



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Nicht-Direktivität

Zur Aktualität eines personenzentrierten Konzeptes

Verfasser

Dominik Witzmann

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Oktober 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Vorwort

Im Zuge des Projektstudiums „Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie“ am Institut für Erziehungswissenschaften nahm ich 2004 an einem von Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer geleiteten Seminar zu Praxiskonzepten und Praxisforschung teil. In Kleingruppen konnten die TeilnehmerInnen bei drei Therapeutinnen jeweils eine Therapiestunde in Anspruch nehmen. Wer gerade nicht Klient war, beobachtete die therapeutischen Sitzungen. Sämtliche Therapiesprache wurden transkribiert und nach unterschiedlichen Gesichtspunkten ausgewertet. Die Beobachter fertigten Protokolle an, die Klienten Erfahrungsberichte.

Eine für mich markante Beobachtung war, dass die Therapeutinnen unterschiedlich direktiv erlebt wurden und die Klientinnen und Klienten unterschiedliche Reaktionen auf das Ausmaß an Nicht-Direktivität zeigten. Einige Klientinnen wünschten sich mehr Aktivität der Therapeutinnen. Sie wollten Antworten auf ihre Fragen und Lösungsvorschläge für ihre Probleme. Andere betonten, dass ihnen gerade die offene, verständnisvolle Beziehungsgestaltung ohne Steuerung geholfen habe. In der Literatur fand ich rasch sehr unterschiedliche Stellungnahmen zu Rogers' Konzept der Nicht-Direktivität. Aufgrund dieser Erfahrungen entwickelte ich die Idee, das Phänomen der Nicht-Direktivität in meiner Diplomarbeit näher zu untersuchen. Dabei war mir wichtig, den wissenschaftlichen Blick auf Theorie und Praxis zu richten.

Herr Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer hat in der genannten und zahlreichen weiteren Lehrveranstaltungen mein Interesse für die Konzepte Personenzentrierter Psychotherapie geweckt. Dafür und für die unterstützende und geduldige Betreuung dieser Arbeit gebührt ihm großer Dank. Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Stipsits danke ich für das Wecken meines Interesses an wissenschaftlichem Denken und für zahlreiche erkenntniserweiternde Stunden in seinen Lehrveranstaltungen, nicht nur im Bereich personenzentrierter Konzepte. Ausführliche Hinweise und wertvolle Kritik meiner Arbeiten in den von Frau Dr.ⁱⁿ Andrea Strachota geleiteten Seminaren sind wichtige Grundlage dieser Abschlussarbeit – dafür danke ich ihr herzlich. Dr.ⁱⁿ Judith Ziegler, Mag.^a Andrea Hoyer und Mag.^a Adelheid Clementi danke ich für die Möglichkeit, im Rahmen meines wissenschaftlichen Praktikums im Zentrum für Sozialforschung und Wissenschaftsdidaktik

Theorie und Anwendung qualitativer Methoden kennen zu lernen und für die Unterstützung bei der Erstellung des Konzeptes dieser Arbeit.

Besonderer Dank gebührt den aus Gründen der Anonymität ungenannten Therapeutinnen und Therapeuten, die bereit waren, ein Interview mit mir zu führen und Herrn Dr. Gerhard Pawlowsky, für die Bereitschaft zu einem Probeinterview und sein wertvolles Feedback dazu.

Ich bedanke mich bei Herrn Mag. Paul Braunger, der mich in zahlreichen Gesprächen über meine Arbeit motiviert und bei der Herstellung des Layouts unterstützt hat und schließlich bei meiner Mutter, Frau Mag.^a Ingeborg Witzmann und Herrn Rupert Hofkofler für die Korrektur meiner Arbeit.

Wien, im Oktober 2011

Dominik Witzmann

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung	7
2	Nicht-Direktivität im Spiegel fachwissenschaftlicher Literatur	11
2.1	Personenzentrierte Grundannahmen	16
2.1.1	Anthropologische Voraussetzungen - Menschenbild.....	16
2.1.2	Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung.....	18
2.1.3	Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers.....	20
2.2	Die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes nach 1942	22
2.3	Verständnis und Missverständnisse von Nicht-Direktivität	23
2.3.1	Passivität? Indifferenz? Unverbindlichkeit?	23
2.3.2	Abstraktionsebenen personenzentrierter Therapietheorie.....	25
2.4	Entwicklung, Erfahrung und Kontroversen	30
2.5	Erfahrungsorientiertheit vs. Nicht-Direktivität. Ein Widerspruch?	32
2.5.1	Focusing-orientierte Psychotherapie	33
2.5.2	Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie	35
2.5.3	Zielorientierte Gesprächspsychotherapie	36
2.5.4	Experienziell ≠ Personenzentriert?	39
2.6	Nicht-Direktivität und Wirksamkeit	44
2.7	Die Hermeneutik als wissenschaftliche Methode	47
2.8	Nicht-Direktivität im kritischen Kontext	52
2.8.1	Von der bloß historischen Bedeutung eines Konzepts.....	52
2.8.2	Berücksichtigung individueller Unterschiede der Klienten	52
2.8.3	Die Unmöglichkeit durchgehender Nicht-Direktivität.....	56
2.8.4	Nicht-Direktivität zwischen Eklektizismus und Fundamentalismus	59
2.9	Aktuelle Entwicklungen	64
3	Nicht-Direktivität in der therapeutischen Praxis	65
3.1	Das qualitative Forschungssetting	66
3.1.1	Das problemzentrierte Interview	66
3.1.2	Zur Auswahl der InterviewpartnerInnen	67
3.1.3	Der Leitfaden	68
3.1.4	Auswertungsverfahren	70

3.2	Auswertung und Ergebnisse	71
3.2.1	Verständnis von Nicht-Direktivität	71
3.2.2	Nicht-Direktivität als therapeutische Haltung	72
3.2.3	Begründungen von Nicht-Direktivität	73
3.2.4	Kritische Betrachtungen	75
3.2.5	Die Vermittlung von Nicht-Direktivität	76
3.2.6	Wie und warum sind Therapeutinnen und Therapeuten direktiv?	78
3.2.7	Der Einfluss von Klienten und ihren Diagnosen	80
3.2.8	Nicht-Direktivität im Prozessverlauf	81
3.2.9	Klientenreaktionen auf Direktivität und Nicht-Direktivität	83
3.2.10	Der Einfluss therapeutischer Erfahrung auf Nicht-Direktivität	84
3.2.11	Der persönliche Zugang der Therapeutinnen und Therapeuten	86
3.2.12	Reflexion	87
4	Zusammenfassende Darstellung und Diskussion.....	88
5	Literaturverzeichnis	94
6	Abbildungsverzeichnis	100
7	Anhang.....	101

1 Problemstellung

1942 veröffentlicht Carl Rogers sein erstes Buch zum Thema Psychotherapie. In „On counseling and psychotherapy“ (dt. Übersetzung: „Die nicht-direktive Beratung“ (ROGERS 2001)), entwirft er ein Konzept von Beratung und Psychotherapie, das sich abgrenzt von den beiden damals vorherrschenden Schulen der Psychoanalyse und der behavioristischen Therapien. Der wesentliche Unterschied liegt nach Rogers in der Frage, wer Weg und Ziele der Therapie bestimmt, der Therapeut oder der Klient. Dabei legt der nicht-direktive Standpunkt „großen Wert auf das Recht jeden Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten“ (ROGERS 2001, S. 119).

