Klienten wahrnimmt, als ob es sein eigener wäre. Im Lauf der Zeit wurde das Verständnis dieser Einstellung erweitert und bezeichnete empathisches Verständnis als Prozess, wobei sich Rogers (1975) auf das *Experiencing-Konzept* von Gendlin beruft. In diesem Konzept wird das organismische Erleben des Klienten als kontinuierlicher Fluss gesehen, zu dem sich das Individuum immer wieder als Referenz hinwenden kann, damit es die Bedeutung seines Erlebens entdecken kann. Unter Empathie wird ein sensitives *Hinzeigen* auf den *felt sense* in dem bestimmten Moment – beziehungsweise von Moment zu Moment – verstanden. Dies hat den Zweck, dem Klienten beim Fokussieren auf diese Bedeutung zu helfen, damit es zur vollen und ungehinderten Erfahrung kommen kann (Rogers, 1975).

Folgende Definition stellt ein für Rogers (1975) im Gegensatz zu früheren Phasen akkurates Verständnis von Empathie dar:

It means entering the private perceptual world of the other and becoming thoroughly at home in it. It involves being sensitive, moment to moment, to the changing felt meanings, which flow in this person, to the fear or rage or tenderness or confusion (...). It means (...) sensing meanings of which he/she is scarcely aware, but not trying to uncover feelings of which the person is totally unaware, since this would be too threatening. It includes communicating your sensings of his/her world as you look with fresh and unfrightened eyes at elements of which the individual is fearful. It means frequently checking with him/her as to the accuracy of you sensing and being guided by the responses you receive. (...) by pointing to the possible meanings in the flow of his/her experiencing you help the person to focus on this useful type of referent, to experience the meanings more fully, and to move forward in the experiencing. (Rogers, 1975, S. 4)

Damit dem Klienten sein eigener Erlebensprozess näher gebracht werden kann, er seine Gefühle erkennt, akzeptiert und ihnen die für ihn adäquate Bedeutung geben kann (Rogers & Wood, 2012 [1977]) klärt der Therapeut nicht nur die Bedeutungen, deren sich der Klient bewusst ist:

(...) If that were so, it is doubtful that any movement would ensue in therapy. Indeed, there would be no therapy. Instead, the client-centered therapist aims to dip from the pool of implicit meanings just at the edge of the client's awareness. (Rogers, 1966, zit. n. Van Balen, 1990, S. 72)

Rogers bezeichnet dieses Klären der Bedeutungen am Rande des Gewahrseins als *Hebammenfunktion* (Rogers, 1985 [1977], S. 26) des Therapeuten, in der er dem Klienten hilft, über Stockungen im Selbstexplorationsprozess hinwegzukommen beziehungsweise ihm auf die Sprünge zu einem *felt sense* zu helfen. Der Klient benutzt den organismischen Erlebensfluss, um nachzuprüfen, ob die Empfindungen, die der Therapeut in seinem empathischen Verständnis verbalisiert, diesen *felt sense* mit sich bringen.

Gendlin (1974) sieht seinen Beitrag in dieser Entwicklung in der Umformulierung des Negativen zum Positiven, von *don't* zu *do*-Regeln. Die Regeln aus der Anfangsphase des Ansatzes werden verändert, und die neue Regel für den Therapeuten laute: „Make sure you do say what you understand, and let that be checked out, so you stay in touch with the person. Given you do this, you can do anything else also.“ (Gendlin, 1974, S. 219)

3.4. Der innere Bezugsrahmen des Klienten als Referenz

Um gewährleisten zu können, dass der innere Bezugsrahmen des Klienten der Maßstab für das Geschehen bleibt, dass der Therapeut in seinen Reaktionen *auf der Fährte* des Klienten ist, der sich selbst erforscht, überprüft der Therapeut konstant seine Wahrnehmung vom Erlebensfluss des Klienten, wobei er mitunter seine eigenen Wahrnehmungen einbezieht. Wenn der Therapeut an den Antworten des Klienten merkt, dass seine Reaktionen keine Veränderung oder keinen Anstoß bewirken, das heißt für den Selbstexplorationsprozess des Klienten wenig bis keine Bedeutung haben, so bezieht er sich sofort wieder zurück auf den Erlebensfluss des Klienten (Rogers & Wood, 2012 [1977]). Ein Beispiel dafür wird in folgender Vorgangsweise gegeben:

Wenn ich beispielsweise zu einer Äußerung von ihm meinen Eindruck wiedergebe oder die Grenze dessen, was ihm bewusst ist, überschreite, und er erwidert darauf etwas in der Art wie ‚ja, das klingt so, als ob es stimmen würde‘, kann ich meine ihn ablenkende Bemerkung korrigieren, indem ich zum Beispiel sage: ‚Es klingt, als ob es stimmen würde, aber es trifft nicht ganz ihre Gefühle. Sie haben gerade davon gesprochen...‘ und ihn dadurch wieder zum Fluß [sic!] seiner Gefühle zurückführen. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 152)

In diesem Sinn ist der Klient nach wie vor der Experte für den Inhalt des Erzählten und hat die Wahl, sich in seinem Tempo und nach seinen Möglichkeiten selbst zu erforschen, ohne unter Druck gesetzt zu werden.

3.5. Die Echtheit des Therapeuten als wichtigstes Element der Therapie

Gemäß der Auffassung, dass Therapie etwas mit Beziehung zu tun hat und nur relativ wenig mit Techniken, Theorie und Ideologie, wird die Echtheit des Therapeuten als wichtigstes Element der Therapie und in direkter Relation mit dem Fortschritt des Klienten stehend betont (Rogers & Wood, 2012 [1977]):

Je mehr der Klient den Therapeuten als real oder echt, als empathisch und ihn bedingungslos akzeptierend wahrnimmt, desto mehr wird sich der Klient von einem statischen, gefühlsarmen, fixierten, unpersönlichen Zustand psychischer Funktionen auf

einen Zustand zu bewegen, der durch ein fließendes, veränderliches, akzeptierendes Erleben differenzierter persönlicher Gefühle gekennzeichnet ist. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 150)

Mit der Feststellung, dass der Therapeut dann seine Wirkung am erfolgreichsten entfaltet, wenn er sich natürlich und spontan verhält, lässt sich die starke Entwicklung seit der Anfangsphase erkennen, in der die weitestgehende Zurückhaltung des Therapeuten hinsichtlich seiner Aktivität und Persönlichkeit als heilend postuliert wurde.

Ein Begriff, der mit dem Konzept der Echtheit des Therapeuten einhergeht, ist seine „Transparenz“ (Rogers, 2007c [1980], S. 67) in der Beziehung mit dem Klienten. Transparent zu sein bedeutet, dass der Klient sehen und erfahren kann, wer der Therapeut in der Beziehung mit ihm ist – er bietet dem Klienten offen dar, welche Gefühle und Einstellungen, negativ oder positiv, ihn im Moment bewegen und kommuniziert diese auch, falls es angebracht ist (Rogers, 2007c [1980]). Dass Zurückhaltung dabei nur mehr wenig Rolle spielt, spiegelt die folgende Feststellung wider, die Rogers im Gespräch mit Evans (1975) trifft:

I might tell a client, 'I'm really bored by what you're saying.' It doesn't guide him. It does provide him with some jolting data which he must handle in some way or other. But I'm not telling him what he should do to avoid boring me. Maybe he would just as soon bore me; that's up to him. (Evans, 1975, S. 26)

Da eine solche Aussage den Klienten nicht zu einer bestimmten Handlung zwingt und ihm somit auch die Verantwortung für sein weiteres Vorgehen beziehungsweise Verhalten überlassen wird, wird die nondirektive Haltung durch eine Transparenz des Therapeuten nicht in Frage gestellt.

3.6. Phase der Diversifikation und die Abwendung von Nondirektivität

Der personenzentrierte Ansatz mit seinem Menschenbild und seiner einfach zu praktizieren scheinenden Theorie der notwendigen und hinreichenden Bedingungen übte Anziehung auf viele Praktiker innerhalb unterschiedlicher Arbeitsfelder aus. Mit

der zunehmenden praktischen Erfahrung auf verschiedenen Gebieten und den individuell produktiv erscheinenden Zugängen wurden ab den ca. 1980er Jahren naturgemäß eine Reihe von Ergänzungen und Abwandlungen des klassischen Konzeptes von Rogers vorgenommen (Keil & Stumm, 2002). Diese konzentrieren sich in der zentralen Problemstellung einer differentiellen Perspektive darauf, in welcher Weise die therapeutischen Bedingungen realisiert werden können, damit sie den individuellen Besonderheiten von verschiedenen Klienten gerecht werden (Hutterer, 2005).

Die Behandlung dieser Fragen zeigt sich in der Entstehung einer Vielzahl von Strömungen innerhalb der personenzentrierten Psychotherapie, die sich in einer Reihe wichtiger Fragen unterscheiden. So gibt es unter anderem verschiedene Auffassungen von Art und Funktion einer Diagnostik, Beschaffenheit und Ausmaß der Expertenrolle des Therapeuten, dem Verhältnis von Beziehung und Technik und der Bedeutung einer Problemzentrierung (Hutterer, 2005).

Im Zuge dieser verschiedenen Auffassungen bezüglich Diagnostik, Expertenrolle, Beziehung und Technik und der Stellung des Problems des Klienten in der therapeutischen Situation nehmen Keil und Stumm (2002) und Keil (2004) eine systematische Einteilung von drei Grundorientierungen des personenzentrierten therapeutischen Vorgehens vor:

- Die nondirektive Strömung
- Die klinische Orientierung
- Die experienziellen Therapien

In jedem einzelnen dieser Orientierung ist auch die Frage nach der Bedeutung von Nondirektivität immanent, die entweder in Nuancen oder sehr kontrovers behandelt wird. In der Folge werden die drei Orientierungen in einem Überblick dargestellt.

3.6.1 Die nondirektive Strömung

Das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz spiegelt sich in dieser Orientierung in der Ablehnung jeder *absichtlichen* Intervention wieder, die *etwas* bewirken soll: So sieht Grant (1990) beispielsweise die nondirektive Haltung darin verwirklicht, dass der Therapeut nicht versucht, etwas im Klienten zu erreichen – Wachstum, Einsicht, Selbstakzeptanz – sondern die Grundbedingungen dafür mit der Hoffnung bereitstellt, dass der Klient sie verwenden würde. Auch das Absicht, dass Klienten sich verstanden fühlen, sei in der nondirektiven Haltung hintangestellt:

How clients receive or experience therapist's words and actions is largely irrelevant to the practice of non-directive empathy. Therapists do not intend that clients feel understood, but because they try to state their understanding so that clients can understand them, clients often do feel understood. (Grant, 2005, S. 257)

Gemäß Rogers' Grundhaltung beschreibt Brodley (1990) Nondirektivität als eine innere Erfahrung der Freiheit des Therapeuten von Annahmen, was dem Klienten gut täte oder hilfreich wäre und die Freiheit von Impulsen, den Helferinstinkt auszuleben, während die Betonung der personalen Begegnung als Heilmittel, die mit der kategorischen Ablehnung von Methoden und Techniken einhergeht und die Grundhaltungen als gelebte Heilung erachtet, vor allem bei Schmid (2005) zu finden ist.

Die Werte der Vertreter dieser Orientierung sind umstritten. So werden beispielsweise die Ansichten innerhalb dieser Orientierung als „fundamentalistisch“ (Keil, 2004, S. 4), da er in ihren Prinzipien die Vermittlung des Beziehungsangebotes als einziges Ziel des Therapeuten und eine damit einhergehende völlige diagnostische Absichts- und Strategielosigkeit erfasst. Die Erweckung des Anscheins, dass personenzentrierte Therapie ohne methodische Kompetenz oder in (auf jeden Fall authentischer) naiver Absichtslosigkeit betrieben werden kann, sei nach Keil und Stumm (2002) in professioneller wie ethischer Hinsicht unververtretbar. Da die Diskussion dieser konträren Haltungen in die Bestimmung von *Dominanzaspekten* in Kapitel 4 einfließt, soll diese kurze Darstellung an dieser Stelle genügen.

3.6.2 Die klinische Orientierung

In der klinischen Orientierung wird die personenzentrierte Therapie als funktionale Arbeitsbeziehung verstanden, in der die Forderung einer völligen diagnostischen Absichtslosigkeit der Grundhaltungen bestritten wird. Damit wird das klassische personenzentrierte Beziehungsangebot als zwar *notwendig, aber nicht hinreichend* befunden. Im Zuge dessen wird in der klinischen Orientierung ein diagnostisch relevantes Wahrnehmen von Unterschieden im Erleben vom Klienten als für die Wirkung von Therapie unverzichtbar erachtet (Keil, 2004). Wie beispielsweise Biermann-Ratjen et al. (2003) darstellen, soll sich empathisches Verstehen nicht nur auf das Erleben beziehen, sondern eher darauf, wie der Klient mit seinem Erleben umgeht, das heißt wie leicht oder schwer, selbstverständlich oder erschreckend etc. der Klient sein Erleben empfindet.

Die spezielle Absicht des Therapeuten, mittels in diesem Sinne funktionalem empathischen Verstehen gestörtes Erleben zu erfassen und zu verstehen (Biermann-Ratjen et al., 2003), unterscheidet sich hier von der oben erwähnten Absichtslosigkeit der fundamentalistischen Form, die die personale Beziehung in den Mittelpunkt stellt.

Zu dieser Orientierung, die unter anderem phasen- und störungsspezifische Ausdifferenzierungen erfasst, zählt Keil (2004) beispielsweise Swildens Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie und die Interaktionelle Orientierung von van Kessel und van der Linden.

Swildens (2002) empfindet die *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie* als eine Adaption der personenzentrierten Psychotherapie, die der Unzulänglichkeit des Menschen Rechnung trägt. Im Hinblick auf die zunehmend beachtete Krankheitslehre empfindet er die Möglichkeit einer persönlichen Veränderung durch das klassische Beziehungsangebot als zu idealistisch und ihr Anbieten als nicht ausreichend für konstruktive Persönlichkeitsentwicklung. In diesem Sinn wird in dieser Orientierung der Prozess des Klienten durch den Therapeuten mitgesteuert und die Ziele gemeinsam gewählt. Der Therapeut hat die Verantwortung für das Finden einer passenden Antwort auf die Probleme des Klienten, für die dieser Hilfe erwartet und für den Prozess, mittels

derer die Therapieziele erreicht werden. Der Therapeut überwacht dabei die Struktur des Therapieprozesses und fördert seinen fließenden Verlauf.

Die *interaktionelle Orientierung* (Van Kessel & Keil, 2002) sieht sich als schlüssige Weiterentwicklung des klientenzentrierten Konzepts, das seine Betonung auf die Beziehung als Veränderungsaspekt legt. Sie fügt dem Konzept eine Dimension hinzu, die in der zentralen Bedeutung der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung als Medium für diagnostische Klärung und Persönlichkeitsveränderung besteht. In diesem Sinn versteht und behandelt der Therapeut das innere Erleben des Klienten aus dessen Interaktionsverhalten und Kommunikationsstilen in der Beziehung mit dem Therapeuten. So werden gestörte Beziehungsmuster in der Starrheit des sozialen Repertoires einer Person angesehen. Vereinfacht dargestellt trachtet der Therapeut danach, eine entgegengesetzte Position zur Interaktion des Klienten einzunehmen, um den Interaktionsstil des Klienten nicht zu bestärken. So kann dieser neue Interaktionsmuster erleben und seinen Interaktionsstil flexibler gestalten, was der Exploration und Veränderung seiner Selbststruktur förderlich ist.

3.6.3 Die experienziellen Therapien

Ausgehend von Gendlins Experiencing-Konzept (siehe Kapitel 3.3.4) bildeten sich als dritte Orientierung therapeutischen Vorgehens innerhalb der personenzentrierten Therapie die experienziellen Therapieformen heraus. In diesen Konzepten wird ebenfalls davon ausgegangen, dass sich auch bei Verwirklichung der Grundhaltungen eine für Veränderung notwendige Vertiefung des Erlebens nicht in allen Fällen von selbst ergibt. Ist ein Klient in einem Erleben verfangen, das immer wieder auftritt und gleichförmig bleibt, wie sehr sich auch um Verständnis oder Veränderung bemüht wird, bedarf die erneute Herstellung eines vertiefenden Erlebensprozesses eines Anstoßes von außen – das heißt vom Therapeuten. Dieser hat nun die Absicht, zusätzlich zur Bereitstellung der Grundhaltungen einen angemessenen Erlebensprozess beim Klienten in Fluss zu bringen und zu ermöglichen (Keil, 2004; Wiltshko, 2002).

Dieser Anstoß von außen lässt sich beispielsweise mittels der Praxis des *Focusing* erreichen, das nicht als Therapie an sich verstanden wird. Es wird als eher als ein Werkzeug verwendet, mit dem der Therapeut den Prozess des Klienten vertiefen kann mittels dessen sich ein Erlebensprozess anstoßen beziehungsweise vertiefen lässt, an dessen Ende der *felt sense* steht – die Bewusstwerdung von Teilen des Erlebens des Klienten (siehe Kapitel 2.2). Die Bewusstwerdung von Teilen des Erlebens des Klienten steht auch im Mittelpunkt der nondirektiven Orientierung, jedoch besteht ein Unterschied: Obwohl das Vorgehen mittels *Focusing* klientenzentriert ist, hat der Therapeut hier die *Intention*, einen *felt sense* hervorzurufen, der beim Klienten vielleicht gerade noch nicht da ist (Keil & Stumm, 2002).

Als Beispiel einer Weiterentwicklung der experienziellen Variante innerhalb der personenzentrierten Orientierung, in der Nondirektivität dezidiert keine Rolle mehr spielt, gilt auch die *Ziel- und Klärungsorientierte Psychotherapie* nach Sachse (2002). Hier wird insbesondere die Klärung, Bearbeitung und Veränderung bedeutsamer Schemata des Klienten ins Zentrum rückt, wobei der der Therapeut aufgrund seiner Verständnisprozesse spezifische Modelle über den Klienten bildet und daraus Entscheidungen zur Indikation, Strategien und Interventionen ableitet und entscheidet, welche Interventionen für welchen Klienten hilfreich oder eher kontraproduktiv sind. Der Therapeut ist Experte für den Klärungsprozess und steuert ihn stark und durch gezieltes Eingreifen: Im Wesentlichen ist er es, der Fragestellungen entwickelt und sie dem Klienten vorschlägt, dafür sorgt, dass sich der Klient auf bestimmte Inhalte konzentriert (und andere nicht behandelt) und dem Klienten Hinweise gibt, wie er nutzbringender mit seinen Problemen umgehen kann. Obwohl die therapeutische Beziehung eine grundlegende Bedingung für die Ziel- und Klärungsorientierte Psychotherapie darstellt, wird primär bearbeitungsorientiert vorgegangen, womit eine therapeutische Beziehung als Heilungsaspekt nicht im Zentrum steht (Sachse, 2002).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die in diesem Kapitel beschriebenen verschiedenen Orientierungen sich zum Teil grundlegend in ihrer Auffassung von der Ausübung der personenzentrierten Psychotherapie unterscheiden. Vor allem wird ersichtlich, dass die Arbeit aus einer nondirektiven Haltung heraus nicht als Bestandteil

aller Strömungen gilt, die sich der personenzentrierten Psychotherapie als zugehörig erachten. Damit sind – mit Ausnahme der nondirektiven Richtung – Aspekte der gezielten und beabsichtigen Beeinflussung und Lenkung des Klienten und damit der Direktivität in den Therapiekonzepten der verschiedenen Orientierungen des personenzentrierten Ansatzes explizit ausgewiesen.

Im nächsten Kapitel, das den Kern dieser Arbeit darstellt, wird nun der Frage nachgegangen, inwiefern sich auch innerhalb des nondirektiven Ansatzes solche Aspekte der Beeinflussung und Lenkung definieren lassen.

4. Dominanzaspekte in nondirektiver personenzentrierter Psychotherapie

Dominanz ist ein Begriff der Terminologie der interpersonellen Theorie der Kommunikation (Kiesler, 1983a) und beinhaltet folgende Kommunikationsstile (siehe auch Kapitel 1):

1. *Führend/Beeinflussend*: jemandem den Weg durch Anweisungen, hilfreiche Information oder Ratschlag zeigen, jemanden hinsichtlich Richtung, Aktion, Meinung etc. lenken, über Gedanken oder Verhalten anderer Macht ausüben, jemanden durch direkte oder indirekte Mittel wie Kunstgriffe oder Redegewandtheit zu einer Aktion beeinflussen, bewegen, antreiben etc.
2. *Aktiv/Durchsetzungsfähig*: tatkräftig und oft an Aktionen beteiligt sein, schnell und emsig beim Tun, Ausführen, Wirken oder Arbeiten sein, sich selbst kühn und beharrlich in den Vordergrund stellen und dem Einfluss von anderen widerstehen
3. *Stark/Lenkend*: andere mental und moralisch stark, streng und mutig in den Dienst stellen, andere in Richtung eines Zieles lenken, Entscheidungen für andere treffen
4. *die Führung übernehmen*: andere führen, instruieren, lenken, ihnen anordnen oder befehlen, damit sie etwas tun oder nicht tun, Zwang über andere ausüben (Kiesler, 1983b)

Durch die im Lauf dieser Arbeit beschriebene Abgrenzung von Direktivität und Nondirektivität und die entsprechenden therapeutischen Vorgehensweisen wird erkennbar, dass das Konzept der *Direktivität* sich in vielen Aspekten mit diesem Konzept der *Dominanz* überschneidet.

Wie bereits in Kapitel 2 genau beschrieben, basiert die Entwicklungs- und Therapietheorie der nondirektiven Psychotherapie auf dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und damit in die Fähigkeit und das Recht des Klienten, sich selbst in einem durch den Therapeuten mitgestalteten, gewährenden Beziehungsklima Richtung individueller konstruktiver Persönlichkeitsentwicklung zu lenken. Aspekte der

Beeinflussung, Lenkung und damit einhergehender Autorität von Seiten des Therapeuten scheinen offenkundig mit dem Konzept unvereinbar zu sein, und doch bescheinigten Kiesler und Goldston (1988) Carl Rogers in der Untersuchung einer auf Video aufgezeichneten Therapiesitzung mit der Klientin Gloria ein nicht näher beschriebenes, als *dominant* klassifizierbares Verhalten, das aufgrund der obigen Beschreibung auf den ersten Blick im Widerspruch zur nondirektiven Haltung zu stehen scheint.

4.1 Forschungsfragen

Dieser vordergründige Widerspruch liefert den Impuls für die in dieser Arbeit verfolgte Absicht zu untersuchen, inwiefern Aspekte der Beeinflussung, Lenkung und der damit einhergehenden Autorität des Therapeuten, die eigentlich Kennzeichen von direktiven Therapieformen sind, auch als Teile einer nondirektiven Orientierung und damit als entsprechende Theorie- und Praxiselemente zu verstehen sein können (siehe Einleitung). Obwohl aufgrund der in den ersten Kapiteln beschriebenen Beschaffenheit der von Rogers begründeten nondirektiven Vorgangsweise nicht davon ausgegangen wird, dass alle von Kiesler (1983b) angeführten Aspekte (wie beispielsweise: befehlen, Zwang ausüben) in ein Dominanzverständnis für nondirektive Therapie einfließen, wird in dieser Arbeit weiterhin von *Dominanzaspekten* als operationalem Begriff ausgegangen. Dies lässt sich darin begründen, dass im Zuge der Recherche der Begriff der *Dominanz* in Ausführungen und Konzeption von Nondirektivität wenig bis gar nicht vorzufinden war beziehungsweise keiner eindeutigen Begriffsbestimmung unterlag. Somit ist die Möglichkeit einer breit angelegten Eigendefinition gegeben, in der verschiedene Ebenen und Arten von Beeinflussung und Lenkung und der Autorität des Therapeuten in nondirektiver Therapie herausgearbeitet und im größeren Kontext *Dominanzaspekte* zusammengefasst werden.

In der nachfolgenden Analyse sollen nun folgende Fragen beantwortet werden:

- *Inwiefern sind Dominanzaspekte in der Theorie und Praxis der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie auszumachen?*
- *Wodurch werden Dominanzaspekte von Direktivität abgegrenzt?*

Da dem phänomenologischen Aspekt im personenzentrierten Ansatz eine grundlegende Bedeutung zukommt, wird im Zuge der Definition von *Dominanzaspekten* auch die Wahrnehmung des Klienten miteinbezogen:

- *Wie nimmt der Klient / die Klientin Dominanzaspekte in der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie wahr?*

Im anschließenden Kapitel wird beschrieben, wie im Zuge dieser Untersuchung vorgegangen wird.

4.2 Methodisches Vorgehen

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, ist *Dominanz* ein Begriff, der in der Konzeption von Nondirektivität keiner eindeutigen Definition unterliegt beziehungsweise nicht als operationaler Begriff für bestimmte Elemente in Theorie und Praxis dient. Somit muss für diese Untersuchung ein neuer Bedeutungszusammenhang zwischen verschiedenen Konzepten und Datenquellen generiert, verschiedene Konzepte und Daten hinsichtlich bestimmter Aspekte *verstanden* werden.

Um dieses Verstehen möglich zu machen, orientiert sich die in dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung an den Prinzipien der *Hermeneutik*, deren Inhalt es ist, den Vorgang des Verstehens zu untersuchen, zu strukturieren, zu interpretieren und auszulegen. Hermeneutik als *Kunst der Auslegung* beschränkt sich dabei nicht nur auf Texte, sondern insgesamt auf menschliche Produkte (Handlungen, sprachliche Gebilde, nicht-sprachliche Gebilde), solange diese in einer möglichst unveränderten und dauerhaften Form zugänglich sind (Danner, 1979). Menschliche Produkte, auch *Zeichen* genannt, haben zwei Seiten: das Innere, das Sinn und Bedeutung meint, und das Äußere, das den Ausdruck dieses Sinns darstellt. Durch den Prozess der Auslegung und Interpretation wird das Innere am Äußeren eines Zeichens erkannt, wobei im

hermeneutischen Sinn das höhere Verstehen größere Bedeutung hat als das elementare Verstehen – ersteres wird gefordert, wenn der unmittelbare Akt des Verstehens nicht vollzogen werden kann, wenn ein größerer Zusammenhang notwendig ist, um Verstehen zu ermöglichen. Es bedeutet eine Erfassung komplexer Zusammenhänge und die Herstellung von individuellen und allgemeinmenschlichen Zusammenhängen (Danner, 1979).

Höheres Verstehen, das heißt Interpretation, bewegt sich in einem *hermeneutischen Zirkel*, durch den „Teil und Ganzes, Vorverständnis und zu Verstehendes, Theorie und Praxis sich gegenseitig erhellen“ (Danner, 1979, S. 62) und den Klafki (2001 [1971]) wie folgt beschreibt:

Die einzelne Aussage und ihre sprachlichen Elemente werden im Gang der Interpretation immer wieder im Zusammenhang größerer Aussagenzusammenhänge ausgelegt; das einzelne Wort wird erst im Zusammenhang eines Satzes, der Satz erst im Kontext größerer Satzzusammenhänge verständlich usf.; später in einem Text auftretende Aussagen wirken ergänzend und verändernd auf das Verständnis des früher Gesagten zurück. Zugleich gilt aber auch: Der jeweils umfassendere Zusammenhang kann nicht ohne seine einzelnen Elemente verstanden werden. (Klafki, 2001 [1971], S. 144)

Ein wichtiges Grundprinzip des hermeneutischen Verstehens ist es, den Kontext zu berücksichtigen, in dem der hermeneutische Gegenstand steht. Um den Kontext im weiteren Sinn zu erfassen, sind zusätzliche Quellen oder Dokumente zu erschließen (Koller, 2004):

Zur Interpretation eines einzelnen Textes ist es häufig notwendig, über den immanenten Zusammenhang hinauszugehen und weitere Quellen hinzuzuziehen. Da umgekehrt aber auch die textimmanenten Informationen zur Klärung übergreifender Zusammenhänge beitragen können, kann man prinzipiell von einem Verhältnis wechselseitiger Erklärung textimmanenter und textübergreifender Zusammenhänge sprechen. (Klafki, 2001 [1971], S. 140)

Die Untersuchung von (Vor)-Annahmen betreffend Nondirektivität ist ein wichtiger Aspekt dieser Arbeit. Aufgrund des sich verändernden Bedeutungsgehalts von Nondirektivität, der im Kapitel 3 dargestellt wurde, ergibt sich, dass innerhalb der Fachliteratur unterschiedliche Auffassungen des Konzeptes vorhanden sind und keine Übereinstimmung darüber herrscht, was Nondirektivität bedeutet und welche

Implikationen die Verpflichtung an dieses Prinzip für die Therapiepraxis hat. So werden Texte verschiedener Autoren und Autorinnen herangezogen, die sich mit Nondirektivität befassen und Textstellen herausgefiltert, die Aussagen über und Hinweise auf beeinflussende, lenkende und autoritäre Aspekte innerhalb des Nondirektivitätskonzeptes enthalten. Dabei werden verschiedene Interpretationen, das heißt verschiedene Konzepte von Nondirektivität genauso berücksichtigt wie im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Thema gefundene Hinweise auf beeinflussende, lenkende und autoritäre Aspekte, die Rogers' ursprünglicher Konzeption von Nondirektivität inhärent sind.

Da in dieser Arbeit die Definition von *Dominanzaspekten* in einem bisher noch nicht erfassten Kontext erfolgt, war die methodische Vorgangsweise des „offenen Kodierens“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 45) impulsgebend, mittels dessen die Entdeckung, Benennung und Kategorisierung von Phänomenen möglich gemacht werden soll (Strauss & Corbin, 1996).

Den ersten Schritt der Analyse stellte damit das Konzeptualisieren der Daten dar, worunter das Herausgreifen eines Satzes oder eines Abschnittes und die Benennung der darin enthaltenen Idee/n zu verstehen ist. Dabei wurden diese Einheiten beständig in Frage gestellt (Was ist das? Was repräsentiert es?) und hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden verglichen. Aus diesem Vergleich heraus wurden danach die Konzepte, die ähnliche Eigenschaften aufweisen, dem selben Phänomen (in dieser Arbeit dem selben Dominanzaspekt) zugeordnet. Dem Phänomen, das durch eine Kategorie repräsentiert wird, wird ein konzeptueller Name gegeben. Durch diesen Prozess und die Fragen, die dabei konstant über die Phänomene zu stellen sind, werden eigene und fremde Vorannahmen beleuchtet und erforscht, was zu neuen Entdeckungen führt (Strauss & Corbin, 1996).

Um die Auseinandersetzung mit *Dominanzaspekten* in nondirektiver personenzentrierter Psychotherapie anzureichern, werden – soweit die Beschaffenheit des *Dominanzaspektes* dies zulässt – Beispiele aus Therapiesitzungen herangezogen. Die Untersuchung dieser Sitzungen stellt weiters die Grundlage für die Beantwortung der

Frage dar, wie beziehungsweise in Bezug auf welche Aspekte Klienten *Dominanz* wahrnehmen.

Das Datenmaterial, das anhand der konkreten Therapiesitzungen gewonnen wurde, entstand im Rahmen eines einsemestrigen Seminars an der Universität Wien, an dem acht Pädagogikstudentinnen teilnahmen und im Dienste der Materialgewinnung ein Wochenende in einer außeruniversitären Einrichtung verbrachten. Nachdem jeder der Studentinnen eine zweite Studentin als Forschungspartnerin zugeteilt wurde, führten alle Teilnehmerinnen ein ca. fünfzigminütiges Gespräch mit einem nondirektiv arbeitenden personenzentrierten Psychotherapeuten, das auf Tonband aufgenommen wurde. Gleich nach dem Wochenende verfassten die Studentinnen einen *Erlebnisbericht*, der im Sinne eines freien Aufsatzes ihre subjektiven Empfindungen und Wahrnehmungen u.a. hinsichtlich des Gesprächs, der Situation und des Therapeuten berücksichtigte.

Ebenfalls in geringem zeitlichem Abstand zur Therapieerfahrung fand ein *Post-Session-Interview* statt, das jede Studentin ihrer Forschungspartnerin gab. Ziel dieses Interviews war nicht die inhaltliche Fortsetzung des Gesprächs, sondern die Beantwortung allgemeiner Leitfragen hinsichtlich Verlauf des Gesprächs und Gefühlen der Klientin in Bezug auf das Gespräch.

Aufgrund der Transkripte, die von jeder Therapiesitzung verfasst wurden, erstellten die Forschungspartnerinnen gemeinsam eine *Audioanalyse* des Gesprächs. Zu diesem Zweck hörten sich beide gemeinsam das Gespräch an und unterbrachen das Tonband nach wenigen Interaktionen, um die Klientin, die sich in die Gesprächssituation zurückversetzen sollte, Anmerkungen machen zu lassen. Diese Anmerkungen bestanden beispielsweise aus Gefühlen und Eindrücken, die die Klientin in der bestimmten Situation von sich, dem Therapeuten und dem Gespräch hatte, Aspekten, die sie nicht aussprach oder bedeutsamen Punkten in ihrem Erleben. Diese Anmerkungen wurden von der Forschungspartnerin zusammengefasst und nachträglich schriftlich in das Transkript eingefügt.

Aus Gründen der besseren Sichtbarkeit werden die Anmerkungen der Klientinnen in der folgenden Untersuchung kursiv gesetzt und mit einem Rahmen versehen.

Wie aus der folgenden Analyse ersichtlich wird, sind die herausgearbeiteten *Dominanzaspekte* zum Teil eng miteinander verwoben und unterscheiden sich nur sehr subtil beziehungsweise nur aufgrund eines veränderten Blickwinkels. Da sich die verschiedenen herangezogenen Interpretationen von Nondirektivität jedoch teilweise auf diese subtilen Unterschiede gründen, wird im nächsten Kapitel der Versuch einer systematischen getrennten Darstellung gemacht, der zum Ziel hat, einen Erkenntnisprozess zu illustrieren, dessen Ergebnisse als vorläufig zu verstehen sind.

4.3 Dominanz durch die Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung

Dieser erste Aspekt, der sich mit der Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung beschäftigt, ist sozusagen ein den folgenden *Dominanzaspekten* übergeordneter, da letztendlich alle hier herausgearbeiteten *Dominanzaspekte* unterschiedliche Ebenen und Formen der Beeinflussung darstellen.

In Kahns (1999) Kritik an Nondirektivität wird die Haltung als Absicht interpretiert, jedwede Art von Beeinflussung des Klienten absolut zu vermeiden. Dabei stellt Kahn fest, dass diese Vermeidung nicht praktikierbar ist, da Therapeuten allein durch nonverbales Verhalten, ihr Momente des Still-seins und ihre unvermeidlichen subjektiven Neigungen inklusive unabsichtliche direkte Antworten Einfluss auf den Klienten ausüben. In diesem Sinne sei pure Nondirektivität eine logische Unmöglichkeit und der Anspruch, auf diese Art und Weise nondirektiv zu sein, naiv. Auch Cain (1989) bezeichnet es als nicht praktikierbar, komplett nondirektiv zu arbeiten. Alles, was der Therapeut tue, wie er antworte – auch wenn er nichts tun oder sagen würde – wird vom Klienten bis zu einem gewissen Grad als direktiv wahrgenommen, da er immer darüber spekulieren würde, was die Bedeutung oder der Inhalt des Therapeutenverhaltens sei. Da der *Dominanzaspekt*, der durch die Wahrnehmung des Klienten als „aktivem Selbstheiler“ (Bohart, 2004, S. 106) entsteht, im Kapitel 4.2.7 diskutiert wird, soll hier zunächst nicht weiter darauf eingegangen werden.

Die obige Argumentation, dass Nondirektivität mit dem Anspruch einer Nicht-Beeinflussung gleichzusetzen ist, stellt eine verzerrte Auffassung von nondirektiver

Therapie dar: Psychotherapie an sich ist eine strukturierte Situation, die auf einem Vertrag basiert und die bestimmte Zwecke zu erfüllen und bestimmte Ziele zu erreichen hat (Keil & Stumm, 2002). Aus diesem Effektivitätsanspruch leitet sich ab, dass eine Therapie beeinflussen *muss*, um Wachstum und Heilung zu ermöglichen. Insofern beeinflussen alle Therapien ihre Klienten, was die Diskussion von Nondirektivität auf einer anderen Ebene notwendig macht (Brodley, 2005). Auch Patterson (2000) bezeichnet es als irrelevant, Nondirektivität und Direktivität unter dem Blickwinkel der Einflussnahme zu diskutieren. Das relevante Thema wäre die Art und das Ausmaß des Einflusses, der mit der Philosophie und den Annahmen von nondirektiver Therapie konsistent sein müsse.

Eine Art Einflussnahme innerhalb personenzentrierter Psychotherapie, die nicht konsistent mit der Philosophie und den Annahmen nondirektiver Therapie ist, ortet Witty (2005) in prozessdirektiven Richtungen des personenzentrierten Ansatzes, da diese das Ziel hätten, die Aufmerksamkeit des Klienten zum Experiencing-Prozess zurückzubringen oder vom Therapeuten definierte Aufgaben zu erfüllen. Durch solcherlei Vorgehen erhalte der Klient vom Therapeuten eine „Lektion über seine Unterlegenheit“ (Gergen & Kaye, 1992, S. 171).

Dass man sich jedoch auch in der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie sehr stark mit der Voraussage und der Beeinflussung von Verhalten beschäftigt, wird von Rogers (1998 [1961]) bekräftigt: Durch das Vorhandensein der Grundhaltungen des Therapeuten ergeben sich für das Verhalten des Klienten gewisse Folgen. So formuliert scheint man an dem Punkt angelangt, das Verhalten des Klienten voraussagen und deshalb kontrollieren zu können, wobei es jedoch einen deutlichen Unterschied hinsichtlich Voraussage und Kontrolle gibt:

(...) wir haben durch externe Kontrolle Bedingungen geschaffen, die nach unserer Voraussage zur inneren Kontrolle seitens des Individuums, zur Verfolgung intern gewählter Ziele führen werden. Wir haben die Bedingungen gesetzt, die verschiedene Klassen von Verhalten zur Folge haben – selbstbestimmende Verhaltensweisen, Sensibilisierung hinsichtlich innerer wie äußerer Realitäten, flexible Anpassungsfähigkeit; diese Verhaltensweisen sind aber gerade ihrer Natur nach in ihren spezifischen Erscheinungsformen unvorhersehbar. Die von uns gesetzten Bedingungen bewirken ein Verhalten, das im Wesentlichen „frei“ ist. (Rogers, 1998 [1961], S. 385)

Die Freiheit des Klienten wird durch einen Einfluss ermöglicht, von dem der „Wille zur Macht“ (Witty, 2005, S. 241) abgezogen ist. Dieser Einfluss spiegelt sich in der nondirektiven Absicht der Minimalisierung von iatrogenen Effekten wieder: potentielle psychologische, soziale oder ökonomische Beeinträchtigungen beziehungsweise Verletzungen des Klienten durch den Therapeuten, seine Rolle als Experte und seine Kommunikation sollen so gering wie möglich gehalten werden (Witty, 2005).

Dominanzaspekt: Nondirektive personenzentrierte Psychotherapie ist eine Beeinflussung des Klienten, die ihn zu einem bestimmten Ziel lenkt. Dieses bestimmte Ziel ist jedoch kein (wie der direktiven Haltung entsprechend) vom Therapeuten nach diagnostischen Kriterien definiertes, sondern richtet sich allein nach der Selbstverwirklichungstendenz des Klienten und der Richtung, die dieser hinsichtlich seiner Entwicklung einschlagen möchte. Eine nondirektive Haltung in der Therapie bewirkt die größere Freiheit der Selbstbestimmtheit des Klienten und stellt daher eine besondere Art von Einflussnahme dar:

(...) nondirectiveness results in a therapy that carries a unique form of social influence, insofar as the relationship that evolves between a client and a non-directive therapist is figuratively the furthest number of standard deviations from a systematized, professional, contractual relationship, while still remaining one. (Witty, 2005, S. 239)

Im nächsten Kapitel werden verschiedene Klassifizierungen angeführt, mittels welcher sich Hierarchien von verschiedenen Einflussebenen erstellen lassen.

4.3.1 Ebenen des Einschreitens im empathischen Verständnisprozess als Unterscheidung von Dominanzaspekten

Wie oben beschrieben wird, steht es außer Frage, dass jede Therapie und somit auch nondirektive Therapie eine bestimmte Art von Einfluss auf den Klienten ausübt und ausüben soll. Warner (2000, zit. n. Tudor, 2008) entwickelte ein Rahmenwerk, mittels dessen sich die Stile des Therapeuten beziehungsweise seine Antworten in verschiedenen gewichtete Ebenen des Eingreifens einteilen lassen:

Ebene 1	beschreibt auf einer weitgehend hypothetischen Ebene den puren, intuitiven Kontakt des Therapeuten
Ebene 2	beschreibt die Situation der Vermittlung des empathischen Verständnisses des inneren Bezugsrahmens durch den Therapeuten
Ebene 3	beschreibt die Situation, in welcher der Therapeut in einer Art Material in die Sitzung bringt, die vom Klienten gewählte Ziele zu erreichen versucht
Ebene 4	beschreibt die Situation, in welcher der Therapeut aus einer Position der Autorität oder Expertise Material in die Sitzung bringt
Ebene 5	beschreibt die Situation, in welcher der Therapeut Material in die Beziehung bringt, das außerhalb des inneren Bezugsrahmens des Klienten liegt – in einer Art und Weise, dass der Klient sich der Intervention und der Motivation des Therapeuten nicht bewusst ist

Die Beschreibungen der ersten drei Ebenen stimmen mit der Definition von Situationen der nondirektiven Therapie überein, so wie sie im ersten Teil dieser Arbeit beschrieben wurde. Wenn Beeinflussung – wie im vorigen Kapitel dargestellt – als *Dominanzaspekt* nondirektiver Therapie gilt, lässt dies den Schluss zu, dass sich auch innerhalb der *Dominanzaspekte* in nondirektiver Therapie Ebenen von Beeinflussung finden lassen – es stellt sich die Frage, ob der nondirektive Therapeut sozusagen „mehr“ oder „weniger“ *dominant* in seinen Reaktionen wirken kann. Die Möglichkeit einer verfeinerten Einschätzung von „geringeren“ oder „größeren“ *Dominanz* des Therapeuten ergibt sich, wenn die verschiedenen Ebenen beziehungsweise Grade der allgemeinen *Überblicks- und Einschätzungsskala* „Dirigierung-Lenkung“ von Tausch und Tausch (1991 [1963], S. 333) mit einbezogen werden:

Keine Dirigierung-Lenkung		Starke Dirigierung-Lenkung
Dem anderen Selbstbestimmung und persönliche Freiheit gewähren		Den anderen in seinem Verhalten und Denken bis in Einzelheiten hinein lenken entsprechend den eigenen Vorstellungen
Dem anderen nicht befehlen-anordnen, ihn nicht kontrollieren, ihm nicht vorschreiben oder verbieten		Dem anderen befehlen-anordnen, ihn kontrollieren, ihm vorschreiben und verbieten
Ihn nicht belehren, nicht interpretieren, nicht manipulieren, nicht überreden oder ermahnen		Ihn belehren ihn interpretieren, ihn manipulieren, ihn überreden, ihn ermahnen
Ihn nicht ausfragen, überprüfen		Ihn ausfragen, überprüfen
Ihn nicht unterbrechen, nicht ausschließen		Ihn unterbrechen, ihn ausschließen
Nur auf Wunsch des anderen selbst länger reden		Ohne von dem anderen gebeten worden sein, selbst viel reden (Monologe)

Keine Dirigierung-Lenkung	1	2	3	4	5	Starke Dirigierung-Lenkung
---------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------

Stufe 1: keine Dirigierung-Lenkung von anderen
Stufe 3: mäßige Dirigierung-Lenkung von anderen
Stufe 5: starke Dirigierung-Lenkung von anderen

In dieser Darstellung wird die starke Übereinstimmung zwischen starker Dirigierung-Lenkung und Direktivität einerseits und keiner Dirigierung-Lenkung und Nondirektivität andererseits ersichtlich, deren (ursprüngliche) Komponenten in Kapitel 2.6.2 skizziert werden.