Das Konzept der Nicht-Direktivität, wie es Rogers hier erstmals entwirft, wird von ihm und zahlreichen weiteren Autoren in den folgenden Jahrzehnten weiterentwickelt. Die historische Perspektive, die ich an den Beginn meiner Arbeit stelle, hat das Ziel, das Revolutionäre, Neue der Gedanken Rogers' zu zeigen. Dadurch soll nachvollziehbar werden, was Rogers unter Nicht-Direktivität verstand. Die Weiterentwicklung seines Ansatzes brachte weitere wesentliche Voraussetzungen für den konstruktiven Verlauf eines therapeutischen Prozesses (vgl. ROGERS 1997b). Rogers verwendet auch in seinen späteren Publikationen noch den Begriff „nicht-direktiv“. Als Bezeichnung für die neu entwickelte Therapieform, setzt sich aber „klientenzentriert“ und „person(en)zentriert“ durch. Auf Basis der weiterentwickelten Theorie entstanden neue therapeutische Praxiskonzepte. Diese werden häufig unter dem Begriff „Experienzielle Psychotherapien“ zusammengefasst. Nicht-Direktivität hat in diesen Weiterentwicklungen unterschiedlichen Stellenwert. Von manchem Autor wird ihre Möglichkeit in Abrede gestellt, bzw. ihre Bedeutung angezweifelt. Andere betonen, dass ein Verzicht auf Nicht-Direktivität unvereinbar ist mit dem Anspruch, als Therapeutin oder Berater personenzentriert zu arbeiten.

Diese Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, inwieweit das Konzept der Nicht-Direktivität bis heute Bestandteil personenzentrierter Theorie und Praxis ist. Sie untersucht, wie Nicht-Direktivität begründet wird und ob sie unverzichtbare paradigmatische Bedingung personenzentrierter Ansätze ist.

Zunächst stelle ich die historische und aktuelle wissenschaftliche Diskussion anhand ausgewählter Literatur zum Thema dar und arbeite diese in einem hermeneutischen Prozess auf.

In der Auseinandersetzung mit Rogers' eigenen Gedanken gehe ich der Frage nach, wie das Konzept der Nicht-Direktivität entstanden ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, das Menschenbild Carl Rogers' näher auszuführen. Im Anschluss daran lässt sich die Frage behandeln, ob Nicht-Direktivität als Methode, Technik oder Haltung zu verstehen ist.

In der Rezeption weiterer Literatur zum Thema zeigt sich, wie unterschiedlich die Ansichten zu und Verständnisse von Nicht-Direktivität sind. Die unterschiedlichen Gedanken sollen diskutiert und einander gegenübergestellt werden. Ich zeige, wie Nicht-Direktivität heute verstanden und missverstanden wird. Dabei werde ich stets den Bezug zu Rogers' ursprünglichem Konzept herstellen.

Ein weiterer Teil meiner Arbeit soll zeigen, welche Therapieformen mittlerweile aus dem personenzentrierten Konzept heraus entwickelt wurden und inwiefern darin das Konzept der Nicht-Direktivität (noch) verankert ist. Dies geschieht anhand der Beispiele Focusing-Therapie, Prozessorientierte Gesprächstherapie und Zielorientierte Gesprächstherapie.

Nicht-Direktivität ist immer wieder Angriffspunkt kritischer Betrachtungen. In der Diskussion dieser Argumentationsfiguren setze ich mich mit der Frage auseinander, inwieweit es überhaupt möglich ist, nicht-direktiv zu agieren. Weitere Fragen die an dieser Stelle Berücksichtigung finden sind: Ist Nicht-Direktivität immer hilfreich, unabhängig von Eigenschaften, Anliegen und Störungsbildern von Klienten? Sind Methoden und Techniken mit Nicht-Direktivität vereinbar? Verhindert Nicht-Direktivität Begegnung, oder ermöglicht sie diese?

Inwieweit sich Aussagen über den Zusammenhang von Nicht-Direktivität und der Wirksamkeit einer Psychotherapie treffen lassen, untersuche ich anhand einer Metaanalyse zu Wirksamkeit unterschiedlicher Psychotherapierichtungen.

Im zweiten, empirischen Teil möchte ich die Bedeutung des Phänomens Nicht-Direktivität in der therapeutischen Praxis erfassen. Mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews (vgl. MAYRING 2010) gehe ich der Frage nach, inwieweit Nicht-Direktivität für Therapeutinnen und Therapeuten eine Rolle spielt, wie sie diesen Begriff verstehen und ob bzw. wie sie das Konzept im therapeutischen Alltag leben. Die Interviewauswertung erfolgt an die

theoretischen Erkenntnisse anknüpfend. Folgende Hypothesen sollen dabei überprüft werden:

- Nicht-Direktivität ist eine therapeutische Haltung, die eng mit den Wurzeln der Personenzentrierten Psychotherapie in der Humanistischen Psychologie in Zusammenhang steht.
- Nicht-Direktivität steht in Zusammenhang mit den von Rogers postulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“.
- Nicht-Direktivität entspringt dem Menschenbild personenzentrierter Therapeutinnen und Therapeuten.
- Es gibt kein einheitliches Verständnis des Terminus Nicht-Direktivität.
- Therapeutinnen sind in unterschiedlichem Ausmaß und auf unterschiedliche Weise direktiv bzw. nicht-direktiv.
- Möglichkeit und Sinnhaftigkeit von Nicht-Direktivität hängen auch von Klienten und Stadium der Therapie ab.
- Der Zugang zu Nicht-Direktivität verändert sich mit zunehmender therapeutischer Erfahrung.
- Es gibt Klienten, die mit Nicht-Direktivität nicht umgehen können.
- Nicht-Direktivität hat im Umgang mit unterschiedlichen Klientendiagnosen mehr oder weniger Bedeutung.
- Nicht-Direktivität ist eine Utopie.