Als Beispiele für *starke Dirigierung-Lenkung*, bei der der angesprochenen Person wenig bis keine Eigeninitiative, Freiheit des Handelns und Selbstentscheidungen gewährt werden, führen Tausch und Tausch (1991 [1963], S. 334) folgende Formen sprachlicher Äußerungen an:

- beispielsweise von Lehrern, Eltern und Kindergärtnerinnen: „So wird’s gemacht und nicht anders“, „Ja, begreifst du das nicht“, „Mach Dir mal Gleich Gedanken“, „Ihr lest euch das jetzt hier durch, und es herrscht absolute Ruhe“
- beispielsweise von Pflegern, Schwestern und Ärzten: „Halt mal still und nimm den Kopf hoch“, „Naja, eine Zigarette kriegst du noch. Aber dann gibt’s keine mehr!“
- beispielsweise vom Richter: „Das kennen sie ganz genau!“, „Nun werden Sie mal konkret!“

Beispiele für *keine oder geringe Dirigierung-Lenkung* bestehen aus Äußerungen, die den anderen beeinflussen mögen, aber ihm nicht in enger Weise eine bestimmte Tätigkeit vorschreiben und ihm ein größeres Ausmaß an Selbstbestimmung geben, finden sich in folgenden sprachlichen Äußerungen wieder (Tausch & Tausch, 1991 [1963], S. 335):

- beispielsweise von Lehrern, Eltern und Kindergärtnerinnen: „Wie wollen wir jetzt das Problem lösen?“, „Will das mal einer zusammenfassen?“, „Na Heidi, wollt Ihr denn heute lieber drinnen oder draußen spielen?“, „Wenn ihr die Zähne betrachtet, könnt ihr sehen“, „Es ist sinnvoll, daß Ihr es abzeichnet“
- beispielsweise Pflegern, Schwestern und Ärzten: „Sie können sich gerne einen frischen Schlafanzug anziehen“, „Möchten Sie nass oder trocken rasiert werden?“
- beispielsweise vom Richter: „Bitte sagen Sie’s, wenn sie sich zu einem Punkt noch äußern wollen“

Die *Überblicks- und Einschätzungsskala „Dirigierung-Lenkung“* steht im direkten Zusammenhang mit der *Skala für das Ausmaß von Selbstbestimmung* einer Person (Tausch & Tausch, 1991 [1963], S. 335). Diese misst aus dem Betrachtungsstandpunkt der angesprochenen Person, welches Ausmaß an Selbstbestimmung, eigener

Entscheidung und Initiative ihr bleiben und wie sehr sie durch das hohe beziehungsweise geringe Ausmaß von Dirigierung-Lenkung des anderen eingeengt wird:

Keine Selbstbestimmung		Große Selbstbestimmung
Eine Person hat keine Selbstentscheidungen		Eine Person hat viele Selbstentscheidung
Sie hat keine Eigeninitiative		Sie hat viel Eigeninitiative
Sie hat keine Freiheit des Handelns		Sie hat große Freiheit des Handelns

Keine Selbstbestimmung	1	2	3	4	5	Große Selbstbestimmung
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

(Tausch & Tausch, 1991, S. 335)

Je stärker die angesprochene Person dirigiert-gelenkt wird, desto geringer ist ihre Möglichkeit zu Selbstentscheidung, Eigeninitiative und Freiheit des Handelns, während geringe oder keine Dirigierung-Lenkung die größtmögliche Freiheit zur Selbstentscheidung, Eigeninitiative und Freiheit des Handelns bietet. Nach der vorangegangenen Erläuterung der nondirektiven Haltung wird davon ausgegangen, dass sich der Einfluss, den die Reaktionen des Therapeuten haben, auf den Skalen beständig im nicht-dirigierenden Bereich bewegt beziehungsweise der Klient Freiheit auf den Skalen im höheren Punktebereich erhält. Um zu illustrieren, wie dies im empathischen Verstehensprozess des Therapeuten ersichtlich wird, findet sich in der Folge eine Darstellung über verschiedene Formen von Beeinflussung und Lenkung, wobei jedoch genaue keine Gewichtung der *Dominanzaspekte* im Sinne von Unterscheidungen von Dominanzgraden vorgenommen werden soll, sondern exemplarisch auf deren Unterschiedlichkeit verwiesen wird. Zugleich wird dargestellt, dass die Beeinflussung und Lenkung durch den nondirektiven Therapeuten teilweise so subtil beschaffen ist, dass sie hinsichtlich der oben genannten Beispiele für keine oder geringe Lenkung schwierig zu erfassen ist.

4.3.2 Dominanz durch die Korrektur des empathischen Verständnisses

Die Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung wird zunächst in der Tatsache ersichtlich, dass die bloße Überprüfung des empathischen Verständnisses, das als die am öftesten verwendete Art der nondirektiven Therapeutenantworten gilt (Grant, 1990; Brodley,

1990), lenkende Aspekte hat. Dieser *Dominanzaspekt* lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen, in dem der Therapeut sein Verständnis hinsichtlich der vagen negativen Äußerungen eines Mannes über seinen Vater überprüft:

The facilitator says, „It sounds as though you might be angry at your father“. He [der Mann] replies „No, I don't think so.“ „Possibly dissatisfied with him?“ „Well, yes, perhaps“, (said rather doubtfully). „Maybe you're disappointed in him“. Quickly the man responds, „That's it! I am disappointed that he's not a strong person. I think I've always been disappointed in him ever since I was a boy“. (Rogers, 1975, S. 3)

Rogers beschreibt diesen Prozess mit folgenden Worten:

Against what is the man checking these terms for their correctness? Gendlin's view, with which I concur, is that he is checking them against the ongoing psycho-physiological flow within himself to see if they fit. This flow is a very real thing, and people are able to use it as a referent. In this case „angry“ doesn't match the felt meaning at all; „dissatisfied“ comes closer but is not really correct: „disappointed“ matches it exactly, and encourages a further flow in the experiencing as often happens. (Rogers, 1975, S. 3f.)

Die Versuche des Therapeuten, das richtige empathische Verständnis für das Gefühl des Klienten zu erlangen, „lenken“ den Klienten immer wieder in eine andere Richtung, deren Korrektheit er am eigenen organismischen Erlebensfluss, den er als Referenz benutzt, überprüft. Auf die Aussage des Therapeuten hin kann der Klient „nachfühlen“, ob die Vorschläge des Therapeuten betreffend „Ärger“, „Unzufriedenheit“ und „Enttäuschung“ seinem Erleben entsprechen. In diesen Momenten ist er durch die Aussage des Therapeuten zur Überprüfung dieser Gefühle hingelenkt, erhält jedoch die größtmögliche Freiheit, seinem Erleben nachzuspüren und dies auszudrücken.

Diese Lenkung kann darauf zurückgeführt werden, dass Nondirektivität weit mehr als das Wiederholen der letzten Worte des Klienten ist, wie das Prinzip karikiert wurde (Rogers, 1975). Um empathisch zu verstehen, ist ein interner Prozess des Therapeuten, der notwendigerweise interpretativ und schlussfolgernd ist, inbegriffen – der Therapeut *bearbeitet* die einzelnen Aussagen des Klienten und gibt dementsprechende Antworten (Levitt & Brodley, 2005).

4.3.3 Dominanz durch das Heranziehen zuvor erwähnter Inhalte

Ein weiterer *Dominanzaspekt* betrifft das Heranziehen von früher getätigten Aussagen des Klienten, um das empathische Verständnis des Therapeuten zu überprüfen. Levitt und Brodley (2005) bezeichnen diesen Aspekt als einen spontanen Prozess, in dem der Therapeut zu verstehen versucht, worauf der Klient hinauswill. Dabei kann er sich innerhalb der empathischen Verstehensantwort auf etwas beziehen, was der Klient vor einigen Minuten gesagt hat und das er vielleicht in dem Moment gerade nicht im Kopf hat. Eine Folge dieses Prozesses ist, dass der Klient durch diese Bezugnahme des Therapeuten auf früher Gesagtes in die entsprechende Richtung gezogen wird, wie das untere Beispiel verdeutlicht:

(46) K: Ja. (T: Ja). Also eben wir waren fast jeden Tag miteinander zusammen weg, und wirklich fast jeden Tag, da ist dann auch wieder so gegangen, dass mich das manchmal gestört hat (T: Mhm), weil sie ist wirklich ein recht einengender Mensch (T: Mhm) und – ja aber dass sie – dass sie dann fast überhaupt nicht mehr anruft und nur bei solchen Problemen also, das will ja auch kein Mensch (T: Mhm) also ich nicht (lacht) (T: Ja). Und das stell ich mir auch jetzt nicht unter einer besten Freundschaft vor, nicht wirklich (T: Ja). Und – ich merk aber auch dass wir uns beide etwas zurückgezogen haben, also nicht nur sie, aufgrund von ihrem Freund, sondern auch mich – ich mich selber etwas zurückziehe, weil ich eben sag, ich kann an der Beziehung nichts beeinflussen (T: Mhm) und mir dann auch denke, „ich kann die jetzt nicht jeden Tag anrufen, weil sie hat Ihren Verlobten, ihren Freund – also ihr (T: Ja) eigenes Leben, ich kann nicht täglich irgendwas von ihr wollen.

(47) T: Ja. Sie – sich selber zurückziehen, weil sie in dieser Beziehung steckt, die sie ja jetzt schon kennen, wie sich das auswirkt (K: Genau, ja), und ich denke vielleicht auch auf der anderen Seite sie das Gefühl haben „was soll ich anfangen mit ihr“ (K: Ja) wenn sie so ist, so untergeordnet wie sie eben jetzt ist.

(48) K: Genau, wie ich sie nicht mehr kenn, ich mein seit drei Jahren jetzt, solange sie mit ihm zusammen ist, kenne ich sie fast nurmehr so (T: Mhm). Und dass – ich sehs erstens Mal nicht ein, dass sie das tut (T: Ja), dass sie sich in einer Beziehung so zurücknimmt, also das seh ich überhaupt nicht ein...

Der Therapeut formuliert in seiner Antwort (47) das Gefühl der Klientin, sie könne mit der Freundin nichts mehr anfangen, da diese sich so ihrem Freund unterordnet. Dieser Aspekt der Unterordnung der Freundin ist in der Erzählung der Klientin (46) nicht präsent, sondern ist in einer früheren Aussage der Klientin zu finden:

(36) K: (...) ja wie gesagt, wir haben sehr vieles durchgemacht, und ich weiß sehr wohl, also ein Mensch entwickelt sich täglich, und man kann sich verändern – man kann sich, man verändert sich. Nur ich hab sie ganz anders kennengelernt, also eben sie ist ein Mensch – muss im Mittelpunkt stehen, hat hundert Freunde (T: Mhm), redet viel, ist witzig, wirklich, möchte immer Party machen, so auf die Art (T: Mhm), und jetzt – also dass die mal weggehen – einmal im Monat? Es... ja ganz selten, dass sie irgendwelche alten Freunde trifft, die sie eigentlich auch kaum noch hat, weil er der Meinung ist – also wirklich zu den sympathischsten Leuten, die man kennt – meint er „ja das is ein Koffer“ (lacht) (T: Mhm) Und dann meint sie dann auch natürlich „wenn er die nicht mag, treff ich mich nicht mit dem“, also sie ordnet sich irrsinnig unter (T: Ja). Und so hab ich sie nicht kennen gelernt (T: Mhm). Überhaupt nicht. (T: Ja).

Der Therapeut, der sein empathisches Verständnis der Klientin vorsichtig („ich denke vielleicht“) überprüfen möchte, bezieht das früher angesprochene Thema der Unterordnung der Freundin in seine Antwort (47) ein. Dadurch wird die Erzählung der Klientin in der darauffolgenden Antwort (48) wieder auf dieses wieder vom Therapeuten aufgegriffene Thema gelenkt.

Die Lenkung, die durch das Einbeziehen früher vom Klienten erwähnter Aspekte entsteht, bezeichnen Levitt und Brodley (2005) als nondirektiv, da sie innerhalb eines spontanen Prozesses des Therapeuten passiert und der Therapeut nicht die Absicht verfolgt, den Klienten zu lenken, sondern ausschließlich zu verstehen, was der Klient sagen möchte. Diese Art von Lenkung kann somit als *Dominanzaspekt* klassifiziert und von einem direktiven Vorgehen abgegrenzt werden.

4.3.4 Dominanz durch ein „Voraus sein“ des Therapeuten im Prozess

Den Prozess des präzisen einführenden Verstehens beschreiben Rogers und Wood (2012 [1977]) als Eintauchen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten, um nicht nur dessen voll im Bewusstsein stehenden Elemente zu spiegeln, sondern auch jene, die am Rande der Gewährwerdung auftauchen. Indem der Therapeut sich seines eigenen Erlebens voll bewusst ist und es beim Eintauchen in das Universum des Klienten sensibel wahrnimmt und mitteilt, kann der Therapeut dem Klienten den gefühlten Sinngehalt vermitteln, dessen sich der Klient nur vage bewusst ist. Dieser könne nach und nach mehr von seinem aktuellen organismischen Erleben ins Bewusstsein lassen.

Nach Rogers und Wood (2012 [1977]) gleicht dieses Erforschen des Randes der Gewährwerdung einem sondierenden Abtasten, das viel Feingefühl vom Therapeuten erfordere. Geriete dieser Therapeut in einem gewagten Vorstoß über den Rand dessen hinaus, was dem Klienten bewusst ist, werde dies vom Klienten häufig als beunruhigend empfunden: „Andeutungen des Therapeuten, dass er über diese Welt mehr wisse als der Klient, können diesen bedrohen in seinen zaghaften, gleichsam kindlichen Bestreben, gefährliche Bereiche seiner selbst zu erforschen“. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 159)

Folgendes Beispiel der Audioanalyse eines Gespräches verdeutlicht einen Aspekt, in dem der Therapeut in seinem Verständnisprozess bereits über den Rand dessen hinausgeht, was der Klientin selbst bewusst ist:

(48) K: Ich hab das nicht nur nicht unter Kontrolle, ich habe auch keinen Einfluss drauf, also überhaupt keinen, ich bin ... mir sind total die Hände gebunden, überhaupt keine Möglichkeit, ich kann es nicht einmal beeinflussen, ich kann gar nichts machen (T: Mhm) ich kann eigentlich nur... das macht mich auch so fertig... ich kann hingehen zu ihr und ihr ins Gesicht lachen und ich habe mir vorgenommen, schon beim Seminar habe ich gewusst, wenn ich die Beurteilung habe, dann schreibe ich ihr ein Mail (lacht) also... ich habe schon den Drang gehabt, ich muss ihr das alles sagen, wie sie sich da aufgeführt hat (T: Mhm) das ist überhaupt nicht ok, aber den Mut hab ich nicht gehabt, ja

(49) T: Sie wissen ganz genau, was sie stört und wenn sie keine Angst hätten, dann wüssten sie ganz genau, was sie ihr sagen würden (K: Ja genau) aber dass sie sich selber da so verängstigt und eingeschüchtert erleben, das ist so unangenehm (K: Mhm) und das passt so garnicht zu ihnen

(50) K: Nein überhaupt nicht und das... das lähmt mich so ja... das ist genau das Träge, das zieht mich so... das hält mich so zurück...

(51) T: Das betrifft nicht nur dieses Seminar, das breitet sich jetzt auch ein bisschen?

(52) K: Ja total, das breitet sich jetzt, also wenn ich mich mit Sachen beschäftige, die ich kann, also wo ich weiß, dass ich es kann, habe ich kein Problem, aber jetzt so die harte Theorie (T: Ja) dass ich das verstehe, das meide ich... total (T: Ja, mhm)

(53) T: Also, dass sie sich ein bisschen auch vor den schweren Sachen fürchten, dass sie wieder sozusagen zurückgeworfen werden, oder (K: Mhm) wieder gesagt bekommen, sie haben das nicht verstanden, oder irgendwie nicht genügend oder nicht ausreichend (K: Mhm) oder so

Die Klientin hatte das Gefühl, dass der Therapeut sie dadurch wieder in die „Gefühlsebene“ zurückgeholt hatte. Sie hatte aber das Gefühl, dass der Therapeut zu oft „fürchten“ und „Angst“ gesagt hatte. Dies gab ihr das Gefühl, dass er ihr dadurch die Luft nimmt.

Diese Passage und die damit verbundenen Gefühle werden von der Klientin auch im Post-Session-Interview erwähnt:

Die direkte Frage des Therapeuten war für sie wichtig und hilfreich, da sie sich erkannt und erwischt gefühlt hat. Diese Frage war aber auch hinderlich, weil die Klientin dadurch das Gefühl hatte, dass der Therapeut einen Aspekt ihres Problems sieht, den sie nicht sieht. Dieses Gefühl machte der Klientin Angst.

In der angeführten Sequenz spricht der Therapeut die Angst der Klientin an, die er durch seine empathische Einfühlung in ihren inneren Bezugsrahmen wahrnimmt. Da die Klientin diese Angst noch nicht voll in ihr Bewusstsein kommen lassen kann, fühlt sie sich von dieser Aussage des Therapeuten bedroht, was sich durch das Gefühl äußert, dass er ihr die Luft nehme. Die Aufmerksamkeit der Klientin wird daher auf ein Thema oder Gefühl gelenkt, zu dessen Bearbeitung oder Betrachtung sie noch nicht bereit ist und das ihr Unbehagen bereitet.

Der Therapeut gerät außerdem durch diese Reaktion in der Wahrnehmung der Klientin in eine bedrohliche Expertenrolle, da sie die Angst äußere, der Therapeut sehe bezüglich ihres Problems etwas, das sie selbst nicht sehen kann.

In Fällen, in denen die Grenze des Bewusstseins des Klienten überschritten wird, erachten Rogers und Wood (2012 [1977]) eine Korrektur als notwendig:

Wenn ich (...) die Grenze dessen, was ihm bewußt [sic!] ist, überschreite, und er erwidert darauf etwas in der Art wie: „Ja, das klingt so, als ob es stimmen würde“, kann ich meine ihn ablenkende Bemerkung korrigieren, indem ich zum Beispiel sage: „Es klingt, als ob es stimmen würde, aber es trifft nicht ganz ihre Gefühle. Sie haben gerade davon gesprochen...“ und ihn dadurch wieder zum Fluß [sic!] seiner Gefühle – seines Erlebens zurückführe. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 152)

Die nondirektive Haltung drückt sich daher darin aus, dass auf „unabsichtliche“ Lenkung ein sofortiges Bezugnehmen auf den inneren Bezugsrahmen des Klienten folgt, um seine Selbstlenkung zu gewährleisten.

Wenn weiters berücksichtigt wird, dass der Klient die Aktivitäten des Therapeuten individuell nutzt, um seine eigenen Therapieziele zu verfolgen (Bohart, 2004, siehe Kapitel 4.7.2), wird hier die Bedeutung von „Nondirektivität als Handlungsdimension“ (Hutterer, 2005, S. 34) sichtbar: Sind die Kernbedingungen unbedingte positive

Wertschätzung, Empathie und Echtheit des Therapeuten gegeben und erhält der Klient ausreichende Freiheit zum Ausdruck, kann er eine Fehlertoleranz gegenüber dem Therapeuten entwickeln. So versuchen Klienten in Situationen, in denen der Therapeut nicht optimal reagiert, das Beste für sich selbst herauszuholen, wodurch ausreichende therapeutische Ergiebigkeit gewährleistet wird (Hutterer, 2005).