Diese Thesen sind Grundlage für den in 3.1.3 vorgestellten Interviewleitfaden.

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse diskutiere ich die Frage, inwieweit sich die theoretische Rezeption des Phänomens der Nicht-Direktivität in der qualitativ-empirischen Untersuchung therapeutischer Praxis widerspiegelt.

In einer zusammenfassenden Diskussion werden die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Untersuchungen unter Bezug auf die zentrale Fragestellung der Arbeit nochmals dargestellt.

*Alles wirkliche Leben ist Begegnung.
Alles Mittel ist Hindernis.
Nur wo alle Mittel zerfallen, geschieht die Begegnung.
Martin Buber*

2 Nicht-Direktivität im Spiegel fachwissenschaftlicher Literatur

Nicht nur Zustimmung, auch ein gehöriges Ausmaß an Verwirrung und Ablehnung erntete Carl R. Rogers, als er am 11. Dezember 1940 seinen Vortrag über „Einige neuere Konzepte in der Psychotherapie“ (ROGERS 1992) an der Universität Minnesota beendet hatte. Und doch war damit die Geburt einer Psychotherapieform der „Dritten Kraft“, die sich neben tiefenpsychologischen und lerntheoretisch orientierten Therapierichtungen etablieren sollte, eingeleitet.

Rogers' Konzept folgt dem Paradigma der Humanistischen Psychologie, in Abgrenzung zu jenen der Psychoanalyse und des Behaviorismus. Die Wurzeln dieses Paradigmas reichen bis in die Antike, nähren sich im Humanismus der Renaissance, ziehen sich durch Aufklärung und Neuhumanismus und erfahren schließlich durch die Humanismus-Diskussion der Moderne neue Stärkung (vgl. HUTTERER 1998).

Abgrenzung von damals gebräuchlichen Therapieansätzen steht am Beginn des zitierten Vortrages. Rogers diskutiert kritisch einige damals gebräuchliche therapeutische Techniken. Unter Anführung konkreter Beispiele zeigt er die Unzulänglichkeit von „Befehlen und Verbieten“, „Ermahnung“, „Ratschlag und Überredung“ sowie „Erklärung und Interpretation“ für einen therapeutischen Prozess auf. Die Gemeinsamkeit dieser Methoden scheint zweierlei Natur: Beurteilung der Situation und Evaluation der Ziele obliegen dem Berater, und der Berater ist es auch, der durch Untersuchen die Techniken entdecken kann, mit denen das von ihm gesetzte Ziel bestmöglich zu erreichen ist (vgl. ROGERS 1992). Diesem direktiven Vorgehen stellt Rogers eine Alternative gegenüber, die von grundlegend unterschiedlichen Grundannahmen geleitet wird:

„Dieser neuere Ansatz unterscheidet sich vom Älteren darin, dass er wirklich ein anderes Ziel hat. Er zielt direkt auf größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums, anstatt zu hoffen, dass solche Ergebnisse erwachsen, wenn der Berater hilft, das Problem zu lösen. Das Individuum und nicht das Problem steht im Brennpunkt. Das Ziel ist nicht, dieses Problem zu lösen, sondern dem Individuum *wachsen* zu helfen, so dass es mit *diesem* Problem und mit *späteren* Problemen in besser integrierter Weise fertig wird“ (ROGERS 1992, S. 22, Hervorhebungen im Original).

Ohne den Ansatz damals schon „personenzentriert“ zu nennen, definiert Rogers ihn hier bereits in Abgrenzung zu problemzentrierten Verfahren. Ziel der Therapie ist nicht die Lösung eines Problems sondern das Wachsen des Individuums.

ROGERS (1992) charakterisiert seinen Ansatz in vier Punkten, die auch heute noch in der mittlerweile wesentlich weiterentwickelten personenzentrierten Theorie ihre Entsprechung finden. Dies sind: 1. das Vertrauen auf das Streben des Individuums nach Wachstum, Gesundheit und Anpassung, 2. die Arbeit direkt im Bereich der Gefühle und Emotionen anstatt eines Fokus auf intellektuelle Komponenten, 3. die Konzentration auf die unmittelbare Situation anstatt der Vergangenheit und schließlich 4. die Betonung der therapeutischen Beziehung selbst als Wachstumserfahrung. Rogers formuliert damit in seinem ersten Punkt die Annahme dessen, was er später Aktualisierungstendenz nennen wird (vgl. dazu ROGERS 2002b, HUTTERER 1992a). Er grenzt sich in den Punkten 2 und 3 von lerntheoretisch orientierten Therapien bzw. der Psychoanalyse ab. Schließlich beschreibt er in seinem 4. Punkt das wohl wesentlichste Merkmal seines Ansatzes, die Entwicklung der Persönlichkeit in der zwischenmenschlichen Begegnung.

Im gleichen Jahr, in dem Rogers den zitierten Vortrag hält, bringt er seine Gedanken auch im Journal of Consulting and Clinical Psychology zu Papier. Rogers stellt seine Thesen als den Versuch einer Analyse des Therapieprozesses dar. Von zentraler Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf jedes Therapiegeschehens ist nach Rogers das nicht-direktive Vorgehen des Therapeuten, das Rogers hier so beschreibt:

„Der vielleicht schärfste Unterschied zwischen der heutigen Psychotherapie und früheren Praktiken ist das Ausmaß, in welchem die Verantwortlichkeit für das Leben des Klienten in seiner Hand belassen wird. Der Therapeut unterlässt es im besten Falle, zu suggerieren, Ratschläge zu geben oder zu überzeugen. Er übernimmt keine Verantwortung für die Entscheidungen des Klienten. Statt dessen ermutigt er das Individuum, da es inzwischen seiner wirklichen Gefühle klarer bewusst ist und stärker sein totales Selbst akzeptiert, die

Verantwortung für neue Entscheidungen zu übernehmen“ (ROGERS 1997a, S. 186, Übersetzung: Hutterer).

Zwei Jahre nach diesen Beiträgen erscheint Rogers' erstes Buch, das sich dem neuen Therapieansatz widmet. Rogers nennt es „Counseling and Psychotherapy“. Hier wird die deutschsprachige Ausgabe, die erstmals 1972 unter dem Titel „Die nicht-direktive Beratung“ erschienen ist, in ihrer 10. Auflage aus dem Jahr 2001 zitiert. Rogers formuliert darin folgende Ausgangshypothese:

„Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“ (ROGERS 2001, S. 28, Hervorhebung im Original).

Er beschreibt also auch hier die Gestalt der therapeutischen Beziehung als das für den Prozess Essentielle. Von ihr verlangt Rogers zu Beginn seiner Ausführungen nur, dass sie eindeutig strukturiert und gewährend sein soll. Für diese Arbeit ist die genauere Erkundung dessen, was mit „gewährend“ gemeint ist, von Bedeutung.

ROGERS (2001) beschreibt das gewährende Beziehungsangebot des Therapeuten in vier Punkten: Zunächst muss der Therapeut dem Klienten mit echtem Interesse begegnen, er muss ihn als Person akzeptieren. Dazu gehört auch eine eingegrenzte emotionale Verwicklung des Therapeuten in der Beziehung. Das zweite Merkmal ist das Gewährenlassen des Therapeuten in Bezug auf den Ausdruck von Gefühlen. Durch das Weglassen von Wertungen und Normen, bzw. Direktiven des Therapeuten, welche Gefühle in Ordnung sind, soll der Klient zu der Einstellung gelangen, dass er in der therapeutischen Begegnung alle Gefühle und Einstellungen ausdrücken darf. Der dritte Punkt beschreibt die Grenzen, die dennoch zu setzen sind. Es sind dies das unbedingte Einhalten der zeitlichen Struktur und das Hintanhalten eventueller körperlicher Aggression des Klienten. Dadurch wird der oben erwähnte Strukturaspekt konkretisiert. Das vierte Merkmal der therapeutischen Beziehung bildet bei Rogers schließlich das Fehlen jeder Art von Druck oder Zwang. Jede Art von Ratschlag oder Beeinflussung ist vom Therapeuten zu unterlassen, um dem Klienten das Gefühl zu vermitteln, dass die Zeit der Therapiestunde ganz ihm gehört. Auf diese Art und Weise kann ein freier Ausdruck auf Seiten des Klienten erreicht werden.

Um das Phänomen Nicht-Direktivität zu beschreiben, nimmt ROGERS (2001) eine Gegenüberstellung zwischen direktivem und nicht-direktivem Ansatz vor. Sie soll hier detailliert erörtert werden, da das genaue Verständnis von Rogers' Definition Missverständnisse, denen so mancher Autor heute aufsitzt, verhindern hilft. Wir finden den negativ formulierten Begriff „nicht-direktiv“ bei Rogers also nochmals gleichsam negativ, nämlich in Abgrenzung zu direktiven Haltungen, Methoden und Techniken definiert. Wir lesen bei ihm, was „nicht-direktiv“ nicht ist und wir lesen dies anhand konkreter praktischer Beispiele. Diese Beispiele aus direktiven Verfahren zeigen Situationen, in denen ein Berater versucht, die Probleme des Klienten zu finden (wir können diesen Vorgang Diagnose nennen), deren Lösung als Ziel formuliert und einen einzuschlagenden Weg dorthin festlegt. Vom Klienten erwartet er sich aktive Beteiligung an diesem Verfahren. Die Hauptverantwortung liegt aber beim Therapeuten. Das Problem rückt in den Mittelpunkt, die Auffindung seiner Ursachen und seine Lösung werden a priori als Ziele angenommen. Wir können solche Verfahren daher auch als „problemzentriert“ beschreiben. Durch die starke Lenkung des Therapeuten wird der Klient im freien Ausdruck von Gefühlen gehemmt. Hat der Klient eine Diagnose erfahren, verlangt er gleichsam nach einer direktiven Vorgangsweise. Er erwartet, dass etwas mit ihm getan wird, um die Störung zu beheben. Durch diesen Prozess wird die Autonomie des Klienten nicht gefördert, vielmehr entsteht eine (vielleicht neue oder weitere) Abhängigkeit. Bei Eintreten eines weiteren Problems wird nicht eine neu erworbene, selbstständigere Art und Weise des Umgangs eingesetzt, sondern der Berater wird wohl wieder aufgesucht werden. Die nächste Diagnose kann folgen. Diesen Kreislauf möchte Rogers verhindern.

In der Herausarbeitung der Gegensätze von nicht-direktiven und direktiven Ansätzen, geht es bei ROGERS (2001) zunächst recht quantitativ zu. Er vergleicht die Anzahl der Interventionen des jeweiligen Beraters, bzw. der Beraterin, arbeitet heraus, welche Interventionen von welcher Beratergruppe wie oft gesetzt werden und kommt so zu einer Reihe von Schlüssen:

„Die direktive Gruppe betont jene Techniken, die das Interview kontrollieren und den Klienten einem vom Berater gewählten Ziel zuführen; die nicht-direktive Gruppe legt dagegen Nachdruck auf die Techniken, die bewirken, dass der Klient sich seiner Einstellungen und Gefühle bewusster wird und demzufolge an Einsicht und Selbstverständnis gewinnt“ (ROGERS 2001, S. 115).

Der direktive Ansatz scheint Rogers durch häufige, gezielte Fragen gekennzeichnet, auf die spezifische Antworten erwartet werden. Darauf folgen Informationen und Erklärungen des Beraters bzw. der Beraterin: „Er versucht eine Veränderung herbeizuführen, indem er dem Klienten eine Handlung vorschlägt und indem er Beweismaterial wie persönlichen Einfluss geltend macht, um zu erreichen, dass diese Handlung durchgeführt wird“ (ROGERS 2001, S. 117).

Der nicht-direktive Ansatz sei hingegen „durch ein Überwiegen der Aktivität des Klienten gekennzeichnet, der wesentlich mehr über seine Probleme spricht“ (ROGERS 2001, S. 117). Techniken, die Rogers hier nennt, sind beispielsweise das Wiederholen des vom Klienten Geäußerten, und der Versuch, dies genau zu klären. So wird dem Klienten die Möglichkeit gegeben, „Gefühle zu spezifischen Themen auszudrücken“ (ROGERS 2001, S. 117).

In den analysierten direktiven Beratungsgesprächen spricht der Berater mehr als doppelt so viel wie in den nicht-direktiven. Umgekehrt ist natürlich die Sprechzeit des Klienten in den nicht-direktiven Gesprächen wesentlich höher (ROGERS 2001, S. 115).