Dominanzaspekte können damit in jedem Ausdruck des empathischen Verständnisprozesses auftreten: Allein das Prüfen des Therapeuten, ob er den Klienten korrekt empathisch verstanden hat, kann diesen im Zuge der eigenen Prüfung, ob das vom Therapeuten Verstandene seinem Erleben entspricht, in verschiedene Richtungen führen. Zieht der Therapeut zum Überprüfen des Verständnisses einen Aspekt heran, den der Klient Minuten zuvor erwähnt hat, kann er damit die Aufmerksamkeit des Klienten auf diesen Aspekt und weg vom gerade erzählten lenken. Ist der Therapeut in seinem empathischen Verstehensprozess vor den Klienten geraten und teilt ihm Aspekte mit, die jenseits des Bewusstseins des Klienten liegen, kann sich der Klient vom als autoritären Experten wahrgenommenen Therapeuten bedroht fühlen. Die Abgrenzung zur Direktivität liegt darin begründet, dass diese Lenkungs- und Beeinflussungsaspekte nicht die Absicht verfolgen, ein bestimmtes, vom Therapeuten definiertes Ziel zu erreichen. Es sind Lenkungsaspekte, die im Rahmen der natürlichen, unvermeidbaren Beeinflussung durch die Kommunikation des empathischen Verständnisses geschehen.

4.4 Dominanzaspekte in therapeutischen Rahmenbedingungen

Auf der übergeordneten Ebene der therapeutischen Rahmenbedingungen lassen sich *Dominanzaspekte* aus drei unterschiedlichen Perspektiven feststellen.

Um dem Klienten zunächst einen möglichst unbelastenden Rahmen bieten zu können, geht es Pawlowsky (1992) aus personenzentrierter Sicht bei notwendigen Vereinbarungen hinsichtlich Richtlinien betreffend Kosten, dem Ort und der Dauer der Sitzungen um deren immerwährende Verhandelbarkeit, die wichtiger sei als ihr „Durchbringen“. Es sollte so lange verhandelt werden, bis von beiden Seiten wirkliche

Zustimmung herrscht, weshalb auch Vereinbarungen nicht nur eine Voraussetzung der therapeutischen Beziehung, sondern ein Teil davon sind. Da bezüglich der Rahmenbedingungen meist Erwartungen des Klienten bestehen, ist in diesem frühen Stadium der Beziehung aktives Nachfragen und Vorschlagen des Therapeuten von Vorteil – vor allem wenn der Eindruck entsteht, der Klient würde wie beim Arzt die vorgegebenen Bedingungen akzeptieren müssen oder wieder gehen.

Aus personenzentrierter Sicht steht für Pawlowsky (1992) hier generell die Frage, was dem Klienten hilft, im Mittelpunkt: Vereinbarungen sollen Klarheit und Verlässlichkeit schaffen, was dem Klienten die Möglichkeit gibt, sich frei zu entfalten und dem Therapeuten die Chance, unbeeinflusst Empathie zu entwickeln. Der Klient soll eingeladen werden, den ihm zur Verfügung stehenden Raum zu nützen, und zwar in welche Richtung auch immer er das möchte.

Dominanzaspekt: Grundsätzlich ist es trotz aller Verhandelbarkeit letztendlich der Therapeut, der gewisse Rahmenbedingungen gestaltet und auf sie „bestehen“ kann, etwa wenn die Wünsche des Klienten hinsichtlich Dauer, Ort und Kosten der Therapie nicht mit den Möglichkeiten des Therapeuten konform gehen. In diesem Sinn ist der Klient als als Hilesuchender derjenige, der in einer eher untergeordneteren Position ist, wenn die Therapie zustande kommen soll. Von dieser Position aus ist der Therapeut, auch wenn er dem Klienten so viel freien Gestaltungsraum wie möglich lässt, in der autoritären, das heißt *dominanteren* Position.

4.4.1 Dominanz in der Assoziation des Therapeuten als Experten

Aus Sicht des Klienten herrschen oft bezüglich der Person und der Stellung des Therapeuten bestimmte Erwartungen: Der Klient sucht Hilfe bei einem Therapeuten, dem aufgrund seines Expertentums eine gewisse Autorität zugeschrieben wird. Diese basiert auf Ausbildungen, Weiterbildungen und Spezialisierungen. Mittels dieses zertifizierten Wissens ist er in der übergeordneten Position, das Problem des Klienten zu beurteilen und ihm bei dessen Lösung zu helfen (Bauer, 1992). Aufgrund dieser Zuschreibungen entstehen weitere Assoziationen mit der Rolle des Therapeuten:

Angesichts der erfahrenen Unfähigkeit, der eigenen Probleme Herr zu werden, läuft der Entschluß [sic!], den Therapeuten zu konsultieren, Gefahr, zu genau jener Unterwerfung zu werden, die die Machtausübung durch den Experten etabliert – und nicht durch irgendeinen, sondern den ‚schlimmsten‘ aller Experten, dem der Ruf vorausseilt, den Klienten zu erkennen, noch ehe dieser seiner selbst gewahr wird, der Geheimnisse erblickt, die der Klient noch vor sich selbst hat (...). (Bauer, 1992, S. 279)

Was der Klient gegenüber dem als Autorität wahrgenommenen Therapeuten wagt, auszusprechen, ist demgemäß selektiv: „It reflects what they feel safe to say, what they think they need to say to get their needs met in the situation, and the degree to which they want to present a certain ‚face‘ to the therapist.“ (Bohart, 2004, S. 109)

In diesem Sinne ist es denkbar, dass der Respekt, den der Klient vor dem Expertenstatus des Therapeuten zunächst hat, ihn zur Vorsicht mahnt. Es besteht – durchaus aus den Erfahrungen vieler Personen mit Autoritäten – auch die Möglichkeit, dass Klienten nicht notwendigerweise realisieren oder glauben, dass sie sich in der nondirektiven Therapie in eine Beziehung mit dem Therapeuten begeben, in welcher dieser ihre Autonomie zu beschützen strebt (Witty, 2005). Auch Rogers (1998 [1961]) beschreibt diese durch Nondirektivität gewährte Freiheit, man selbst zu sein, als eine zunächst beängstigende und verantwortungsbeladene Freiheit, auf die sich das Individuum vorsichtig und ängstlich und anfangs fast ohne Vertrauen zubewegt.

Wie sich diese Unsicherheit hinsichtlich der Wahrnehmung des Therapeuten als Experten und die damit verbundene Vorsicht auf die Klientinnen in der Therapiesituation auswirken kann, ist in den folgenden Audioanalysen erkennbar:

(5) K: Ja, genau. Und ich hab mir dann noch, ich weiß nicht, in einem Anfall von Wahnsinn dann 18 Semester-Wochenstunden vorgenommen, zu dem ganzen anderen dazu (T: Mhm) und wies dann so weit war, dass die ganzen Prüfungen angefangen haben im Jänner hab ich 6 von diesen 18 Semester-Wochenstunden – also zu denen hab ich die Prüfungen machen können.

Bei der Aussage „in einem Anfall von Wahnsinn“ versuchte die Klientin gegenüber dem Therapeuten witzig und selbstironisch zu sein: „Mit meiner Selbstironie wollte ich entwaffnend sein“.

Oder auch:

(39) K: Ja, das ist im Kopf, dass ja... Weil vom Gefühl her weiß ich, oh Gott, ich kann jetzt nicht lernen oder ich kann jetzt nicht noch was machen (T: Mhm) – also der Körper sagt mir

schon ziemlich genau, was er kann und was er nicht kann. Aber ich versuche ihn trotzdem durch den Kopf irgendwie zu überreden, dass das jetzt doch noch mal funktioniert.

(40) T: Ja. Der Kopf ist stärker (K: Ja). Ja. Der setzt sich durch. Also besser gesagt, sie setzen den Kopf durch.

(41) K: Ja (lacht kurz). Und ich hab das bei dem Seminar schon mal gehört, aber ... wo ich mir gedacht hab, das ist genau wie bei mir – ich bin auch irrsinnig kopflastig (T: Mhm), also ich mach alles mit dem Kopf, eigentlich (T: Ja, mhm) Und da ist so viel drinnen, dass ich das Gefühl hab, es ist nur mehr Kopf und ich kann nicht mehr. Ich hab meinen Körper verlassen, oder sag ma meine Gefühle, meine Gefühle überhaupt hören.

Die Klientin sagt, sie hat in (41) gelacht, um dem Therapeuten weniger Angriffsfläche zu bieten und ihre Aussagen zu relativieren.

Diese Audioanalyse demonstriert, dass der Anfang einer Therapiebeziehung beziehungsweise Demonstration-Interviews Situationen darstellen, in denen Klientinnen die gewährende, unbedingt wertschätzende Haltung des Therapeuten, das heißt einer Autorität, nicht gewohnt sind und dadurch zunächst der Impuls, sich zu „schützen“, vorhanden sein kann. Die Klientinnen zeigen beispielsweise das Bedürfnis, ihre Aussagen zu relativieren beziehungsweise mittels Sarkasmus abzuschwächen, um nicht Gefahr zu laufen, vom Therapeuten angegriffen zu werden. Diese Aussagen deuten auf eine Situation hin, in der sich die Klientinnen aufgrund der Stellung des Therapeuten noch nicht ganz sicher fühlen, alles frei äußern zu können und sie selbst zu sein.

Dominanzaspekt: Die Autorität, die mit der Assoziation des Therapeuten als Experten einhergeht, kann den Klienten insofern beeinflussen, dass er – vor allem in den ersten Therapiesitzungen, wenn die ihm zugestandene Freiheit in der Beziehung noch ungewohnt ist – aus Gründen des Selbstschutzes selektiv in seinen Erzählungen vorgeht und seine Aussagen abschwächt beziehungsweise relativiert. Die Wahrnehmung des Therapeuten als Autorität führt zu einer Art „inneren Zensur“, die die Aussagen des Klienten formt.

4.4.2 Dominanz durch die Ungleichheit von Therapeut und Klient in der nondirektiven Therapiebeziehung

Verknüpft mit der oben genannten Assoziation des Klienten des Therapeuten als übergeordnetem Experten ist ein Missverständnis, das mit einer falsch verstandenen Gleichheit zwischen Therapeut und Klient zusammenhängt. Den Boden für die Definition des daraus entstehenden *Dominanzaspektes* in den Rahmenbedingungen der personenzentrierten Therapie bereitet ein Gespräch, das Rogers 1957 mit Martin Buber über die Beschaffenheit einer Ich-Du-Beziehung führte (siehe Kapitel 3.3.2). In diesem spricht Rogers über sein tatsächliches Gefühl der Gleichheit zwischen Therapeut und Klient (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie [GwG], 1992). In Bubers Antwort ist zu erkennen, dass er dies als unmöglich betrachtet:

Aber ich spreche jetzt nicht über Ihre Gefühle, sondern über eine reale Situation. Ich nehme an, dass Sie – wie Sie gerade sagten – zugleich seine Erlebnisswelt betrachten. Weder Sie noch er schauen auf Ihre Erlebnisswelt. Der Gegenstand in der Betrachtung ist ausschließlich er und seine Erlebnisswelt. Er kann nicht, sagen wir im Lauf des Gesprächs mit Ihnen, seine Position wechseln und Sie fragen: „Oh, Doktor, wo waren Sie gestern? Oh, Sie waren im Kino? Was wurde gespielt und wie gefiel es Ihnen?“ Das kann er nicht tun. (...) Nicht nur dieser Mensch tritt Ihnen gegenüber, sondern auch die Situation. Das können sie nicht ändern. (GwG, 1992, S. 190)

Burstow (1987) zieht Rogers Aussage und Bubers Antwort als Argument für ihr Verständnis der nondirektiven Haltung heran. Sie stellt im Zuge dessen fest, dass in der nondirektiven Therapie der Respekt für den Klienten, der ihrer Ansicht nach mit der Ablehnung von Expertentum einhergeht, die Gefahr birgt, mit der Gleichheit des Klienten auf allen Ebenen verwechselt zu werden. Während Klient und Therapeut auf der normativen, seienden Seite völlig gleich(wertig) seien, erfordere die Situation, in der sie als Helfer und Hilfesuchender definiert sind, eine notwendige Ungleichheit. Diese notwendige Ungleichheit, wird dadurch charakterisiert, dass der Therapeut entschieden in der weniger verletzlichen Machtposition sei und dem Klienten Hilfestellung geben könne – und nicht umgekehrt. Auf ihre eigenen Therapieerfahrungen zurückgreifend, beschreibt Burstow (1987) den nondirektiven personenzentrierten Therapeuten als sehr empathisch und freundlich, jedoch durch seine im Respekt für die Klientin manifestierte absolute Verpflichtung zur Nondirektivität als ungeeignet, ihr zu helfen. Indem er

dementsprechend in der bestimmten Situation die erforderliche aktive Führungsrolle nicht einnahm und davon ausging, dass Empathie allein zur Lösung der Situation genüge, gab er ihr nichts, an dem sie sich festhalten konnte und ließ sie panischer zurück als vorher. Diese dem Klienten in der personenzentrierten Therapie scheinbar zugestandene Gleichheit sei weiters bedrohlich, da der Klient in einer Situation sei, in der er beständig verletzlich sei. Würde er durch eine personenzentrierte Verbindlichkeit zur Gleichheit auf allen Ebenen in eine übergeordnete Position gehoben, könne er die gebrauchte Hilfe vom standhaften nondirektiven Therapeuten oft nicht bekommen.

Betreffend dem Burstows Kritik zugrundeliegenden Gespräch zwischen Rogers und Buber müssen zunächst die unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, aus denen Rogers und Buber auf das Thema Gleichheit schauen. Buber spricht aus der externen Perspektive eines Wissenschaftlers und Philosophen: der Klient ist in Therapie um Hilfe zu bekommen, der Therapeut um Hilfe zu geben. Rogers spricht von seiner eigenen subjektiven Erfahrung als Teilnehmer an der Beziehung und den dadurch ermöglichten Momenten unumkehrbarer Veränderung durch Begegnung, in denen sich Klient und Therapeut als zwei echte Personen gegenüber sitzen, die gleich in ihrem Wissen über beispielsweise Schmerz und Hoffnungslosigkeit sind. So ungewöhnlich entsprechende Interventionen des Therapeuten dann auch sein mögen, werden in diesen Momenten objektive Trennungen überwunden, damit Veränderung stattfinden kann (Brink, 1987).

Rogers (1987) beschreibt diesen Veränderungsmoment, in dem beide Agierenden zutiefst und echt miteinander verbunden sind, als einen raren Moment, der jedoch einer Ich-Du-Beziehung entspreche. In diesem Moment bezeichnet er die Frage von Gleichheit oder Ungleichheit als irrelevant, da er sich in der Ausübung von nondirektiver Therapie nie fragen würde, ob er die Therapiebeziehung zu einer gleichen machen könne. Stattdessen wären folgende Fragen für wichtige Veränderungsmomente am Bedeutungsvollsten: „Can I be totally present to this client? Can I be with him or her? Can I be sensitive to every nuance of personal meaning and value, no matter how different it is from my own experience?“ (Rogers, 1987, S. 38)

Rogers (1987) bemerkt weiters, dass ein authentischer personenzentrierter Therapeut nicht das Ziel von Burstows Kritik sein könne sondern eher ein dogmatischer, hölzerner und starrer personenzentrierter Therapeut, den es gebe, wie er eingesteht. Er erkennt die objektiv wirklich bestehende Ungleichheit zwischen Helfer und Hilfesuchendem an, indem er seine Rolle als Hilfegebender bestätigt, nicht ohne jedoch auf die besonderen Veränderungsmomente einzugehen: „Since I, as therapist, hope that I have helped this moment to come about, the relationship can be looked as an unequal one. But in the moment itself all such issues disappear.“ (Rogers, 1987, S. 39)

Dominanzaspekt: Rogers (1987) bezeichnet die Momente, in denen grundlegende Veränderung bei dem Klienten stattfindet, als Momente gefühlter Gleichheit zwischen Therapeut und Klient, da beide Teilnehmer an einer Ich-Du-Beziehung sind, die von tiefer Echtheit beider Personen geprägt ist. Die strukturelle Ungleichheit in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird jedoch in der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie nicht in Frage gestellt: Der Therapeut hat die Aufgabe, sich auf den Veränderungsprozess des Klienten auszurichten und nicht umgekehrt, weshalb Gleichwertigkeit nicht mit Gleichheit verwechselt werden darf (Lietaer, 1992). Was also die Rollen von Hilfesuchendem und Helfer betrifft, ist der Therapeut auch hier in einer übergeordneten, *dominanteren* Position.

4.5 Dominanz durch konsequentes Beibehalten einer nondirektiven Haltung – Haltung vs. Technik

Rogers (1973 [1951]) Anspruch der konsequenten Beibehaltung einer nondirektiven Vorgangsweise gründet auf der Hypothese, dass der Klient in sich selbst die Fähigkeit habe, sich zu lenken und zu reorganisieren. Würde der Therapeut mitten in der Sitzung spüren, dass der Klient diese Fähigkeit vielleicht nicht habe und dazu übergehen, selbst einen großen Teil der Verantwortung für diese Reorganisation übernehmen, verwirre er den Klienten und schade sich selbst. Dies sei „verworrener Eklektizismus“ (Rogers, 1973 [1951], S. 38), der den Therapeuten der Gelegenheit berauben würde, die grundlegende Hypothese des Vertrauens in die Aktualisierungstendenz zu überprüfen.

In dem Sinn erhält der Klient auch nur *ein bestimmtes* Beziehungsangebot vom Therapeuten, das durch Empathie, Echtheit und positive Wertschätzung konstituiert ist: „Als Therapeuten legen wir gewisse einstellungsmäßige Bedingungen fest – und der Klient hat relativ wenig zu sagen über diese Setzung.“ (Rogers, 1998 [1961], S. 385)

Dass das Angebot nur eines bestimmten Beziehungsangebotes und somit das Anhaften an nondirektive Prinzipien eine übergeordnete Position des Therapeuten zur Folge hätte, argumentiert Kahn (1999), indem er sich auf Bohart (1998) bezieht, der die nondirektive Haltung mit empathischem Folgen gleichsetzt und dies als eine ideale, pure Form der Bereitstellung eines Klimas für Wachstum und Selbstaktualisierung bezeichnet. Er formuliert die Frage, ob dies ausreichend sei wenn der Klient mehr brauche als diese Interaktionsform:

The question is, if we are to ‚follow the client‘, and the client wants us to be more directive, should we not be more ‚directive‘? Am I not ‚rigidly‘ imposing my frame of reference on the client, if I, in the name of my theory, refuse to be directive, when they want me to? Who is running therapy then, me or the client? For me, this presents one of the enduring dilemmas of therapy. I would like to believe there is an ‚and‘ here rather than an either/or: we can adopt a more active, ‚directive‘ stance and still believe the client is the leader (...). (Bohart, 1998, zit. n. Kahn, 1999, S. 99)

Die Anführung einer „aktiven“ Haltung im gleichen Atemzug mit einer „direktiven“ Haltung in diesem Zitat impliziert zunächst, dass die nondirektive Haltung eine eher passive wäre. Der *Dominanzaspekt*, der entsteht, wenn Nondirektivität mit einer bestimmten Passivität gleichgesetzt wird, wird im Kapitel 4.8 gesondert behandelt.

Boharts obiges Zitat enthält die Kritik, dass das Beibehalten einer nondirektiven Haltung im Sinne eines empathischen Folgens allein eine direktive Tendenz hätte, wenn der Klient sich andersartige Hilfsangebote des Therapeuten wünsche. Der Umstand, dass der Therapeut dem Klienten seine nondirektive Vorgehensweise „auferlege“ und ihm im Namen seiner Theorie keine anderen Möglichkeiten anbiete, führe dazu, dass die Therapie vom Therapeuten geführt würde und kein Folgen des Klienten mehr darstelle. Cain (1989) stellt ebenfalls fest, dass das starre Anhaften an Nondirektivität vom Klienten als ein „Aufzwingen“ durch den Therapeuten wahrgenommen wird, wenn der Therapeut zu keiner anderen Interaktionsweise gewillt ist. Würde der Therapeut

nondirektiv bleiben, obwohl der Klient durch direktes und indirektes Feedback zu verstehen gibt, dass dies nicht hilfreich ist, würde der Therapeut verlangen, dass der Klient ihm folgt. Auch würden nondirektive Therapeuten, die auf Basis des Vertrauens auf die hinreichende Wirkungskraft der Grundeinstellungen agieren, generell wenig Variation in ihren Interaktionen mit Klienten zeigen, was ebenfalls auf die Einschränkung ihrer selbst durch den Anspruch zur Nondirektivität zurückzuführen sei. Durch diese Beschränkung der Interaktionsvarianten würden nondirektive Therapeuten die Individualität der Klienten nicht würdigen und verleugnen, dass Individuen verschiedene Lernstile hätten oder verschiedene Präferenzen, die ihrem Lernen zuträglicher wären als andere.

Diese Kritikpunkte werfen einige wichtige Fragen zur nondirektiven Praxisgestaltung auf: Ist nondirektive Therapie mit einer bestimmten „Technik“, beispielsweise dem Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte, gleichzusetzen? Bestehen noch weitere „nondirektive Techniken“ und wie lassen sich diese darstellen? Ist das durch die Grundeinstellungen geprägte nondirektive Beziehungsklima hinreichend für die konstruktive Persönlichkeitsentwicklung aller Klienten, das heißt auch jener, die „Führung“ vom Therapeuten wünschen?

Die Beantwortung dieser Fragen macht einen Exkurs zum Thema des Verhältnisses zwischen Haltung und Technik in der nondirektiven Therapie notwendig.

Nondirektivität – Haltung oder Technik?

Ein Missverständnis hinsichtlich der Frage, ob sich der Terminus „Nondirektivität“ auf eine (oder mehrere) Techniken bezieht, besteht in der anfänglichen Verwendung der Bezeichnung auf mehreren Ebenen. Als Rogers (2007a [1942]) den Ansatz „nicht-direktiv“ nannte, hatte er damit eine Unterscheidung von autoritären Therapieformen im Sinn (siehe Kapitel 3.1). Für viele schien es jedoch, als würde die Bezeichnung auch für einzelne Interventionsformen stehen, weshalb eine Verwechslung des Ansatzes mit seinen Elementen entstand (Ellinghama, 2001).