Der große Unterschied der Ansätze liegt nach Rogers hauptsächlich in der Festsetzung der Ziele und Absichten des therapeutischen Prozesses. Geht es in den direktiven Ansätzen meist darum, sozial anerkannte oder wünschenswerte Ziele zu formulieren (und meist kommt die Aufgabe dieses Formulierens dem Berater bzw. der Beraterin zu), so geht Rogers davon aus, dass der Klient „das Recht hat, seine Lebensziele selbst zu wählen, selbst, wenn diese im Gegensatz zu den Zielen stehen, die der Berater für ihn ausgewählt hätte. (...) Der nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten“ (ROGERS 2001, S. 119).

Dies führt zum Menschenbild, das hinter den Ausführungen Rogers' steht. Ich fasse das diesbezüglich bisher Gesagte zusammen: Rogers geht davon aus, dass dem Menschen ein Streben nach Wachstum und Gesundheit innewohnt. Der Mensch hat grundsätzlich die Kapazität, sich auszudrücken, und so zu den Inhalten seines Selbst zu finden. Daher müssen wir ihm Freiheit zugestehen, auch in einem Therapieprozess. Er selbst ist fähig und berechtigt, die Verantwortung für sich und seine Entwicklung zu übernehmen. Er hat auch das Recht auf psychische Unabhängigkeit. Rogers führt dies später noch expliziter aus und stellt eine Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens in Form einer Reihe von Thesen auf, die er seinem Ansatz begründend unterlegt (vgl. ROGERS 2002a).

2.1 Personenzentrierte Grundannahmen

An dieser Stelle scheint es sinnvoll, einige grundsätzliche Anmerkungen zu Menschenbildern in der Humanistischen Psychologie zu machen, unter anderem auch deswegen, weil wir mit HUTTERER (1998) davon ausgehen können, dass die Forderung nach einem neuen Menschenbild ein zentrales Motiv für die Formierung der Humanistischen Psychologie als Denkrichtung darstellte. Ähnliches lässt sich über die spezifisch personenzentrierten anthropologischen Annahmen und die Forderung nach Nicht-Direktivität sagen.

2.1.1 Anthropologische Voraussetzungen - Menschenbild

Das über die Jahrhunderte gewachsene Menschenbild humanistischer Psychologie soll nun näher beschrieben werden. Dies ist notwendig, weil es „die gesamte Forschung als Hintergrundraster beeinflusst“ (HUTTERER 1998, S. 125) und daher explizit formuliert werden muss, um es auch der Kritik zugänglich zu machen. Darüber hinaus begründen sich Möglichkeit und Notwendigkeit von Nicht-Direktivität auch durch anthropologische Aspekte. Aus dem letzten Satz des vorigen Abschnittes geht bereits hervor, dass es nicht *ein* Menschenbild der Humanistischen Psychologie gibt. Vielmehr lässt sich bei zahlreichen Vertretern dieses Paradigmas die Entwicklung eines eigenen Menschenbildes beobachten. Diesen sind aber wesentliche Gemeinsamkeiten eigen.

Bei BUGENTAL (1964) finden sich folgende Aspekte, die das speziell Menschliche ausmachen:

- Es gilt den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten
- Der Mensch führt eine zwischenmenschliche Existenz in seiner Familie, mit Freunden und Kollegen
- Der Mensch besitzt die Fähigkeit zur Transzendenz. Er kann seinen aktuellen Zustand überschreiten.
- Der Mensch hat die Freiheit zu wählen und ist dadurch fähig, Entscheidungen zu treffen.
- Der Mensch ist ein autonomes Wesen.
- Der Mensch ist ein zielorientiertes Wesen.

Die Kinderpsychologin Charlotte Bühler (BÜHLER und ALLEN 1974) geht von vier Grundtendenzen des menschlichen Lebens aus:

- die Tendenz nach Befriedigung in Sexualität, Liebe und Anerkennung des Ichs;
- die Tendenz sich selbstbeschränkend anzupassen zugunsten von Zugehörigkeit und Sicherheit;
- die Tendenz zu schöpferischer Expansion;
- die Tendenz zu Integration und Aufrechterhaltung der inneren Ordnung.

Die Gemeinsamkeiten der humanistischen Menschenbilder versucht VÖLKER (1980) herauszufiltern:

- Der Mensch ist autonom und doch abhängig. Er bewegt sich zwischen **Autonomie und sozialer Interdependenz**. Er ist abhängig von anderen Menschen, aber auch fähig, seine Umwelt zu beherrschen.
- Der Mensch besitzt eine Tendenz zur **Selbstverwirklichung**. Er möchte einerseits sein psychisches Gleichgewicht aufrechterhalten, andererseits hat er auch das Bedürfnis nach Unsicherheit und Risiko.
- Der Mensch handelt nach **Ziel- und Sinnorientierung**. Sein Handeln wird beispielsweise durch Bedeutungen und Werte geleitet.
- Wir müssen den Menschen stets in seiner **Ganzheit** betrachten. Die verschiedenen Teile und Aspekte sind immer Teil einer vorhandenen Einheit.

Menschenbild und Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers sind geprägt von und formuliert für seine Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung: „*Die Personenzentrierte Psychotherapie stellt die Praxis eines Menschenbildes dar, das den Menschen als Person versteht* und ihm daher ihn anerkennend begegnet, statt ihn, ihn zu erkennen suchend, zu objektivieren“ (SCHMID 2002, S. 82, Hervorhebungen im Original).

Persönlichkeitsentwicklung ist als ein dynamischer Vorgang zu sehen, dessen prozesshafter Charakter betont wird. HUTTERER (1992a, S. 148) weist in diesem Zusammenhang auf die „Verschränktheit von Motivation und Persönlichkeit“ hin. Für die Fragestellung dieser Arbeit ist es daher auch notwendig, den Blick auf personenzentrierte Annahmen zu Motivation zu richten.

2.1.2 Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung

Im 1951 erstmals erschienenen Buch „Client-Centered Therapy“ (dt.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie) entwickelt Rogers eine Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens in 19 Thesen, deren These IV hier für uns von besonderer Bedeutung ist: *„Der Organismus hat eine grundlegende Tendenz, den Erfahrungen machenden Organismus zu aktualisieren, zu erhalten und zu erhöhen“* (ROGERS 2002a, S. 422, Hervorhebung im Original). Rogers bezeichnet diese Tendenz zunächst als Selbstaktualisierungstendenz. Er betont deren Prozesshaftigkeit und beschreibt sie im Sinne zunehmender Autonomie, Selbstregulierung und Differenzierung. HUTTERER (1992a; 1998) weist darauf hin, dass sich die Bedeutung des Begriffes Selbstaktualisierung bei Rogers im Laufe der Jahre ändert, was in der Rezeption zu einer Reihe von Missverständnissen und Fehlinterpretationen geführt hat. In späteren Schriften bezeichnet ROGERS (1991) diese grundlegende Tendenz nämlich als Aktualisierungstendenz und gebraucht den Begriff Selbstaktualisierung gleichsam als Subsystem, bezogen auf die Entwicklung des Selbst. Dazu HUTTERER (1998, S. 334):

„Eine weitere Differenzierungsleistung der Aktualisierungstendenz betrifft die Entwicklung des Selbst. Einen Teil der Erfahrungen des Organismus symbolisiert er als Gewahrsein seiner eigenen Existenz und seiner Handlungen (Selbsterfahrung). In der Auseinandersetzung mit seiner Umgebung formt der Prozess der Selbsterfahrung ein Subsystem im Organismus, indem im eigenen Erfahrungsfeld ein Selbstkonzept (Selbst, Selbststruktur) als unterscheidbares Wahrnehmungsobjekt differenziert wird. (...) Das Subsystem „Selbst“ entwickelt gegenüber dem Gesamtorganismus neue und selektive Möglichkeiten des Austausches und der Kommunikation mit der Umgebung, neue Formen der Erfahrungsverarbeitung. Der Begriff Selbstaktualisierungstendenz bezieht sich auf die dynamische und energetisierende Dimension, die mit der relativen Eigengesetzlichkeit des Selbstsystems verbunden ist. Die Tendenz zur Selbstaktualisierung bedeutet eine Differenzierung der allgemeinen Aktualisierungstendenz im Dienste der Aufrechterhaltung und Förderung der Autonomie des Individuums.“

Die Aktualisierungstendenz ist also als umfassender, übergeordneter Begriff zu sehen. Sie ermöglicht die Entwicklung des Selbst und damit auch der Selbstaktualisierungstendenz. Diese hat klare Ziele, nämlich die Aufrechterhaltung und Förderung der Autonomie des Menschen. Die Aktualisierungstendenz kann dieser Entwicklung aber auch entgegenstehen: „Wenn das Selbst und die Erfahrung des Organismus verhältnismäßig

kongruent sind, dann bleibt die Aktualisierungstendenz ebenfalls verhältnismäßig ungespalten. Wenn aber Selbst und Erfahrung inkongruent sind, dann kann die allgemeine Aktualisierungstendenz des Organismus mit diesem Subsystem, nämlich der Tendenz zur Entfaltung des Selbst, in Widerspruch stehen“ (ROGERS 1991, S. 22).

Anders gesagt können also, wenn innere und äußere Erfahrungen zueinander in Widerspruch stehen, Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz in unterschiedliche Richtungen arbeiten. Die Autonomiebestrebungen der Selbstaktualisierungstendenz können von den Erfahrungen einer Außenwelt unterdrückt werden, die diese Bestrebungen negativ bewertet und von einer Aktualisierungstendenz, die danach trachtet, den Organismus in diesem Umfeld zu erhalten und erhöhen. Nicht-direktive Therapie hat die Chance, einen Raum zu schaffen, in welchem neue Erfahrungen gemacht werden können und in welchem sich die Selbstaktualisierungstendenz ungehindert entfalten kann. Im Streben des Selbst nach Unabhängigkeit und Weiterentwicklung werden kongruente Erfahrungen möglich.

Für das Anliegen dieser Arbeit bleibt noch der Hinweis darauf, dass das Konzept der Aktualisierung in der personenzentrierten Therapietheorie eine Handlungsprämisse darstellt. Auf diesen Aspekt weisen BOZARTH (2000) und BRODLEY (1997) hin. Demnach ist die Personenzentrierte Psychotherapie die einzige Therapieform, „in der das Konzept der Aktualisierungstendenz eine handlungsleitende Relevanz für den praktischen Therapeuten hat“ (HUTTERER 1992a, S. 148). Dieser Hinweis scheint insofern von Bedeutung, als die genannten Autoren in dieser Arbeit noch mehrfach zu Wort kommen werden, wenn es darum geht, Missverständnisse des Konzeptes der Nicht-Direktivität aufzudecken und darauf hinzuweisen, inwieweit dieses Konzept auch heute noch von unverzichtbarer Bedeutung für Personenzentrierte Therapie ist. Nach HUTTERER (1992a, S. 154) kommt die Annahme der Aktualisierungstendenz besonders in der Rolle des Psychotherapeuten zum Ausdruck, „dessen Funktion darin besteht, Beziehungsbedingungen bereitzustellen, die die Funktionsfähigkeit der Selbstaktualisierungstendenz fördern und die selektive Funktion der Aktualisierungstendenz freisetzen.“ Um welche Beziehungsbedingungen es sich hierbei konkret handelt, soll im nächsten Abschnitt erläutert werden.

2.1.3 Die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers

„Zwei Personen sind in einem psychologischen Kontakt.

Die erste, die wir als Klienten bezeichnen werden, ist in einem Zustand der Inkongruenz, sie ist verletzlich oder ängstlich.

Die zweite Person, die wir als Therapeuten bezeichnen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.

Der Therapeut empfindet unbedingte positive Beachtung für den Klienten.

Der Therapeut empfindet einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten zu vermitteln.

Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem minimalen Ausmaß.

Keine anderen Bedingungen sind notwendig. Wenn diese sechs Bedingungen vorhanden sind und über eine Zeitspanne bestehen bleiben, so ist das hinreichend. Der Prozess der konstruktiven Persönlichkeitsveränderung wird folgen“ (ROGERS 1997b, S. 178).

Diese Bedingungen – Rogers hat sie 1957 erstmals so prägnant und systematisch formuliert – wurden ausführlich rezipiert und diskutiert (TAUSCH und TAUSCH 1990; BIERMANN-RATJEN, ECKERT, SCHWARTZ 2003; STUMM, KEIL 2002), auch dahingehend, ob sie tatsächlich notwendig und hinreichend sind. Bis heute stellen sie allerdings die wesentlichen Grundannahmen personenzentrierter Theorie dar. Rogers hat sie stets als Einstellungen des Therapeuten oder Grundvariablen der therapeutischen Beziehung bezeichnet. Die drei Hauptvariablen sollen nun näher beschrieben werden:

Die **Kongruenz** des Therapeuten ist für Rogers die „grundlegendste unter den Einstellungen“ (ROGERS 2002a, S. 30). Der Therapeut muss in der Beziehung zum Klienten er selbst sein können und sich auch so zeigen. Er versteckt sich nicht hinter einer Maske oder Fassade: „Auf diese Weise ist der Therapeut in der Beziehung transparent für den Klienten und lebt offen die Gefühle und Einstellungen, die ihn im jeweiligen Augenblick durchströmen. Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut seiner selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern, dass er sie auch durch sein Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann“ (ROGERS 2002a, S. 31).