Rogers (1975) führt dieses Missverständnis, in welchem der ganze Ansatz als Technik verstanden wurde, auf den Untersuchungsfokus in den Anfängen der personenzentrierten Psychotherapieforschung zurück. Bei der Analyse von auf Band aufgenommenen Therapiesitzungen wurde ersichtlich, welche Auswirkung es für den Veränderungsprozess hatte, dem Artikulieren von Gefühlen zuzuhören und vor allem, diese zu reflektieren. Auf diese Inhalte der Therapeutenäußerungen wurde daher in der Untersuchung mehr Gewicht gelegt als die empathische Qualität des Zuhörens. Innerhalb weniger Jahre wurden Stimmen laut, die meinten, dass nondirektive Therapie die Technik sei, bei der die Gefühle des Klienten reflektiert werden oder nondirektive Therapie einfach im Wiederholen der letzten Worte des Klienten bestand. Rogers vermied daraufhin weitgehend die Erörterung des empathischen Zuhörens beziehungsweise Verstehens und betonte eine empathische Haltung, jedoch ohne zu kommentieren, wie diese in der Beziehung implementiert würde (Rogers, 1975).

Wie sich die personenzentrierten Grundhaltungen (Empathie, Echtheit und unbedingte positive Wertschätzung) generell in der therapeutischen Beziehung ausdrücken, entbehrt nun jeglicher Handlungsanleitung, da nicht (mehr) von einem Set von Verhaltensweisen ausgegangen wird, sondern von einem „way of being“ (Rogers, 1995 [1986], S. 241), das heißt einer *Haltung*, einer Art mit den Klienten zu sein.

Von unabdingbarer Bedeutung für die konstruktive Persönlichkeitsveränderung des Klienten ist jedoch, dass dieser die therapeutischen Haltungen wahrnehmen kann, wie Rogers (2007b [1957]) dies in der sechsten seiner notwendigen und hinreichenden Bedingungen festgehalten hat (siehe Kapitel 3.3.1). Damit der Klient die Empathie, Echtheit und unbedingte positive Wertschätzung des Therapeuten wahrnehmen kann, müssen Kanäle, also Techniken, gefunden werden, durch die der Ausdruck dieser Haltungen von statten gehen kann. In diesem Sinne braucht es also beides, Haltungen *und* Techniken:

(...) der Berater, der in der klient-bezogenen Therapie erfolgreich tätig ist, [verfügt] über ein zusammenhängendes und ständig sich weiterentwickelndes (...) System von Einstellungen, das von Techniken und Methoden, die mit diesem System übereinstimmen, ergänzt wird. Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine Methode anzuwenden, zum Mißerfolg [sic!] verurteilt, solange diese Methode nicht

mit seinen eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt. Auf der anderen Seite kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, daß [sic!] sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen. (Rogers, 1973 [1951], S. 34)

Was kann unter den „geeigneten“ Methoden und Techniken in der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie verstanden werden?

Die von Nondirektivität durchdrungenen Grundeinstellungen der Empathie, Echtheit und unbedingten positiven Wertschätzung sind die Kernvariablen, die die Basis für professionelle Kompetenz, Methoden und Techniken in der personenzentrierten Psychotherapie darstellen. Mit anderen Worten müssen professionelle Kompetenz, Methoden und Techniken aus den Grundhaltungen hervorgehen. Das diesbezügliche Fehlen von Handlungsanweisungen wird oft so verstanden, als bestehe nondirektive personenzentrierte Psychotherapie ganz und gar aus der Beschränkung auf ausdrückliches Empathisch-, Echt- und Wertschätzend-Sein. Dies wird unter dem Begriff des Vorgehens nach *Basisvariablen* geführt, denen es entsprechend der jeweiligen therapeutischen Situation nach (direktiven) Ergänzungsmitteln bedarf (Keil & Stumm, 2002).

Die Forderung nach der Einbeziehung von (direktiven) Ergänzungen der *Basisvariablen*, damit den Bedürfnissen der individuellen Klienten begegnet werden kann, entspricht dem Verständnis von Nondirektivität, das von Bohart, Burstow und Cain geäußert wird.

Wenn jedoch beachtet wird, auf welchem hohen Abstraktionsniveau Rogers die Therapietheorie des personenzentrierten Ansatzes beschrieben hat, werden diese Forderungen irrelevant. Die untenstehende, für diese Arbeit komprimierte und mit einem Beispiel von Höger (2006b, S. 134) erweiterte graphische Aufbereitung der verschiedenen Abstraktionsebenen findet sich bei Keil und Stumm (2002, S. 33):

1	Ebene der grundsätzlichen Art der Beziehung	Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient		
2	Ebene der übergreifenden Merkmale des Beziehungsangebots	Kongruenz	Bedingungsfreie positive Beachtung	Empathie
3	Ebene der zusammenfassenden Klassifikationen von spezifischen Verhaltensformen (Therapietechniken)	Konfrontieren Beziehungsklären Selbsteinbringen	Anerkennen Solidarisieren Bestätigen	Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte Konkretisieren Interpretieren
4	Ebene der konkreten Verhaltensweisen	beispielsweise „Ich habe den Eindruck, dass Ihnen gerade zum Weinen ist, dass Ihnen das aber zugleich peinlich ist. Ist das so?“ (Höger, 2006b, S. 134)		

Durch diese Graphik wird ersichtlich, dass die oben angeführte Forderung nach Ergänzungen der *Basisvariablen* Empathie, unbedingte positive Beachtung und Kongruenz beziehungsweise die Kritik des „starren Anhaftens an Nondirektivität“ im Sinne des „Starren Anhaftens an empathisches Folgen“ am Grundgedanken des Ansatzes vorbeigeht: Die Technik der „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“, die beispielsweise Cain (1989) generell mit Nondirektivität gleichsetzt, ist nicht auf der gleichen Ebene diskutierbar wie Empathie, da letzteres einer höheren, übergeordneten Ebene entspricht (Höger, 2006b). Demnach kann der Therapeut sein empathisches Verständnis auf viele verschiedene Arten ausdrücken, die sich wiederum jeder konkreten Situation anpassen und von den individuellen Persönlichkeiten des Klienten und des Therapeuten geprägt sind.

Der Feststellung, dass nondirektive Therapeuten in ihren Interaktionsmöglichkeiten beschränkt sind und rigide an ihrer Theorie, die das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte in ausschließlicher Weise betont, festhalten, ist somit entgegenzusetzen, dass dieses Verständnis nondirektiver Therapie irreführend ist, da das Fehlen von theorie- und diagnostikgeleiteten Veränderungsversuchen eine einzigartige Therapiebeziehung mit jedem neuen Klienten entstehen lässt und es insofern so viele Varianten der Interaktion mit dem Klienten denkbar sind, wie es Personen gibt (Witty, 2004).

Die Möglichkeit, die Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Echtheit auf verschiedene Art und Weise auszudrücken, ist darin begründet, dass diese *Haltungen* darstellen und keine Techniken. Haltungen sind mentale Strukturen, die die Absichten, Gefühle und Werte des Therapeuten beeinflussen (Brodley, 2002, 2006b). Das übergeordnete Prinzip der Nondirektivität drückt das grundlegende Vertrauen in die Aktualisierungstendenz aus und respektiert den Klienten somit als einzigartige Person, die das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstlenkung inne hat (siehe Kapitel 2). Daraus folgt, dass sofern die nondirektive Haltung durch Empathie, Echtheit und unbedingte positive Wertschätzung ausgedrückt wird beziehungsweise die Grundlage dieser Aspekte ist, auch alle deren Ausdrucksarten auf Ebene 4 als nondirektiv gesehen werden können (Brodley, 2006b). In Kapitel 3.3.1 wird bereits angeführt, dass Rogers 1957 dies unter Nondirektivität versteht, indem er verschiedene Techniken als personenzentriert ansieht, solange sie Ausdruck der Grundhaltungen und damit nondirektiv sind.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zu einer direktiven Vorgangsweise, in der der diagnostisch orientierte Therapeut mit der Verwendung von Techniken ein bestimmtes Ziel verfolgt ist weiters, dass es in nondirektiver Therapie die Wahl des Klienten bleibt, ob er die Expertise, bestimmte Techniken zu verwenden, dem Therapeuten überlässt (Brodley, 2006a). Wenn der Klient aus einem dringenden individuellen Bedürfnis heraus einen Ratschlag vom Therapeuten wünscht, ist es aus Respekt für seine Autonomie aufgrund der nondirektiven Haltung zulässig, diesen Ratschlag zu geben, solange der Therapeut sich dafür kompetent fühlt (Bozarth, 1996). Auch Hausübungen wie beispielsweise Tagebücher schreiben, Bilder zeichnen, Yoga, Massagen und die Diskussion der Wirkung dieser Techniken können Teil nondirektiver Therapie sein, solange der Klient dies im Zuge der Erreichung eigener Therapieziele vorschlägt (Brodley, 2006a).

Ein Verweigern dieser vom Klienten geäußerten Bedürfnisse stellt eine Ausübung von Autorität seitens des Therapeuten dar, mit denen auch Autoren, die sich der klassisch nondirektiven Orientierung als zugehörig erachten, nicht konform gehen. Der Therapeut müsste beim kategorischen Verweigern von Klientenanfragen eine Idee davon haben,

welche Aspekte der Entwicklung des Klienten dienlich oder hinderlich wäre, was der nondirektiven Haltung widerspricht (Grant, 1990).

Dominanzaspekt: Das konsequente Beibehalten einer nondirektiven Vorgangsweise ist als *Dominanzaspekt* zu klassifizieren, da der Klient vom Therapeuten nur *ein bestimmtes* Beziehungsangebot bekommt, das sich aus den in den Ebenen 1 und 2 festgelegten Elementen bestimmen lässt: Es ist ein Beziehungsangebot vom Therapeuten an den Klienten innerhalb einer professionellen Beziehung, das durch Empathie, Echtheit und unbedingte positive Wertschätzung konstituiert und von einer nondirektiven *Grundhaltung* geprägt ist. Die Implementierung dieser Bedingungen geschieht durch unterschiedlichste Verhaltensweisen, die im Kontext der konkreten Situation der Persönlichkeit des individuellen Klienten angepasst ist und von der Echtheit des Therapeuten mitgestaltet werden. Im Sinne der nondirektiven Haltung kann der Klient die Sitzung nach seinen Bedürfnissen nützen. Insofern wird – so der Therapeut sich dazu befähigt fühlt – der Anfrage des Klienten bezüglich Ratschlägen, Hausübungen, Informationen etc. dem Kontext und der Situation entsprechend stattgegeben, um die Autonomie des Klienten zu respektieren und zu wahren. In anderem Zusammenhang wären diese Aspekte vielleicht als direktiv einzuordnen – der Unterschied ist jedoch die nondirektive, nicht-autoritäre Haltung des Therapeuten, die auch die Grundlage für das Verwenden solcher Interventionen darstellt, vom Therapeuten initiiertes ziel- und absichtsorientiertes Vorgehen ausschließt und diese Interventionen somit zu *dominanten* macht.

In diesem Sinne erweist es sich als konsistent mit personenzentrierter, nondirektiver Theorie, den Wünschen des Klienten nachzugehen und seine Bedürfnisse zu befriedigen, wenn es den Befähigungen des einzelnen Therapeuten entspricht. Dem Klienten Fragen zu beantworten und die Anforderung des Klienten bezüglich Information, Ideen, Führung oder Techniken zu respektieren, ist damit ein konsequentes Beibehalten der nondirektiven Haltung und nicht als Ergänzung von *Basisvariablen* mit zusätzlichen Elementen anzusehen (Brodley & Brody, 1996).

4.6 Dominanz durch die Echtheit des Therapeuten

Ein *Dominanzaspekt*, der mit der oben beschriebenen Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung einhergeht, ist die Beeinflussung durch die Echtheit des Therapeuten in der Therapiesitzung.

In Übereinstimmung mit Kahn (1999) sieht Bowen (1996) es als unmöglich an, dass Therapeuten in der Therapiesitzung ihre Persönlichkeit vorenthalten können – diese spiele einen signifikanten Part, da Therapeuten dauernd bewusst oder unbewusst wählen würden, auf welchen Aspekt dessen, was der Klient sagt, sie antworten sollen. So wähle Rogers mit seiner warmen, beruhigenden Persönlichkeit in seiner Sitzung mit einer Klientin namens Jill durchwegs die Verbündung mit der gesunden Seite der Klientin statt der düsteren Seite und gebe der Sitzung dadurch Richtung.

Im Gespräch mit Bowen (1996) im Jahr 1983 nimmt Rogers zu der Frage Stellung, worauf er in der Sitzung mit einem Klienten antworte, und stellt fest, er versuche auf das zu antworten, was für den Klienten am wichtigsten wäre. Diese Wahl würde natürlicherweise durch seine eigene Persönlichkeit, Geschichte etc. beeinflusst. Um imitierende Modellbildung zu vermeiden, sei es wichtig anzuerkennen, dass die Antworten des Therapeuten teilweise von seiner eigenen Wahrnehmung gestaltet würden und diese durch den Ausdruck des Klienten und durch die Persönlichkeit des Therapeuten geformt seien.

In Kapitel 3.3.3 wurde bereits beschrieben, dass es zum echten Zugehensein des Therapeuten gehört, Gefühle, Gedanken und Phantasien über den Klienten zu äußern, wenn diese anhaltend bestehen (Rogers & Wood, 2012 [1977]). Folgendes Beispiel zeigt, inwiefern dieser Aspekt eine Lenkung in sich bergen kann:

(79) K: Ja (lacht kurz) ... (Pause ca. 12 Sek.) ... Und diese Einstellung ist irgendwie über die Jahre gewachsen. Also ich wüsst nicht... wenn ich an die Volksschule denk, war das schon so (T: Aha, aha), dass ich möglichst immer super sein wollte.

(80) T: Also sie können das nicht irgendwo festmachen – da hat das begonnen, da hat sich das entwickelt - , sondern es war so eine... Sie sagen „solange ich mich erinnern kann“ – das war so, das klingt so wie wenn das ständig sei begleitet hätte (K: Mhm) – so ein Klima, oder so,

diese Werte, wo auch immer die hergekommen sind (K: Ja) „Ich muss gut sein“ (K: Mhm) „ich muss das beste, ich muss viel leisten“.

(81) K: Ja. Aber ich war auch ziemlich sicher, dass das von mir selber kommt, also dass niemand mich unter Druck setzt oder so.

(82) T: Also dass sie das Ganze sich selber geschaffen haben (K: Mhm) ... (Pause ca. 6 Sek.)... Aber vermutlich nicht ohne Grund.

(83): K: Wahrscheinlich, ja... (Pause ca. 14 Sek.) ... Und weil das Problem eben so akut war im Jänner ... ich mein, es hat noch immer so seine Ausläufer. Weil das war wie so ein riesengroßer Zusammenbruch im Jänner, das hat wirklich eineinhalb Monate gedauert, wo ich nichts gemacht habe, also, die ganzen Semesterferien war ich zu Hause, auf der Couch eigentlich (T: Ja) und hab versucht herauszufinden, was da jetzt eigentlich los war (T: Mhm), oder wie das dazu gekommen ist ... Und da bin ich eigentlich draufgekommen, dass das schon so lange ich denken kann (T: Ja) eigentlich ist (Ja, mhm) und jetzt (T: Ja) einmal absolut zusammenbricht.

Bei (83) brach die Stimme der Klientin wieder, es wurde wieder „akut“. Sie benötigte Pausen, um durchzuatmen und sich zu sammeln.

(84) T: Mhm... Da würden sie sagen, da bin ich draufgekommen, dass das schon sehr lange Zeit ist (K atmet tief durch). Das machts dann auch schwieriger, irgendwas herauszufinden.

(85) K: Ja (T: Ja) Es gibt kein Ereignis, oder...

(86) T: Wo sie sagen können „meine Eltern haben mich unter Druck gesetzt“ (K: Ja) oder dieses oder jenes... (Pause ca. 8 Sekunden)

(87) K: Also meine Mutter wollt schon immer, das ich, vor allem beim Studium (T: Mhm)... Weil sie hat ja gewusst, das muss ich jetzt selber machen (T: Ja) und da ist sie halt immer dahinter, dass es auch funktioniert und dass ich das auch gut mach – nicht unbedingt, dass ich jetzt, weiß ich wie toll bin, aber dass es halt funktioniert (T: Ja) (...)

Die Klientin spricht darüber, keinen Anhaltspunkt dafür zu haben, wie der Druck, das Beste leisten zu müssen, in ihr entstanden ist. Der Therapeut unterstützt die Klientin in ihrer Suche nach dem Grund für ihr Erleben. Indem er aufgrund seiner eigenen Wahrnehmung und Erfahrung die Idee äußert, den Gedanken an die Eltern der Klientin – die bisher im Gespräch nicht existent waren – beim Entstehen des Druckes zu berücksichtigen, wird die Aufmerksamkeit der Klientin zu diesem Thema gelenkt, bei dem das Gespräch in der Folge auch bleibt. Diese Lenkung kann als in der nondirektiven Therapie inbegriffen beschrieben werden, weil trotzdem das Erleben des Klienten als Referenz gilt:

„Wenn meine Reaktionen keine Veränderung und keinen Anstoß [sic!] bewirken – wenn sie für den Kampf meines Klienten keine Bedeutung haben –, beziehe ich mich

sofort wieder zurück auf seinen Erlebensfluß [sic!]. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 152).

Die Feststellung, dass jede Antwort des Therapeuten von seiner Persönlichkeit geformt wird, lässt weiters den Schluss zu, dass es so viele Interaktionsmöglichkeiten wie individuelle Therapeuten gibt. An diesem Punkt stellt sich die Frage, ob durch die unterschiedlichen Therapeutenpersönlichkeiten auch unterschiedliche Therapieergebnisse denkbar sind und die Persönlichkeit des Therapeuten somit maßgeblich für die Entwicklung des Klienten ist.

Für Rogers (2007a [1942]) ist seit den Anfängen der personenzentrierten Therapie unbestritten, dass unterschiedliche Therapeuten auch unterschiedliche Reaktionen auf die Erzählungen des Klienten zeigen. Reagieren die Therapeuten jedoch auf das Gefühl des Klienten und nicht auf den Inhalt der Erzählung des Klienten, würden auch die unterschiedlichen Reaktionen in etwa zu den gleichen Resultaten beim Klienten führen. Dies lässt sich daraus begründen, dass Reaktionen auf den intellektuellen Inhalt eher von der Struktur des Beraters abhängig wären und in Richtung seiner Interessen gehen würden anstatt von jener des Klienten, während Reaktionen auf das Gefühl des Klienten „klient-bezogen“ wären. Das vorgebrachte Material ist demzufolge Material, das für das Problem des Klienten emotionell relevant ist.

Insofern lenken die Antworten der verschiedenen Therapeuten die Aufmerksamkeit des Klienten vielleicht zunächst auf verschiedene Aspekte – diese Lenkung aufgrund der individuellen Wahrnehmung der Therapeuten ist jedoch ein Aspekt der nondirektiven Haltung, weil die Referenz für die Korrektheit der unterschiedlichen Reaktionen immer der innere Bezugsrahmen des Klienten und dessen Bestätigung oder Widerspruch bleibt. Somit ist in der Lenkung durch die individuelle Wahrnehmung des Therapeuten ein *Dominanzaspekt* der nondirektiven Therapie zu bestimmen.

Für Rogers (2012 [1977]) kommt der Echtheit als wichtigstes Element der Therapie entscheidende Bedeutung zu, da der Therapeut seine Wirkung am erfolgreichsten entfalte, wenn er sich natürlich und spontan verhält:

Grundverschiedene Therapeuten erzielen auf äußerst verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse. Für den einen ist ein ungeduldiges Vorgehen, das keinen Unsinn duldet und die Karten gleich offen auf den Tisch haben will, am wirksamsten, weil er hierbei am offensten er selbst ist. Ein anderer wird mit einer sanfteren, offensichtlich wärmeren Zuwendung Erfolg haben, weil dies seinem Wesen entspricht. (Rogers, 2012 [1977], S. 199)

So lässt sich auch als weiteres Beispiel für einen *Dominanzaspekt*, der sich aus dem Einbringen der individuellen Persönlichkeit des Therapeuten ergibt, dessen Aktivität in der Therapiesitzung anführen. In einer Gegenüberstellung von direktiven und nondirektiven Merkmalen stellte Rogers als einen der markantesten Unterschiede (2007a [1942]) fest, dass direktive Berater viel mehr redeten als nondirektive. Dieses Faktum veranschauliche, dass der Klient in der nondirektiven Therapie seine Probleme aussprechen könne, während in der direktiven Beratung der Berater zum Klient spreche, was meist mit einer übergeordneten Position und Autorität des Therapeuten einhergehe. Im Kontext der Echtheit lässt sich das früher als direktiv erachtete Element, viel zu sprechen, in die nondirektive Therapiegestaltung integrieren. Rogers und Wood (2012 [1977]) führen im Zuge dessen das Erlebnis eines Beraters an, der in seiner Ausbildungszeit eine sehr schweigsame Klientin behandelte:

Seine Ausbilder erklärten ihm, er würde zuviel reden (als er sich natürlich gab), und so wandte er eine „nicht-direktive“ Technik an. Er entschloß [sic!] sich, zu warten, bis seine Klientin von sich aus zu sprechen begann. Er wartete, und die junge Dame wartete ebenfalls. Er quälte sich, sie quälte sich, beiden war äußerst unbehaglich zumute, und schließlich begannen sich gegen Ende der Sitzung auf ihrem Nacken große rote Flecken zu bilden. Er hatte seine echten Gefühle zurückgehalten, und ihr Unbehagen brach buchstäblich durch die Haut. (Rogers & Wood, 2012 [1977], S. 152f.)