Wertschätzung („unconditional positive regard“), oft auch mit „bedingungsfreies Akzeptieren“ übersetzt, besser vielleicht mit „unbedingte positive Zuwendung“, steht für eine Haltung, „bei der der Klient so akzeptiert wird, wie er sich mitteilt, ohne dass der Therapeut insgeheim den Verdacht hegt, der Klient sei im Grunde ganz anders“ (ROGERS 2002a, S. 28). Der Therapeut bringt dem Klienten also tiefe und echte Zuwendung entgegen, frei von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten. Dies führt dazu, „dass der Klient Vertrauen fasst, sein Selbst weiter erkundet und unrichtige Äußerungen korrigiert, sobald sich sein Vertrauen gefestigt hat“ (ROGERS 2002a, S. 28).

Empathie steht für präzises einführendes Verstehen. Die Aktivität des Therapeuten zeigt sich dabei in der Fähigkeit, die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren Bedeutung in der Erlebenswelt des Klienten präzise zu erfassen. Empathie heißt dann, „dass der Therapeut in der Welt des Klienten zu Hause ist. Es ist ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten mit ihren ganz privaten personalen Bedeutungen, als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der Als-ob-Charakter nie verloren geht“ (ROGERS 2002a, S. 23). Empathie ist für Rogers nicht Mittel zur Diagnostik oder Interpretation. Sie ist als therapeutische Einstellung wirksam, wenn es gelingt, dem Klienten die Absicht, ihn zu verstehen, zu vermitteln.

Durch die notwendigen und hinreichenden Bedingungen drückt sich Offenheit, aber auch Verbindlichkeit aus. Beide Pole kennzeichnen den personenzentrierten Ansatz und sind mit ein Grund für eine gewisse Desorientierung, die zu Identitätsproblemen bei personenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führen kann. HUTTERER (1992b, S. 72) beschreibt dieses „mächtige Spannungsverhältnis“ so:

„Ein Pol der Spannung liegt in einem tiefen Antidogmatismus, in der Freiheit, entgegen dogmatischen Vorgaben auf der Basis einer eigenständigen Erfahrungsbildung den personenzentrierten Ansatz weiterzuentwickeln und einen individuellen, persönlichen Stil in der Praxis zu entwickeln. Der andere Pol liegt in der Verpflichtung gegenüber einer grundlegenden Philosophie, in der Bindung an ein Wertesystem, das den Kern und das Wesen des Personenzentrierten Ansatzes ausmacht.“

Dieses Spannungsverhältnis zwischen Offenheit und Verbindlichkeit, Antidogmatismus und Bindung an ein Wertesystem, Freiheit und Verpflichtung ist auch Basis für die Krisenanfälligkeit des personenzentrierten Ansatzes. Oft wurde und wird die Spannung unreflektiert und einseitig aufgelöst. Dadurch kommt es zu einer „paradigmatischen

Verwahrlosung, die die Identität des personenzentrierten Ansatzes geschwächt hat“ (HUTTERER 1992b, S. 75). Inwieweit sich dieser Verwahrlosungsprozess auch in den Diskussionen der Nicht-Direktivität spiegelt, wird in den nächsten Kapiteln behandelt.

2.2 Die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes nach 1942

„Der primär wichtige Punkt ist (...) die Einstellung des Beraters zum Wert und der Bedeutung des Individuums. (...) Nimmt in unserer Philosophie der Respekt vor dem Individuum den ersten Rang ein? Achten wir seine Befähigung und sein Recht zur Selbstlenkung, oder glauben wir im Grunde, dass sein Leben am besten von uns geleitet würde? (...) Sind wir damit einverstanden, dass das Individuum seine eigenen Werte auswählt und erwählt? (...) Die Antworten auf Fragen dieser Art scheinen grundsätzlich maßgebend für den Ansatz des Therapeuten zu sein“ (ROGERS 2002a, S. 35).

Auch in der späteren Arbeit, im Original 1951 erschienen, weist Rogers deutlich darauf hin, dass es notwendig ist, Auswahl von Zielen und Werten dem Klienten zu überlassen. Er formuliert aber auch, wie die therapeutische Beziehung beschaffen sein müsste, um die Entwicklung des Klienten zu ermöglichen. Die Bezeichnung „nicht-direktiv“ verwendet Rogers im Verlaufe des Buches immer weniger, zugunsten des Terminus „klientenbezogen“ oder „klientenzentriert“ („client-centered“). Diese Tatsache wird von manchen Autoren heute als Abwendung Rogers' vom Konzept der Nicht-Direktivität gedeutet (LIETAER 1992; KEIL, STUMM 2002).

Rogers formuliert die zentrale klientenbezogene Hypothese, gleichsam unter der Prämisse des weiter oben beschriebenen Menschenbildes, folgendermaßen: Der Einzelne hat die hinlängliche Fähigkeit,

„konstruktiv mit all jenen Aspekten seines Lebens fertig zu werden, die potentiell dem Bewusstsein gegenwärtig werden können. Das bedeutet die Schaffung einer interpersonellen Situation, in der einmal dem Klienten Material zu Bewusstsein kommen kann und zum anderen der Berater seine Bereitwilligkeit sinnvoll demonstriert, den Klienten als eine Person zu betrachten, die imstande ist, sich selbst zu lenken“ (Rogers 2002a, S. 38).

Wenn Rogers dem Klienten aber diese hinlängliche Fähigkeit unterstellt, wird klar, dass er Therapie nach wie vor nicht-direktiv versteht. Diese These findet ihre Bestätigung in

Rogers' Anspruch an den Therapeuten, die zentrale Hypothese im Laufe des Therapiegeschehens nie aufzugeben:

„Wenn der Berater mitten in einem Interview spürt, dass der Klient vielleicht nicht die Fähigkeit hat, sich selbst zu reorganisieren, und zu der Hypothese übergeht, dass der Berater einen beträchtlichen Teil der Verantwortung für diese Reorganisation übernehmen muss, dann verwirrt er den Klienten und schadet sich selbst“ (ROGERS 2002a, S. 38).