Dieses Beispiel zeigt gemäß Rogers und Wood (2012 [1977]) einerseits, wie das Verwenden einer „Technik“ beziehungsweise einer unnatürlichen Ausdrucksform der Selbstoffenbarung der Klientin im Wege stehen kann und andererseits, wie heilsam sich das Vertrauen auf das eigene Erleben des Therapeuten für beide auswirkt: als der Berater in der nächsten Sitzung entdeckte, dass er ungefährdet real sein konnte, erlebte er sich als akzeptierender, natürlicher und zufrieden damit, sich selbst in die Beziehung einbringen zu können. Die Klientin konnte sich dem eigenen Erleben annähern, da der Therapeut auf sein Erleben vertraute und real war.

Sich selbst in die Beziehung einzubringen, kann, wie oben beschrieben, eine hohe Aktivität des Therapeuten mit sich bringen, indem er beispielsweise viel spricht – solange es im Rahmen der konkreten Situation angemessen ist und auch mit der Persönlichkeit des individuellen Klienten im Einklang steht, kann dieses persönliche Merkmal des Therapeuten zu den *Dominanzaspekten* personenzentrierter Therapie gezählt werden. Die Abgrenzung zur Direktivität besteht darin, dass das viele Reden keine vom Therapeuten initiierte und vom Klienten ungefragte Belehrung oder Information enthält, sondern ein Ausdruck der Echtheit des Therapeuten ist, die ihrerseits in der nondirektiven Haltung wurzelt: „Der Berater kann nur soweit nicht-direktiv sein, wie der Respekt vor anderen in seiner eigenen Persönlichkeitsstruktur verankert ist.“ (Rogers, 1973 [1951], S. 37).

Dominanzaspekte durch die Echtheit nondirektiver Therapeuten sind dort zu orten, wo diese – je nach individueller Persönlichkeit, Geschichte, Erfahrung etc. – auf verschiedene Aspekte eingehen beziehungsweise konstant bestehende Ideen und Gedanken einbringen und so die Erzählung des Klienten von dieser Wahl beeinflusst und gelenkt wird. Auch eine eher „ungeduldige“ Vorgangsweise des Therapeuten oder sein vieles Sprechen, sind Variablen, die den Klienten in früheren Phasen des Therapieansatzes als direktiv galten (siehe Kapitel 3.1). Im Zuge der späteren Phasen und der Betonung der Echtheit des Therapeuten ist ein Therapeut jedoch erst dann imstande, die Entfaltung des Klienten zu fördern, wenn er das, was in seinem Inneren vorgeht, wahrnimmt, sich bewusst macht und ausdrückt, anstatt sich gegen seine Natur zurückzuhalten und so fremde Vorgehensweisen oder Haltungen anzunehmen (Rogers & Wood, 2012 [1977]).

4.7. Dominanz durch Selektivität: Gefühl vs. Inhalt

Die in diesem Kapitel behandelten *Dominanzaspekte* betreffen die Lenkung vom erzählten, faktischen Inhalt auf die dahinter gefühlten Bedeutungen. Durch den Fokuswechsel vom Blickwinkel des Therapeuten zum Blickwinkel des Klienten wird dieser *Dominanzaspekt* von zwei Seiten beleuchtet.

4.7.1 Aus dem Blickwinkel des Therapeuten

Schon früh betont Rogers (2007a [1942]), dass die Wichtigkeit der nondirektiven Therapie darin liegt, dass sie die Gefühlsaspekte der Situation stärker als die intellektuellen Aspekte behandelt:

Sie [die nicht-direktive Therapie] verwirklicht endlich die seit langem vorhanden Erkenntnis, daß [sic!] die meisten Fehlanpassungen keine Mängel des Wissens sind, sondern daß [sic!] Wissen unwirksam ist, weil es blockiert wird durch die emotionalen Befriedigungen, die das Individuum durch seine gegenwärtigen Fehlanpassungen erhält. Der Junge, der stiehlt, weiß dass es falsch (...) ist (...). Der Student, der trotz guter Kenntnisse schlechte Noten bekommt, versagt häufig, weil dieses Versagen ihm auf die eine oder andere Art emotionale Befriedigung verschafft. Diese neuere Therapie bemüht sich so direkt wie möglich im Bereich der Gefühle und Emotionen zu wirken und versucht nicht, auf intellektuellem Wege zu einer emotionalen Reorganisation zu gelangen. (Rogers, 2007a [1942], S. 37)

Lietaer (1988) ortet Direktivität in der in diesem Zitat impliziten Tatsache, dass nicht jede Äußerung des Klienten mit der gleichen Aufmerksamkeit belohnt wird. Der Therapeut trachte stets danach, von der Erzählung zum Erleben zu kommen, das heißt dass sich der Klient durch eine selektive Verstärkung des Therapeuten vom Theoretisch-Abstrakten zum Konkret-Durchfühlten bewegen solle.

Bei Rogers selbst finden sich mehrere Hinweise auf die Tatsache, dass nicht jede Aussage des Klienten das gleiche Interesse hervorrufe. So konzentrierte Rogers (1975) sich bei der Untersuchung der ersten Audioaufnahmen personenzentrierter Therapiegespräche vor allem auf bestimmte Stellen: jene, an denen der Therapeut eine Bemerkung machte, die die langweilige und unzusammenhängende Erzählung des Klienten in eine fokussierte Selbsterforschung verwandelte. Dies impliziert eine unterschiedliche Gewichtung hinsichtlich der für die Therapie nützlichen Inhalte. Ähnlich formuliert er seine Selektivität im Zusammenhang mit seiner Arbeit mit Encounter-Gruppen:

Es steht außer Zweifel, dass ich selektiv zuhöre, folglich ‚direktiv‘ bin, wenn man mich dessen beschuldigen will. Meine Aufmerksamkeit gilt dem Gruppenmitglied, das spricht, und zweifellos bin ich an den Einzelheiten seines Ehestreits oder an seinen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder an dem, was er an den Darstellungen anderer auszusetzen hat, weit weniger interessiert als an der Bedeutung, die diese Erfahrungen

jetzt für ihn haben, und an den Gefühlen, die sie in ihm wachrufen. Und auf diese Bedeutungen und Gefühle versuche ich zu reagieren. (Rogers, 1984 [1970], S. 56)

Auch Brodley (1990) grenzt das selektive Zuhören des Therapeuten von Direktivität ab und bezeichnet es als nondirektiv, weil es mit der Essenz von empathischem Verständnis zu tun habe. Beim empathischen Verstehen versuche der Zuhörer nicht nur das zu verstehen beziehungsweise dem zu folgen, worüber der Klient spricht. Das Ausschlaggebende sei die vom Klienten ausgedrückte *Beziehung* zwischen ihm selbst zu dem, worüber er spricht. Verstehen wäre nicht empathisch, solange der Zuhörer diese Beziehungen (beispielsweise Reaktionen, Gefühle, Wünsche, Einstellungen etc.) in der Erzählung des Klienten nicht erfassen könne.

Reagiert der Therapeut auf manche Elemente der Klientenerzählungen mehr, lässt sich durch die Untersuchung der Erlebnisberichte und Post-Session-Interview darstellen, dass dies eine gewisse Lenkung für die Klientinnen darstellt:

(8) T: Mhm. Das heißt, wenn sie diese Entscheidung treffen: Ich mach das, und das auch noch, und das auch noch – dann haben sie das Gefühl „Ich kann alles schaffen“ (K: Ja). Aber es stellt sich dann heraus, das ist nicht zu schaffen und auf keinen Fall alles gleich gut.

(9) K: Ganz genau (T: Mhm). Und ich hab mir eigentlich gedacht, ich kenn mich eigentlich, was ich schaff (T: Mhm) und was ich nicht schaff (T: Mhm) und dadurch bin ich draufgekommen, dass ich mich eigentlich überhaupt nicht kenn, dass ich mich total überschätzt hab.

(10) T: Dass sie sich überschätzt haben...

(11) K: Ja (T: Mhm). Und das hat schon ein bissl an mir genagt, weil ich seh von... Ich vergleich da schon auch mit andren Leuten: „Die schaffen das und die können das (T: Mhm) und die können das alles gleichzeitig machen (T: Mhm) – warum soll ich das nicht können?“ ... (ca 5 Sekunden Pause) ... Ja, und ich plan mir immer alles ganz genau durch – wie ich das machen werde, und wann ich was meachen werde und in der Zwischenzeit kann ich das andere auch noch machen. Aber im Endeffekt schauts dann so aus, dass ich mir soviel vorgenommen habe, dass ich gleich garnix mach.

(12) T: Mhm. Dass sie irgendwie auch gelähmt sind dann, ein bisschen.

Die Klientin fühlte, dass der Therapeut eher reagierte, wenn sie von sich geredet hat ... „Die anderen“ als Thema beizubehalten ist der Klientin dann auch unwichtiger erschienen.

(13) Ja. Ich kann ja nicht einmal anfangen, daran zu denken an, weiß nicht, das Praktikum jetzt weiterzumachen oder dafür anfangen zu lernen, für die Prüfungen (T: Mhm). Und ich hab aber gleichzeitig immer das Gefühl auch, dass das eine Art von Versagen ist: „Du schaffst das nicht, dass du da...“

In diesem Beispiel wird ersichtlich, dass die Klientin einen Unterschied beziehungsweise eine unterschiedliche Gewichtung in den Reaktionen des Therapeuten fühlt. Sie hat den Eindruck, dass die Reaktionen des Therapeuten abnehmen beziehungsweise er weniger interessiert ist, wenn sie von anderen Leuten spricht. Vor der Stelle in Passage (11), an der die Klientin anfängt, wieder von sich selbst zu sprechen, unterbricht sie ihre Erzählung für ein paar Sekunden, um im weiteren Verlauf den Fokus der Erzählungen wieder auf sich selbst zu richten.

Ein ähnliches Beispiel lässt sich im Transkript einer anderen Klientin finden, als sie das Gespräch im Nachhinein kommentiert. Sie bemerkt ebenfalls, das Gefühl zu haben, durch die Aussagen des Therapeuten gelenkt zu werden – von der Erzählung über das Leben ihrer Mutter, das heißt einem bestimmten faktischen Teil, hin zu sich selbst und der Fortsetzung ihrer Selbstexploration:

(22) K: (laut) Ich mach mir schon Sorgen, weil ich mir denk, irgendwas stimmt da nicht, weil sie [ihre Mutter] irgendwie... weil, sie, sie muss sich immer selbst präsentieren auch, und, und, ist im irrsinnigen Redeschwall, und und wo dann ... ich vielleicht auch aus Mitleid zuhöre und mir denk ich, ich hör mir das jetzt einmal an. Und sie hat auch, irgendwie hab ich das Gefühl sie muss auch, ahm, aufarbeiten. Weil sie hat wirklich sie hat, eben ihre Schule nicht abschließen können. Sie ist da schwanger geworden, hat heiraten müssen, wo ich mir denk, dass, dass wäre für mich auch ein Problem denk ich mir wenn ich meine Schule hätte abbrechen müssen und dann halt gleich, ja, Ehe, ja... (leise)

(23) T: (laut) Also sie können das auch nachvollziehen.

(24) K: (leise)... Ja, ... ja ich kann das nachvollziehen. (Lauter) Eh,... ich kanns schon nachvollziehen, aber es ist halt, denk ich mir trotzdem, das sollte kein Freischein für sie sein, dass sie sich so verhält, oder... Sie macht es auch nicht irgendwie mutwillig. Sie ist halt einfach nicht...

(25) T: Sie meinen, sie ist ganz einfach so (K: Ja) Sie merkt gar nicht wie sich das auf mich auswirkt.

An dieser Stelle (22) wurde der Klientin klar, dass sie das Verhalten der Mutter immer wieder zu erklären / zu rechtfertigen versuchte und dadurch weniger von sich selbst erzählte, als eher von der Mutter. Durch die Aussagen des Therapeuten, die sich immer auf sie selbst bezogen, war es ihr ein Stück weit möglich, zu sich selbst zurückzufinden.

Inwieweit der nondirektive Therapeut durch die Gewichtung der Reaktionen auf die Gefühle der Klientin zu einer Art „Führungsperson“ werden kann, zeigt sich in folgender Passage des Post-Session-Interviews einer Klientin (siehe auch nächstes Kapitel):

(...) die Klientin [beschreibt] den Therapeuten als eine Art „Wegweiser“, der fähig war, die Emotionen hinter dem Inhalt zu spiegeln und zwischen für die Klientin relevanten einerseits und weniger relevanten Aspekten andererseits zu unterscheiden.

Ein weiterer Aspekt, der auf eine unterschiedliche Gewichtung hindeutet, ist in der Aktivität des Therapeuten zu finden, die sich steigert, wenn die Klientin besonders „tief“ in ihrem Selbstexplorationsprozess ist:

Das Gespräch ist hier näher an der Klientin als oft zuvor, ihr fällt auf, dass der Therapeut mehr redet.

In jedem dieser Beispiele zeigt sich deutlich, dass die Klientinnen das Gefühl haben, vom Therapeuten in Richtung Selbstexploration gelenkt zu werden, sodass auch die Bezeichnung „Wegweiser“ für den Therapeuten eingebracht wird. Dies geschieht durch die von der Klientin als anders wahrgenommene Qualität in den Reaktionen des Therapeuten hinsichtlich der Inhaltsebene und der Gefühlsebene, durch ausschließliches („immer“) Reagieren auf Erzählinhalte, die die Klientin selbst betrafen und durch gesteigerte Aktivität des Therapeuten, wenn das Gespräch auf der Gefühlsebene stattfand.

Inwiefern ist nun diese Lenkung ein Teil nondirektiven Vorgehens und kann von Direktivität abgegrenzt und somit den *Dominanzaspekten* zugeordnet werden?

Zunächst findet keine Anordnung vom Therapeuten an den Klienten statt, ausschließlich oder mehr von seinen Gefühlen zu erzählen. Lietaer (1988) formuliert in diesem Sinn ein Vertrauen, dass was für den Klienten wirklich von Bedeutung ist, auch zur Sprache kommen wird. Größtmögliche Rezeptivität für die Erlebensspur des Klienten ist die einzige Anweisung für den Therapeuten, und nicht die Arbeit mit einer „Wegekarte“, bei der bestimmte Inhalte im Vornherein definiert werden, die exploriert werden müssen. Rogers (1984 [1970]) meint in diesem Zusammenhang, sich beides anzuhören – Gefühlsinhalt und sachlichen Inhalt – denn er halte nichts von Vorschriften.

Der Klient kann die Stunde so nutzen, wie er das möchte und sein eigenes Tempo beibehalten und entscheiden, wie und wann er sich tiefer in die Erforschung seiner selbst einlässt. Ist der Klient nicht bereit oder hat Angst oder Widerwillen, tiefer in sein

Erleben einzutauchen, so wird ihm das im Sinne der Nondirektivität gestattet. Ein Kommentar aus dem Transkript einer Klientin verdeutlicht dies:

Auch in dieser Aussage traf der Therapeut den Nagel auf den Kopf. Die Klientin nahm stark die innere Ablehnung wahr, in der Situation genau darüber nachdenken zu müssen, wie es sein würde, wenn die Mutter wieder da ist. Sie merkte, dass sie das Thema auf eine sachlichere Ebene brachte. Der Therapeut vermittelte ihr in dieser Situation, dass das ok ist.

Da die hier beschriebene Form der Lenkung ohne deren Wahrnehmung aus der selbstheilenden Perspektive des Klienten inkomplett ist, muss auch eine Darstellung des „selektiven Zuhörens“ aus einem zweiten Blickwinkel folgen, die im nächsten Kapitel folgt.

4.7.2 Aus dem Blickwinkel des Klienten als aktivem Selbstheiler

Bohart (2004) betont die Qualität des Klienten als „aktivem Selbstheiler“ (S. 106) und bemängelt die weitverbreitete Ansicht dessen, wie Therapie die Persönlichkeitsentwicklung des Klienten unterstützt, da Klienten und Veränderungsprozess weitgehend aus der Perspektive des Therapeuten gesehen werden. Antworten und Interventionen des Therapeuten wären sogenannte „unabhängige Variablen“ und Klienten sogenannte „abhängige Variablen“, wobei die Interventionen des Therapeuten Kognitionen restrukturieren, Egos stärken, das Experiencing erhöhen, den Selbstexplorationsprozess fördern sollen usw. Diese Veränderungen würden oft so beschrieben, als hätten sie eine unmittelbare Beziehung zu den Interventionen des Therapeuten, während der Klient als Ansammlung von Strukturen und Prozessen porträtiert wird, die für den Therapeuten von theoretischem Interesse sind.

Diese Sichtweise von Veränderungsprozessen findet sich in einer Analyse Greenbergs (1996) von Rogers' Verhalten in einer Sitzung mit einem Klienten namens Jim wieder. In dieser Analyse bescheinigt Greenberg (1996) Rogers ein Verhalten, das deutlich von der nondirektiven Haltung abweicht:

Rogers intentionally and selectively guides Jim to focus inward on the deeper painful emotions that lie behind his defiance. Rogers is directive in the process, providing a gentle consistent pressure on Jim to focus on his internal experience and to focus on particular feelings at particular times – those that seem to come from his inner core. (Greenberg, 1996, S. 253)

Aus diesem Blickwinkel ist es der Therapeut, der auf das innere Erleben des Klienten zugreift, es vertieft, sein Verarbeiten beeinflusst und ihn damit lenkt. Der Therapeut wird zum Hauptakteur, der am Klienten mit spezifischen Interventionen arbeitet, um spezifische Effekte zu produzieren. Die hierbei als passiv definierte Rolle des Klienten, in der er sich wie eine Marionette nach den Interventionen des Therapeuten bewegt und als eine Art Gefäß anmutet, in dem bestimmte Prozesse ablaufen, bekommt jedoch eine andere Qualität, wenn herangezogen wird, inwiefern der Klient die Therapiesitzung mitgestaltet – der Klient trägt in einer sehr greifbaren, kraftvollen und individuellen Art zu seinem eigenen Veränderungsprozess bei (Bohart, 2004).

Eine anfängliche Idee, die Rolle des Klienten als tatsächlich aktiv zu formulieren, findet sich bei Rogers (2007b [1957]), als er die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderung veröffentlichte. Er hob deren allgemeine Gültigkeit für jeden Typ von Klient hervor – unabhängig von Kategorisierungen wie Schizophrenie, Zwangserkrankungen usw. Die Bedingungen existieren in einer einzigen Konfiguration, obwohl – oder weil – der Klient diese für seine Entwicklung sehr *unterschiedlich verwenden* würde.

Wie kann nun der Prozess, in dem Klienten an den Interventionen des Therapeuten arbeiten, um Veränderung zu produzieren, beschrieben werden? Zunächst stellt Bohart (2004) fest, dass die empathischen Antworten des Therapeuten nicht allein dafür verantwortlich seien, die Selbstexploration des Klienten zu unterstützen und ihre Aufmerksamkeit auf die internen Prozesse, das heißt die Gefühlsebene der Erzählungen zu lenken. Stattdessen wären es die Klienten selbst, die diesen Effekt kreieren: Indem sie den über Gefühle sprechenden Therapeuten als Experten in der Gewährung der Hilfestellung wahrnehmen, verstehen sie als aktiv Wirkende die Wichtigkeit, über Gefühlsinhalte zu sprechen. Daher lenken die Klienten selbst, als Teil ihrer intelligenten Wahrnehmung der problemlösenden Erfordernisse der Situation, ihre Aufmerksamkeit auf die Gefühlsebene. Die empathischen Antworten des Therapeuten sind in diesem

Sinne Stichworte, die der Klient übernehmen kann, um sein Erleben zu vertiefen und die Situation zu einer wirkungsvollen zu machen – oder sein Erleben wieder auf eine inhaltliche Ebene zu bringen, sollte ihm die Situation zu bedrohlich werden (siehe oben).

Aus diesen Feststellungen folgt, dass es nicht notwendigerweise der Therapeut ist, der den Klienten zur Fokussierung des inneren Erlebens lenkt, sondern eher der Klient nach Stichworten sucht, die er braucht, um seine Ziele zu erreichen und sich selbst zu helfen (Bohart, 2004).

Diese Feststellungen lassen die Interpretation der im vorigen Kapitel zur Definierung des *Dominanzaspektes* herangezogenen Gesprächspassagen und Erlebnisberichte aus einer zweiten Perspektive zu. Auf der einen Seite kann eine Lenkung in der vornehmlichen Reaktion des Therapeuten auf die Gefühle der Klientinnen ausgemacht werden, auf der anderen Seite geht diese Lenkung jedoch auch von der Klientin selbst aus, die empathische Antworten beziehungsweise generell Reaktionen des Therapeuten verwendet, um ihre Selbstexploration zu vertiefen.

Folgende Passage aus einem der untersuchten Erlebnisberichte illustriert diesen Lenkungsaspekt, der aus der Wahrnehmung der Klientin heraus entsteht:

(30) K: Eigentlich schon. Ich mein, er ist eigentlich eh auch ein lieber Kerl, er ist nicht so schlimm, sie hatte schon viel schlimmere (T: Mhm), also so ist es nicht, also eigentlich eh ganz gut, nur für sei stell ich mir halt doch einen anderen Menschen vor. Sagt sie selber auch, aber da ist dann noch etwas, und deswegen geht's nicht, und schaun wir noch, und ich weiß, in ein paar Wochen wird sie mich wieder anrufen oder vielleicht auch schon die Woche irgendwann, und .. „waaah es ist so mies“, und „was soll ich tun.“ Und es geht nix weiter (T: Ja). Und das merken wir beide, und – es ist dann fast schon schirch, wenn sie das nächste Mal anruft und ich denk mir „ok, war jetzt wieder was mit ihm los, war jetzt wieder irgendwas schlimmes oder mag sie sich einfach wirklich wieder – treffen“ (lacht) (T: Mhm). Also ich hab dann auch schon vor den Treffen Angst, weil er – also eigentlich hat er ja fast immer irgendeine Aussage, die ihr nicht passt (T: Ja) und eigentlich läuft fast jedes Treffen darauf hinaus, dass sie sich über ihn aufregt (lacht) (T: aha, aha) – wo ich mir dann auch wieder die Frage stell also „du siehst ja selber, gute Frau, dass du jedes Mal, wenn du mit mir redest, über ihn schimpfst, fast jedes Mal... (atmet tief ein und aus) ahm – da musst du doch auch selber was machen, weil ich kanns nicht für sie machen, das ist halt meine Einstellung, dass ich das nicht für sie machen kann. – Dazu ist auch zu sagen, ich habs schon mal ... also ahm das war zu Silvester, vor zwei Jahren oder so, und da hat er auch ganz blöd reagiert, also sie wohnen er lebt bei ihr in der Wohnung, und das hat mir irrsinnig – das hat mich total aufgeregt, also da ist mir die Hutschnur abgerissen, also bei mir dauert das sehr sehr lang, aber da bin ich dann aufgestanden und hab gsagt „sag einmal, wieso tust du das, red nicht so mit ihr, das ist nicht deine Wohnung, und – mach das nicht“. (T: Mhm) Und also, da hats einen Krawall geben, also der war bummfressen [sehr böse] auf mich, was

ich mir erlaub ihm das zu sagen, und ich bin zwar die beste Freundin, aber geht nicht, und sie hat dann auch zu mir gesagt, sie hat das toll gefunden, dass ich das gemacht hab, eigentlich, aber ich sollte mich schon auch eher zurückhalten, ich sollte jetzt nichts machen, weil – ihm taugt das halt nicht, sie haben danach auch noch irrsinnig lang Streit gehabt (T: Mhm) und – also dieses Erlebnis hat mich dann auch geprägt.

Während dieser Sequenz kommt es der Klientin vor, als würde sie dem Therapeuten „nichts Greifbares“ liefern, zu dem er etwas sagen könnte, er reagiert nicht. Sie findet das Gespräch zu diesem Zeitpunkt etwas oberflächlich und macht auch kleine Pausen, aber außer „mhm“ kommt nichts vom Therapeuten. Die Klientin hat das Gefühl, sich im Kreis zu drehen, deshalb stockt sie auch manchmal. Die Klientin denkt sich deshalb, sie „möchte deshalb etwas erzählen, bei dem auch Gefühle dabei sind, nämlich der ‚Auszucker‘ zu Silvester. Wenn das Gespräch etwas bringen soll, musst du ein bisschen tiefer gehen“.

Die Klientin selbst verwendet die niedrige Frequenz der Reaktionen des Therapeuten beziehungsweise die Qualität der Reaktionen, die meist nur aus der kurzen Äußerung „mhm“ bestehen, als einen Hinweis, um ihre Schilderungen von der Inhaltsebene auf die Gefühlsebene zu bewegen. Sie selbst spürt, dass ihre Erzählung zu sehr an der Oberfläche stattfindet, um Veränderungen zu ermöglichen. Sie entschließt sich deshalb, „tiefer“ zu gehen.

Der *Dominanzaspekt*, der im vorigen Kapitel beschrieben wurde und aus der Lenkung durch die Selektivität besteht, die der Therapeut im vornehmlichen Antworten auf die Gefühlsebene des Klienten anstatt auf die inhaltliche Ebene des Gesprächs zeigt, hat somit eine zweite Qualität aus dem Blickwinkel des Klienten als aktivem Selbstheiler bekommen. Die im vorigen Kapitel ausgewählten Beispiele aus Transkripten und Erlebnisberichten müssen somit auch unter diesem zweiten Blickwinkel betrachtet werden.

Ein weiteres Element dieses *Dominanzaspektes* besteht ebenfalls aus der Lenkung durch das Herausgreifen eines Stichwortes durch die Klientin. Hatte das Aufgreifen eines Stichworts im oberen Dominanzelement noch die Qualität der Empfindung der Klientin (oberflächlich oder tiefgreifend) zur Folge, zeigt dieses Beispiel die Lenkung des Gesprächs auf ein anderes Thema:

(117) T: Ich habe keine Angst (K: ja – lacht) ... ich darf keine Angst haben vor solchen Sachen (K: ja) ja

(118) K: Gerade wenn sie sich so verhalten (T: ja ja)... ah... ja genau, das ist immer so zack und es geht so schnell

(119) T: Also dass das der Widerspruch ist, dass sie sagen, ich darf eigentlich keine und ich will auch keine Angst haben vor solchen Personen, die abwertend sind und so weiter, nur aufgrund ihrer Position (K: mhm) ... groß reden sozusagen und trotzdem habe ich in der Situation ... ich habe Angst gehabt (K: mhm) und habe den Mund gehalten (Pause ca. 15 Sekunden) ... kann man sagen, dass zumindest ein Teil dieser Verletzung, die da drinnen steckt, darin liegt, dass sie erleben mussten, an sich selber, Angst zu haben vor einer Frau, vor der sie eigentlich nie Angst haben wollten, oder wo sie geglaubt haben, von so jemandem lass ich mich nicht unterkriegen (Pause ca. 10 Sekunden).

(120) K: Ich muss jetzt kurz einmal überlegen ... das müssen sie mir jetzt ... sagen sie mir das noch einmal bitte.

(121) T: Dann ist es nicht mehr so wichtig, wenn sie nachdenken müssen.

(122) K: Ja, das ist das Komische, ich überleg mir das ja oft, aber mich hat das jetzt irritiert, dass sie gesagt haben, von einer Frau (T: ja).

(123) T: Das hat sie irritiert jetzt (K: ja) aha, okay.

(124) K: Aber das stimmt eigentlich, es ist immer bei Frauen gewesen, also bei Männern hab ich das nie gehabt, so ein Verhalten.

(125) T: Also da war immer eine Frau beteiligt (K: Mhm).

(126) K: Also eine Frau war immer die Mächtige.

Die empathische Antwort des Therapeuten in (119) bezieht sich auf den Widerspruch, den die Klientin erlebt, wenn sie vor Autoritätspersonen keine Angst haben „darf“ und will, diese Angst aber trotzdem spürt. In dieser Äußerung des Therapeuten fällt der Klientin besonders die Tatsache auf, dass es sich bei der Autoritätsperson, vor der sie Angst hat, um eine Frau handelt beziehungsweise spürt die Klientin, dass dieses Stichwort ihre Aufmerksamkeit erregt und in ihr etwas zur Resonanz bringt. In der Folge lenkt sie das Gespräch zur eingehenderen Betrachtung dieses Gefühls, bei der ihr der Therapeut sofort empathisch folgt.

Ein weiteres Element innerhalb des *Dominanzaspektes* in diesem Kapitel ergibt sich aus der Wahrnehmung der Klienten vom Therapeuten. So wird in den im vorigen Kapitel angeführten Beispielen der Therapeut an einer Stelle als „Wegweiser“ beschrieben:

(...) die Klientin [beschreibt] den Therapeuten als eine Art „Wegweiser“, der fähig war, die Emotionen hinter dem Inhalt zu spiegeln und zwischen für die Klientin relevanten einerseits und weniger relevanten Aspekten andererseits zu unterscheiden.

Aus der Perspektive des Klienten als aktivem Selbstheiler ist dieses Verhalten des Therapeuten, das sehr direktiv anmutet, wie folgt zu erklären:

To self-heal, some clients may „create“ the therapist the need. Clients appeared to have attended to, remembered and interpreted therapist actions that accorded with their aims. Clients who were struggling to accept something would notice, remember, and interpret their therapists as conveying acceptance. Clients who wanted or needed support to make a decision would notice, remember and interpret therapist actions as encouraging, supporting and validating. (Bohart & Tallmann, 1999, S. 12)

So kann davon ausgegangen werden, dass die Klientin, die nicht genau wusste, welche Aspekte hinsichtlich ihres Problems relevant waren beziehungsweise wo und wie sie anfangen sollte, es zu bearbeiten, den Therapeut als Orientierung gebend erlebte und seine Antworten und Reaktionen mit dem Ziel verwendete, ihr Problem beziehungsweise ihre Schwierigkeiten und Erlebnisse greifbarer zu machen. Andere Beispiele für die aktive Gestaltung des Therapeuten durch den Klienten inkludieren beispielsweise das Geben von Ratschlägen, wie Talmon (1990) durch Interview mit ehemaligen Klienten feststellte:

I realized that I had taken my interventions and my words much too seriously. Patients reported following suggestions that I could not remember having made. They created their own interpretations, which were sometimes quite different from what I recollected, and sometimes more creative and suitable versions of my suggestions... (Talmon, 1990, S. 60)

Dominanzaspekt: Der *Dominanzaspekt*, der in diesem Kapitel herausgearbeitet wird, entsteht durch die Interpretation beziehungsweise „Schöpfung“, in der der Klient den Therapeuten und seine Antworten und Reaktionen zu dem macht, was er braucht, um seine eigenen Ziele zu erlangen. So kann ein zum Teil als sehr direktiv zu klassifizierendes Verhalten des Therapeuten vom Klienten erlebt werden, wie beispielsweise das Unterscheiden von relevanten oder nicht relevanten Aspekten für den Klienten, das Geben von Ratschlägen und eine unendliche Zahl anderer Interventionen, in denen der Therapeut als richtungsweisend beziehungsweise lenkend und dezidiert beeinflussend wahrgenommen wird.

Die Abgrenzung zur Direktivität besteht in der nondirektiven Absicht des Therapeuten: Auch wenn seine Antworten und Reaktionen spezielle Effekte hervorrufen, so ist dies

nicht die unmittelbare Absicht des Therapeuten. Am Wichtigsten bleibt, das Verständnis dessen, was der Klient sagt, zu überprüfen.

4.8 Dominanz durch die Präsenz des Therapeuten

Rogers (1973 [1951]) beschreibt, dass nondirektive Haltung oftmals als Passivität, Laissez-faire, einem Minimum an Aktivität und emotioneller Reaktion und sogar Mangel an Interesse des Therapeuten interpretiert wird – mit dem Ziel, „dem Klienten nicht in den Weg zu kommen“ (Rogers, 1973 [1951], S. 40).

Bis heute hält sich diese Ansicht, welche auch in der oben erläuterten Argumentation von Burstow (1987) mitschwingt und von Bowen (1996) explizit geäußert wird: „I believe that nondirectiveness is an illusion, except where therapists are overly passive [and] have such a slow reaction time that to identify what is going on within themselves and with the client is difficult (...)“ (Bowen, 1996, S. 89).

Auf der anderen Seite bescheinigt Greening (2001) Rogers eine klare Direktivität, da dieser in Videoaufnahmen von Sitzungen mit seinen Klienten zugewandt, aufmerksam, intensiv, präsent, einladend, belegend und bestätigend umgehe.

Aus dem Spannungsfeld dieser zwei Pole wird der nächste *Dominanzaspekt* lokalisiert, der sich daraus ergibt, dass Nondirektivität zwar die größtmögliche Freiheit für die Selbstlenkung des Klienten bietet, jedoch weit von Indifferenz und Passivität entfernt ist: Rogers (1973 [1951]) stellt klar fest, dass der Klient dies als Ablehnung erfahren würde, da das scheinbare Fehlen von Beteiligt sein in keiner Weise das gleiche wie Akzeptanz bedeute. Weiters würde eine Laissez-faire-Haltung dem Klienten nicht beweisen, dass der Therapeut ihn als eine wertvolle Person betrachte. Auch Höger (2006a) verweist auf das hohe Maß an Aktivität, das die Herstellung eines förderlichen Klimas, in dem sich der Klient eigenständig entwickeln und dadurch eine bessere Integration in sich und seine Umgebung erreichen kann, vom Therapeuten erfordert. Der Therapeut begleitet konzentriert den Klienten, der sich seinem eigenen Erleben, den eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen, Bedürfnissen, Motiven und Zielen zuwendet.

Das hohe Maß an Konzentration und Aktivität des nondirektiven Therapeuten lässt sich mit einem Modell beschreiben, das Rogers (2007c [1980]) in seinen späteren Schriften umrissen hat:

Wenn ich als Gruppenleiter oder als Therapeut in meiner besten Form bin, entdecke ich ein weiteres Charakteristikum. Ich stelle fest, daß [sic!] von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewußtseinszustand [sic!] befinde. Dann ist allein schon meine Anwesenheit für den anderen befreiend und hilfreich. Ich kann nichts tun, um dieses Erlebnis zu forcieren, aber wenn ich mich entspanne und dem transzendentalen Kern von mir nahekomme, dann verhalte ich mich manchmal etwas merkwürdig und impulsiv in der jeweiligen Beziehung, ich verhalte mich auf eine Weise, die ich rational nicht begründen kann und die nichts mit meinen Denkprozessen zu tun hat. Aber dieses seltsame Verhalten erweist sich merkwürdigerweise als richtig: Es ist, als habe meine Seele Fühler ausgestreckt und die Seele des anderen berührt. (Rogers, 2007c [1980], S. 80)

Diese therapeutische Anwesenheit die diese große heilende Wirkung in der therapeutischen Begegnung bedingt, scheint ein Aspekt der in Kapitel 3.3.2 beschriebenen Ich-Du-Beziehung auszumachen, da Rogers seine größtmögliche Echtheit beziehungsweise Authentizität, das innere intuitive Selbst, mit der Heilungswirkung in Zusammenhang bringt.

Rogers beschrieb dieses Modell der therapeutischen Anwesenheit erst spät in seinem Wirken und arbeitete es nicht explizit heraus. So existieren einige Interpretationen über die Stellung von Präsenz innerhalb der Bedingungen zur Erschaffung eines förderlichen Klimas. Während Rogers wie oben beschrieben selbst sie als zusätzliches Charakteristikum seines Seins mit den Klienten zu beschreiben begann, bezeichnet Schmid (2002) die Präsenz des Therapeuten als eine Art übergeordnete Haltung, deren verschiedene Facetten sich in den drei Grundhaltungen manifestieren.

Um ein erweitertes Verständnis der therapeutischen Präsenz zu erlangen und ihre Qualität zu beschreiben, untersuchten Geller und Greenberg (2002) die Ergebnisse einer Befragung von sieben erfahrenen Therapeuten nach ihren Erkenntnissen mit diesem in der Literatur beschriebenen Phänomen und erhielten ein Modell mit drei Hauptbereichen:

- Die *Vorbereitung für das Präsent-sein* betrifft einerseits das tägliche Leben des Therapeuten (beispielsweise durch das Verfolgen des persönlichen Wachstums und der Aufmerksamkeit gegenüber eigenen Bedürfnissen und Anliegen) und geschieht andererseits auch vor oder am Beginn der einzelnen Sitzung. Die Absicht, das ganze Selbst in die Begegnung mit dem Klienten einzubringen schließt es ein, aktiv einen Platz zu schaffen, in dem persönliche Belange des täglichen Lebens zur Seite gestellt werden (Geller & Greenberg, 2002).

Die Vorbereitung, sich ganz auf den Klienten einzulassen, ist in einer Sitzung Rogers' mit einem Klienten namens Mark zu beobachten, deren Aufzeichnung bei Brink und Farber (1996, S. 16) zu finden ist:

Carl Rogers (C.R.): Now, if you can get your chair settled – this has come rather suddenly. I need to take a minute or two to kind of get which myself somehow, okay?... Then let's just be quiet for a minute or two. (Pause) Do you feel ready?
 Mark: I'm ready.
 C.R.: Okay. I don't know what kind of issue or problem you might want to talk about. I'd be very glad to hear whatever you have to say.

- Der *Prozess der therapeutischen Präsenz* reflektiert, was der Therapeut tut, wenn er in der Sitzung mit dem Klienten präsent ist. Seine Empfänglichkeit beinhaltet das vollständige Einlassen der ganzen Person auf die Erfahrung einer Sitzung, in einem greifbaren und körperlichen Art und Weise, die kinästhetische, sinnliche, physische, emotionale und mentale Aspekte enthält. Dieser Erfahrung wendet sich der Therapeut innerlich zu und antwortet dem Klienten kreativ und spontan, indem er sich selbst als Instrument für das Verständnis des Klienten verwendet. Der Therapeut macht sich als Menschen zugänglich und weitet sich selbst und seine Grenzen auf den Klienten aus, das heißt er reicht emotional, energetisch und verbal nach außen. Im Zustand der therapeutischen Präsenz weiß der Therapeut intuitiv, wie er dem Klienten antwortet (Geller & Greenberg, 2002).

- In der eigenen *Erfahrung der Präsenz* wird der Therapeut vom konkreten Moment ganz in Anspruch genommen, so als würde nichts anders existieren als die Begegnung mit dem Klienten. Darin ist ein tiefes Erfahren enthalten, das Loslassen von Kontrolle und Ergebnis der Therapie inkludiert und von Moment zu Moment Fokus, Bewusstsein und Alarmbereitschaft aufweist. Die Gefühle von Zeitlosigkeit, Energie, Fluss und Weite werden ebenfalls der therapeutischen Präsenz zugeschrieben, genauso wie sich der Therapeut zentriert, ganz und standhaft fühlt. Hinsichtlich des Klienten wurden in therapeutischer Präsenz Gefühle von Ehrfurcht, Verwunderung, Wärme, Mitgefühl und Liebe angeführt (Geller & Greenberg, 2002).

In den Post-Session-Interviews und Erlebnisberichten des in der vorliegenden Arbeit untersuchten Materials zeigt sich, wie die Klientinnen die Präsenz des Therapeuten, seine Stimme, und seinen Blick wahrnahmen. In den folgenden Ausschnitten wird ersichtlich, dass das Erlebnis seiner Präsenz als hilfreich und heilsam wahrgenommen wurde:

Hilfreich für die Klientin war, dass der Therapeut sie verstehend und betroffen ansah, da sie sich dadurch ihm öffnen konnte. Weniger, was der Therapeut inhaltlich gesagt hat, sondern mehr sein Ausdruck, waren ihr hilfreich.

In diesem Gespräch war ihr [der Klientin] nicht der Augenkontakt, sondern der akustische und gefühlsmäßige Kontakt wichtig. Sie hat sich in der Akustik wiedergefunden, sie braucht die Optik gar nicht. Sie hat das Gefühl, die Augen zumachen zu dürfen und sich in sich verlieren zu dürfen und trotzdem nicht unterzugehen: „ich könnte blind sein und würde mich genauso aufgefassen fühlen“.

Die Klientin erlebte den Therapeuten anfänglich als neutral und weitere Informationen abwartend. Sie hatte das Gefühl, dass sein Gesichtsausdruck umso „liebvoller“ wurde, desto mehr sie von sich und ihren Selbstzweifeln erzählte („der liebevolle Gesichtsausdruck hat mich endgültig aus der Fassung gebracht, weil ich mir selbst nicht genug Liebe entgegengebracht habe“).

Beim Öffnen halfen mir auch die Gefühle, „da ist jemand, der sich ausschließlich um mich kümmern will und alles hören möchte, was ich zu sagen habe“.

Ich empfand es als wohltuend, dass der Therapeut mir gegenüber wenn ich lächelte auch lächelte und wenn ich wieder ernster wurde auch ernster wurde und somit meine Emotionen nachempfand und nicht gleichmütig in die Gegend blickte.

Beobachtbar wird die intensive Präsenz des Therapeuten unter anderem auch in seiner Körpersprache – so zeugt beispielsweise Rogers‘ Haltung von solcher Aufmerksamkeit, dass er in der Sitzung von Zeit zu Zeit auf der Kante seines Sessels sitzt (Natiello, 1996).

Dominanzaspekt: Bei der Untersuchung therapeutischer Präsenz zeigt sich ein Bild von solch deutlicher Intensität im Prozess des Therapeuten und der Wahrnehmung der Klientinnen, dass der Vorwurf, Nondirektivität sei mit Passivität, Laissez-faire und einem Mangel an Interesse gleichzusetzen, außer Kraft gesetzt werden kann.

Auf der anderen Seite muss die Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und Intensität, die Greening (2001) als Direktivität empfindet, von jener abgegrenzt werden, da der Therapeut mit seiner Präsenz – die sich in solchen Termini beschreiben lässt – nicht das Ziel verfolgt, seine eigene Autorität zu demonstrieren und den Klienten zu bestimmten Zwecken zu beeinflussen. Die therapeutische Präsenz, so wie sie oben definiert wird, stellt daher einen *Dominanzaspekt* innerhalb der nondirektiven Psychotherapie dar.

Die Diskussion hinsichtlich Nondirektivität in der personenzentrierten Psychotherapie befindet sich naturgemäß im Begriff der ständigen Entwicklung. Somit entstehen immer wieder neue Konzepte und Auseinandersetzungen zum Thema, wodurch bei den hier herausgearbeiteten *Dominanzaspekten* keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit besteht. Vielmehr sind sie auch im Hinblick auf die verwendete Vorgangsweise als exemplarisch und vorläufig in dem Sinn zu verstehen, einen Beitrag zu einem erweiterten Verständnis von Nondirektivität und einen weiteren Impuls zur Diskussion der Natur des Konzeptes zu liefern.

5. Resümée und weiterführende Fragen

Die vorliegende Arbeit stellt eine Auseinandersetzung mit *Dominanzaspekten* innerhalb der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapietheorie und –praxis dar. Darunter sind in Anlehnung an die Terminologie der interpersonellen Theorie der Kommunikation beeinflussende und lenkende Aspekte und die damit einhergehende Autorität des nondirektiven Therapeuten zu verstehen.

Es wurde dargestellt, inwiefern diese Aspekte, die eigentlich eine nach Rogers (2007a [1942]) direkte Therapiegestaltung charakterisieren, als Elemente des nondirektiven personenzentrierten Theorie und Praxis zu verstehen und begründbar sein können.

Drei Ausgangspunkte wurden als Faktoren für die Diskussion herangezogen und im Zuge der Herausarbeitung von *Dominanzaspekten* miteinander in Beziehung gesetzt:

- Verschiedene Interpretationen des Nondirektivitätskonzepts sowie diesbezügliche Kritik und Verzerrungen, die die Beeinflussung, Lenkung und Autorität des nondirektiven Therapeuten zum Thema haben
- Hinweise auf Beeinflussung, Lenkung und Autorität des Therapeuten, die in der Literatur innerhalb des nondirektiven Ansatzes auszumachen sind
- Wahrnehmungen von Klientinnen hinsichtlich dieser Aspekte in der konkreten Therapiesitzung

Im Lauf der Untersuchung wurde festgestellt, dass *Dominanzaspekte* auf den verschiedensten (Abstraktions-)Ebenen von nondirektiver personenzentrierter Psychotherapie zu finden sind. Sie sind zum Teil eng miteinander verflochten und unterscheiden sich nur sehr subtil beziehungsweise aufgrund eines veränderten Blickwinkels. In diesem Sinne ist die systematisch getrennte Darstellung der *Dominanzaspekte* ein Versuch, den verschiedenen Gesichtspunkten der herangezogenen Quellen gerecht zu werden.

Der erste beschriebene *Dominanzaspekt* besteht in der oft beanstandeten *Unmöglichkeit der Nicht-Beeinflussung*: Nondirektive Therapie ist Beeinflussung. Dieser Aspekt hat einen gewissermaßen übergeordneten Charakter, da alle folgenden *Dominanzaspekte* aus unterschiedlichen Formen und Ausdrücken von nondirektiver Beeinflussung bestehen.

Auch nondirektive Therapie soll den Klienten zu bestimmten Zwecken lenken – diese sind jedoch nicht vom Therapeuten bestimmt sondern orientieren sich an den Lebenszielen, die der Klient für sich selbst wählt. Unterschiedliche Ebenen der *Dominanz* zeigen sich beispielsweise unter dem Gesichtspunkt, dass allein die Überprüfung beziehungsweise *Korrektur des empathischen Verstehens* eine subtil lenkende Qualität für den Klienten hat – genauso wie das *Heranziehen früher im Gespräch erwähnter Inhalte* zum Zweck des empathischen Verstehens, das die Aufmerksamkeit des Klienten auf diesen Aspekt und weg vom gerade Erzählten lenkt. Außerdem liegt *Dominanz* auch im vereinzelt „Voraus-sein“ des Therapeuten im empathischen Prozess, da der Klient das Gefühl bekommt, der Therapeut als Experte sehe sein Problem besser als der Klient selbst.

Im nächsten Schritt wurden die *Rahmenbedingungen* der Therapie behandelt. Trotz aller Verhandelbarkeit im Zuge der Frage, was für den Klienten am besten ist, ist es der Therapeut, der in der autoritären Position ist: Gewisse Bedingungen wie Dauer, Ort und Kosten der Therapie werden letztendlich im Hinblick auf die Möglichkeiten und Gepflogenheiten des Therapeuten als Hilfegebendem entschieden.

Der nächste *Dominanzaspekt* liegt darin begründet, dass der Therapeut – trotz aller Skepsis des nondirektiven Ansatzes bezüglich *Expertentum* – in der Wahrnehmung des Klienten genau diese autoritäre Expertenrolle einnimmt, da oft zunächst nicht realisiert wird, dass die nondirektive Therapiebeziehung die Autonomie des Klienten zu schützen trachtet. Der Klient geht demgemäß vorsichtig und selektiv in der Auswahl dessen, was er offenbart, vor. Die Wahrnehmung des Therapeuten als Autorität führt also zu einer Art „inneren Zensur“ und formt die Aussagen des Klienten.

Eine Aspekt der *Dominanz* liegt demnach auch in der strukturellen Ungleichheit zwischen Hilfesuchendem und Helfer in der therapeutischen Beziehung, obwohl Rogers (1987) die Momente der grundlegenden Veränderung des Klienten als Momente der gefühlten *Gleichheit* von Klient und Therapeut bezeichnet: Der Therapeut ist in einer übergeordneten, das heißt autoritäreren Position, da er sich als Helfer auf den Veränderungsprozess des Klienten ausrichtet und nicht umgekehrt.

Der *Dominanzaspekt*, der sich aus der *konsequenten Beibehaltung von Nondirektivität* ergibt, besteht darin, dass der Klient nur *ein bestimmtes* Beziehungsangebot bekommt, das der Therapeut festlegt und es nicht ändert, wodurch dieses Element einen autoritären Charakter bekommt. Da dieses Beziehungsangebot jedoch von Nondirektivität beziehungsweise der Verwirklichung der Grundhaltungen geprägt ist, sind im Sinne der Autonomiewahrung des Klienten und des situationellen Kontexts Interventionen möglich, die unter anderen Umständen als direktiv gelten: Wenn der Klient dies wünscht und der Therapeut sich dazu imstande fühlt, kann er Ratschläge geben, Techniken anwenden, Informationen geben etc. Die Entscheidung, ob er die Expertise darüber in die Hände des Therapeuten legt und diese lenkenden Interventionen zulässt, bleibt beim Klienten (Brodley, 2006a), wodurch die oben genannten Interventionen als *dominant* einzuordnen sind.

Die Beeinflussung, die der *Echtheit des Therapeuten* inne ist, wird ebenfalls als *Dominanzaspekt* klassifiziert. Die Wahl dessen, worauf der Therapeut antwortet und auch sein Einbringen konstant bestehender Ideen beinhaltet Lenkung und wird von seiner eigenen Persönlichkeit und Geschichte beeinflusst. Auch sein Vorgehen in der Therapie – „ungeduldig“ oder sanft (Rogers & Wood, 2012 [1977]), mit relativ viel eigener Redezeit – wird im Kontext seiner Echtheit von Direktivität abgegrenzt. Aufgrund dessen und des Faktes, dass der innere Bezugsrahmen des Klienten immer als Referenz gilt, werden diese Aspekte, die unter anderen Umständen als direktiv gelten, den *Dominanzaspekten* zugeordnet.

Aus der *Selektivität*, mit der der nondirektive Therapeut seine Aufmerksamkeit eher den *Gefühlen* und Bedeutungen der Klientenäußerungen anstatt des Inhaltes widmet, ergibt sich der nächste *Dominanzaspekt*. Dieser Aspekt ist aus zwei Blickwinkeln zu beleuchten, da die Lenkung auf die Gefühlsebene, die der Therapeut mit dieser Selektivität bewirkt, auch durch die Selbstlenkung des Klienten als aktivem Selbstheiler mitbedingt wird. Insofern erschafft sich der Klient den Therapeuten und seine Reaktionen hinsichtlich dessen, was er braucht, um seine eigenen Therapieziele zu erreichen (beispielsweise hört der Klient einen Ratschlag heraus, den der Therapeut nicht absichtlich gegeben hat und stilisiert ihn dadurch zu einem „Wegweiser“).

Der abschließend in dieser Arbeit behandelte *Dominanzaspekt* betrifft die *Präsenz* des nondirektiven Therapeuten. Er ergibt sich aus der Kritik, Nondirektivität sei mit Passivität, Laissez-faire und Desinteresse gleichzusetzen, was aus dem Anspruch entstehe, dem Klienten nicht in den Weg zu kommen (Rogers 1973 [1951]) und der Beobachtung, wie einladend, präsent, aufmerksam und damit direktiv Rogers mit seinen Klienten umgehe (Greening, 2001). Die emotionale Beteiligung und Konzentration des Therapeuten, die sich in Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme ausdrückt und vom Klienten als sehr intensiv wahrgenommen wird, ist eine Beeinflussung, die von Direktivität abgegrenzt werden muss: Mit seiner starken Präsenz verfolgt der nondirektive Therapeut nicht das Ziel, den Klienten zu bestimmten Zwecken zu beeinflussen und seine Autorität zu demonstrieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass *Dominanzaspekte* in der nondirektiven personenzentrierten Psychotherapie von Direktivität abzugrenzen sind, da ihnen die nondirektive Haltung zugrunde liegt – eine Haltung, die vom Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz des Klienten geprägt ist und innerhalb derer die Autonomie des Klienten den höchsten Wert darstellt, sodass dieser immer die größtmögliche Freiheit im Denken, Handeln und Fühlen behalten soll. Beeinflussung, Lenkungsaspekte und Aspekte der Autorität des Therapeuten sind in diesem Zusammenhang natürliche Elemente nondirektiver Praxis.

5.1 Weiterführende Fragen

Da das Konzept der *Dominanzaspekte* relativ theoretisch und breit angelegt ist, drehen sich mögliche weiterführende Fragen um eine feinkörnigere Untersuchung dieser Aspekte, beispielsweise:

- Inwiefern besteht die Möglichkeit einer Gewichtung von *Dominanzaspekten*? Sind bestimmte Reaktionen des Therapeuten als „stärker lenkend“ einzustufen als andere?
- Welche *Dominanzaspekte* nimmt der Klient stärker wahr?

- Gibt es Situationen im therapeutischen Gespräch, in denen solche *Dominanzaspekte* gehäuft vorkommen?

Die Auseinandersetzung mit *Dominanzaspekten* im nondirektiven Ansatz erhält dadurch an Bedeutung, dass Grant (1990) das Konzept der Nondirektivität und ihre Implikationen als Brennpunkt in der Debatte um die richtige Interpretation Rogers' Werk und damit der Natur der personenzentrierten Psychotherapie bezeichnet. Diese Arbeit versteht sich als ein weiterer Impuls für diese Diskussion, die seit der Begründung des Ansatzes besteht und noch immer – wie in dieser Untersuchung ersichtlich wurde – nicht an Kraft verloren hat. So bemerkte Grant schon vor 20 Jahren: „This debate will end when we all agree or lose interest. Neither is likely to happen soon (Grant, 1990, S. 2).

Bibliographie

Bauer, R. (1992). Wirksam statt mächtig? Zu Struktur und Qualität personzentrierter Einflussnahme. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 279-292). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123-145). Wien. New York: Springer.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bohart, A. C. (2004). How do Clients make Empathy work? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (2), 102-116.

Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self-Healing*. Washington: American Psychological Association.

Bowen, M. (1996). The Myth of Nondirectiveness. In B. A. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Hrsg.), *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary* (S. 84-94). New York: The Guilford Press.

Bozarth, J. D. (1996). Client-Centered Therapy and Techniques. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: A Paradigm in Motion* (S. 363-368). Frankfurt am Main: Lang.

Brink, D. C. (1987). The Issues of Equality and Control in the Client-or Person-Centered Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 27-37.

Brink, D. C. & Farber, B. A. (1996). A Scheme of Rogers' Clinical Responses. In B. A. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Hrsg.), *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary* (S. 15-24). New York: The Guilford Press.

Brodley, B. T. (1990). Client-Centered and Experiential: Two different Therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Hrsg.), *Client-centered and Experiential Therapy in the Nineties* (S. 87-107). Leuven: Leuven University Press.

Brodley, B. T. (2005). About the Nondirective Attitude. In B.E. Levitt (Hrsg.), *Embracing Nondirectivity. Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century* (S. 1-4). Ross-on-Wye: PCC Books.

Brodley, B. T. (2006a). Client-Initiated Homework in Client-Centered Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16 (2), 140-161.

Brodley, B. T. (2006b). Non-Directivity in Client-Centered Therapy. *Person-Centered and Experiential Therapies*, 5 (1), 36-52.

Brodley, B. T. & Brody, A. (1996). Can One Use Techniques and Still Be Client-Centered? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: A Paradigm in Motion* (S. 369-374). Frankfurt am Main: Lang.

Burstow, B. (1987). Humanistic Psychotherapy and the Issue of Equality. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 9-25.

Cain, D. J. (1989). The paradox of nondirectiveness in the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 4, 123-131.

Danner, H. (1979). *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik*. München. Basel: Reinhardt.

DeCarvalho, R. J. (1991). *The founders of humanistic psychology*. New York: Praeger.

Ellinghama, I. (2011). Carl Rogers' fateful wrong move in the development of Rogerian relational therapy: Retitling „relationship therapy“ „non-directive therapy“. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 10 (3), 181-197.

Evans, R. I. (1975). *Carl Rogers. The Man and His Ideas*. New York: Dutton.

Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1-2), 71-86.

Gendlin, E. T. (1974). Client-Centered and Experiential Psychotherapy. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Hrsg.), *Innovations in Client-Centered Therapy* (S. 211-246). New York: John Wiley & Sons.

Gergen, K. & Kaye, J. (1992). Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning. In S. McNamee & K. Gergen (Hrsg.), *Therapy as Social Construction* (S. 166-185). London: Sage.

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber (mit einführenden Bemerkungen von Wolfgang M. Pfeiffer). In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 184-201). Köln: GwG.

Grant, B. (1990). Principled and Instrumental Nondirectiveness in Person-Centered and Client-Centered Therapy. *Person-Centered Review*, 5 (1), 77-88.

Grant, B. (2005). Taking only what is given: Self-determination and empathy in non-directive client-centered therapy. In B. E. Levitt (Hrsg.), *Embracing Nondirectivity*.

Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century (S. 248-260). Ross-on-Wye: PCC Books.

Greenberg, L. S. (1996). The Power of Empathic Exploration. A Process-Experiential/Gestalt Perspective on the Case of Jim Brown. In B. A. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Hrsg.), *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary* (S. 251-260). New York: The Guilford Press.

Greening, T. (2001). Carl Rogers als „direktiver“ Therapeut. *Person*, 5 (2), 37-38.

Höger, D. (2006a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 11-35). Heidelberg: Springer.

Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117-139). Heidelberg: Springer.

Hutterer, R. (1998). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien: Springer.

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. *Person*, 9 (1), 21-41.

Kahn, E. (1999). A Critique of Nondirectivity in the Person-Centered Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 39 (4), 94-110.

Keil, W. & Stumm, G. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1-62). Wien. New York: Springer.

Kiesler, D. J. (1983a). The Interpersonal Circle: A Taxonomy for Complementarity in Human Transactions. *Psychological Review*, 90 (3), 185-214.

Kiesler, D. J. & Goldston, C. S. (1988). Client-Therapist Complementarity: An Analysis of the Gloria Films. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 127-133.

Klafki, W. (2001 [1971]). Hermeneutische Verfahren in der Erziehungswissenschaft. In C. Rittelmeyer & M. Parmentier (Hrsg.), *Einführung in die pädagogische Hermeneutik* (S. 125-148). Darmstadt: WBG.

Koller, H.-C. (2004). *Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft*. Stuttgart: Kohlhammer.

Levitt, B. E. & Brodley, B. T. (2005). „It enlightens everything you do“: Observing Non-Directivity in a Client-Centered Therapy Demonstration Session. In B. E. Levitt

(Hrsg.), Embracing Nondirectivity. Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century (S. 96-112). Ross-on-Wye: PCC Books.

Lietaer, G. (1988). Bedingungsloses Akzeptieren: eine umstrittene Grundhaltung in der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG Zeitschrift*, 73, 53-60.

Lietaer, G. (1992). Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“: Über die zentrale Bedeutung eines Kernkonzepts. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung* (S. 11-21). Heidelberg: Asanger.

Natiello, P. (1996). An Argument for Client Self-Determination. In B. A. Farber, D. C. Brink & P. M. Raskin (Hrsg.), *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary* (S. 120-132). New York: The Guilford Press.

Patterson, C. H. (2000). *Understanding Psychotherapy: Fifty years of client-centered theory and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Pawlowsky, G. (1992). Bitte, nehmen Sie Platz... Anfänge, Vereinbarungen, Entwicklungen, Abschlüsse – der Rahmen Personzentrierter Psychotherapie. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 163-176). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person* 5 (1), 52-57.

Rogers, C. R. (1973 [1951]). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.

Rogers, C. R. (1974). Remarks on the future of Client-Centered Therapy. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Hrsg.), *Innovations in Client-Centered Therapy* (S. 7-13). New York: John Wiley & Sons.

Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way Of Being. *The Counseling Psychologist*. 5 (2), 2-10.

Rogers, C. R. (1984 [1970]). *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. Frankfurt am Main: Fischer.

Rogers, C. R. (1985 [1977]). *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. Frankfurt am Main: Fischer.

Rogers, C. R. (1987). Comments on the Issue of Equality in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 38-39.

Rogers, C. R. (1995 [1986]). Ein klientenzentrierter beziehungsweise personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238-256). Mainz: Matthias Grünewald-Verlag.

Rogers, C. R. (1998 [1961]) Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C. R. (2002 [1959]). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: Gwg.

Rogers, C. R. (2007a [1942]). Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt am Main: Fischer.

Rogers, C. R. (2007b [1957]). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 44 (3), 240-248.

Rogers, C. R. (2007c [1980]). Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C. R. (2012 [1977]). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. R. Rogers (Autor) & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 188-210). Frankfurt am Main: Fischer.

Rogers, C. R. & Wood, J. K. (2012 [1977]). Klientenzentrierte Theorie. In C. R. Rogers (Autor) & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 131-165). Frankfurt am Main: Fischer.

Sachse, R. (2002). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 265-284). Wien. New York: Springer.

Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75-105). Wien. New York: Springer.

Schmid, P. F. (2005). Facilitative responsiveness: Non-Directiveness from anthropological, epistemological and ethical perspectives. In B. E. Levitt (Hrsg.), *Embracing Nondirectivity. Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century* (S. 75-95). Ross-on-Wye: PCC Books.

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Swildens, H. (2002). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 187-206). Wien. New York: Springer.

Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy. Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.

Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1991 [1963]). *Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person*. Göttingen: Hogrefe.

Tudor, K. (2008). Introduction. In K. Tudor (Hrsg.), *Brief person-centered therapies* (S. 1-12). London: Sage.

Van Balen, R. (1990). The therapeutic relationship according to Carl Rogers, only a climate? A dialogue? Or both? In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Hrsg.), *Client-centered and Experiential Therapy in the Nineties* (S. 65-85). Leuven: Leuven University Press.

Van Kessel, W. & Keil, W. (2002). Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 107-119). Wien. New York: Springer.

Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231-264). Wien. New York: Springer.

Witty, M. (2004). The Difference Directiveness makes. The Ethics and Consequences of Guidance in Psychotherapy. *The Person-Centered Journal*, 11 (1-2), 22-32.

Witty, M. (2005). Non-Directiveness and the problem of Influence. In B. E. Levitt (Hrsg.), *Embracing Nondirectivity. Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century* (S. 228-247). Ross-on-Wye: PCC Books.

Internetquellen

Bozarth, J.D. (2000). Non-directiveness in client-centered therapy: A vexed concept. Paper presented at the Eastern Psychological Association, Baltimore, Md. Verfügbar unter:

<http://personcentered.com/nondirect.html> [15. März 2012]

Keil, W. (2004). Geschichtliche Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes. Verfügbar unter: Donau-Universität Krems,

http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/psymed/artikel/a1oegwg.pdf
[15. Oktober 2011]

Kiesler, D.J. (1983b). The 1982 Interpersonal Circle. A Taxonomy for Complementarity in Human Transactions. Verfügbar unter: Virginia Commonwealth University,

<http://www.vcu.edu/sitar/CLOIT-R%201982%20Circle%20Items%20and%20Definitions.pdf> [20. September 2011]

Curriculum Vitae

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Maria Katharina Grössing
Geburtsdatum: August 1982
Geburtsort: Wien

BILDUNGSWEG

seit 10/2002 Studium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien
1997 – 2002 Höhere Lehranstalt für Wirtschaftliche Berufe in Wien
1993 – 1997 Bundesrealgymnasium in Wien
1989 – 1993 Volksschule in Wien

Weiterbildung in den Bereichen:
Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg
Sensible Gesprächsführung mit Migranten

BISHERIGE FACHEINSCHLÄGIGE TÄTIGKEITEN

seit 04/2010 Angestellte beim Verein Station Wien
03/2004 – 01/2009 Tätigkeit im Bereich der Altenbetreuung beim Verein Jung & Alt
09/2004 – 06/2005 Wissenschaftliches Praktikum im Ausbildungsbereich, BOK VHS Meidling
06/2001 – 08/2001 Praktikum im Migrationsbereich, International Organization for Migration (Genf)

Eidestattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit des Eides statt, dass ich vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Maria Grössing

Wien, März 2012