Rogers hat sich nie von der nicht-direktiven Haltung distanziert, und wir können mit PROUTY (2001, S. 53) davon ausgehen, dass sie sich in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen ausdrückt:

„Erstens impliziert die ‚nondirektive Haltung‘ bedingungslose positive Zuwendung insofern, als eine weitreichende Akzeptanz des Klienten vorhanden ist. Zweitens wird die ‚nondirektive Haltung‘ dadurch verkörpert, dass der Therapeut strikt dem Prozess des Klienten folgt, nämlich durch empathisches Verstehen. Drittens erfolgt die Integration der nondirektiven Haltung, der bedingungslosen positiven Zuwendung sowie der Empathie durch die Kongruenz des Therapeuten“.

2.3 Verständnis und Missverständnisse von Nicht-Direktivität

Dieses Kapitel widmet sich der Diskussion, wie Nicht-Direktivität als Charakteristikum Personenzentrierter Psychotherapie verstanden werden kann, und zeigt einige gängige Missverständnisse dieses Konzeptes auf.

2.3.1 Passivität? Indifferenz? Unverbindlichkeit?

Rogers beschreibt die Möglichkeit der Vermittlung von Nicht-Direktivität 1951 mit Verweis auf empirische Befunde. Er weist zunächst auf den Irrtum mancher Berater hin, den nicht-direktiven Standpunkt mit einer „Laisser-faire“-Haltung in der Therapie zu verwechseln. Ihnen scheint Passivität als das geeignete Mittel, Klienten das Zutrauen des Beraters in ihre Fähigkeiten zu vermitteln. Rogers sieht das nicht als sinnvoll an, da Passivität von Klientinnen und Klienten nur selten als Interesse und Beteiligt-sein wahrgenommen wird. Vielmehr bestehe die Gefahr, dass dadurch ein Gefühl des Abgelehnt-werdens und mangelnden Interesses evoziert werde. Indifferenz des Beraters ist nach ROGERS (2002a, S. 40) nicht gleichzusetzen mit Akzeptierung und beweist „dem Klienten in keiner Weise, dass er als Person von Wert betrachtet wird. (...) Viele Klienten

werden ihn verlassen, enttäuscht, keine Hilfe gefunden zu haben, und verärgert, dass der Berater nichts zu bieten hat“. Deutlich ist zu erkennen, dass eine passive Haltung niemals die von Rogers beschriebenen Beziehungsqualitäten vermitteln könnte. Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen lassen sich durch Passivität nicht vermitteln. Rogers hatte sie 1951 zwar noch nicht systematisch ausformuliert, sie finden sich aber dennoch in seinen Erläuterungen: Er schreibt, dass es durch seine 1940 formulierte Aufgabe des Beraters, Gefühle des Klienten zu klären und objektivieren, zu Missverständnissen gekommen ist. Daher relativiert er diese Aussage und ersetzt sie durch die Vermittlung einer einführenden Einstellung. Das Gefühl, wirklich verstanden zu werden, würde der Klient als Aufforderung zu weiteren Äußerungen auffassen. „Aber wenn die Antwort des Beraters erklären will, dann wird sie zu einer Wertung, zu einem Urteil von Seiten des Beraters, der dem Klienten sagt, welche Gefühle er hat. Der Prozess findet im Berater statt, und das Gefühl des Klienten geht in die Richtung ‚Ich werde diagnostiziert‘“ (ROGERS 2002a, S. 41). Oft entscheidet nur der Tonfall, ob der Klient Einfühlung oder Erklärung und Diagnose wahrnimmt.

Die besondere Bedeutung, die Rogers dem einführenden Verstehen wenige Jahre später gibt, wird schon an dieser Stelle wahrnehmbar. Er schreibt weiter, dass es Funktion des Beraters wäre, soweit wie möglich „das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht, dabei alle Vorstellungen vom äußeren Bezugssystem abzulegen und dem Klienten etwas von diesem einführenden Verstehen mitzuteilen“ (ROGERS 2002a, S. 42). Das ist es, was Rogers mit Klientenbezogenheit meint: Der Versuch des Therapeuten oder Beraters, die Welt und die Klientin, den Klienten so zu verstehen und zu erleben, wie diese(r) es selbst tut, allerdings ohne sich emotionell mit dem Klienten oder der Klientin zu identifizieren. Das ist es, was wir als Empathie in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen finden. Bezogen auf Direktivität schreibt Rogers an dieser Stelle:

„Wenn ich auf einige unserer früher veröffentlichten Fälle zurückblicke, (...) dann merke ich, dass wir nach und nach die letzten Reste direktiven Verhaltens, (...) fallengelassen haben. Wir haben folgendes erkannt: Wenn wir Verständnis dafür aufbringen können, wie der Klient sich in diesem Augenblick selbst sieht, dann kann der Klient alles Übrige allein erledigen. Der Therapeut muss (...) der Versuchung widerstehen, das Individuum zu lenken; er darf sich nur auf ein Ziel konzentrieren: Zu tiefem Verstehen und zur Akzeptierung der Einstellungen zu gelangen, die der Klient in diesem Augenblick bewusst

einnimmt, in dem er Schritt für Schritt in das gefährliche Gebiet eindringt, das er bislang seinem Bewusstsein gegenüber gelehnt hat“ (ROGERS 2002a, S. 43).

Rogers hat durch die neuen Konzepte und den neuen Begriff der Klientbezogenheit also keinesfalls jenes der Nicht-Direktivität aufgegeben. Er sieht sich gleichsam nicht-direktiver denn je, und zeigt, dass sich Nicht-Direktivität in Klientenbezogenheit und den Beraterqualitäten Akzeptierung und einführendes Verstehen ausdrücken. Es gilt vom eigenen Bezugssystem Abstand zu nehmen und sich ganz dem Bezugssystem der Klientin zu widmen. Ein bewusstes Steuern oder Lenken würde genauso wie Passivität oder eine Laisser-faire-Haltung in Widerspruch zu diesen Beraterqualitäten stehen. Weder das Bild der nur zuhörenden Therapeutin, die stereotype Zustimmung murmelt und bestenfalls kathartisch wirkt, noch jenes des sich windenden, möglichst unverbindlich bleiben wollenden Therapeuten, das immer wieder Kritiker mit oft kabarettistischem Einschlag von personenzentrierter Therapie zeichnen, entspricht Rogers' Annahmen und Hypothesen. Dass Rogers den Begriff „Nicht-Direktivität“ weniger verwendet, mag eher daran liegen, dass gerade dieser Begriff Anlass für einige der angedeuteten Missverständnisse war.

2.3.2 Abstraktionsebenen personenzentrierter Therapietheorie

Weiter oben wurde von Nicht-Direktivität als personenzentrierter Haltung gesprochen. Inwieweit dieser Begriff zutreffend und legitim ist, soll nun näher ausgeführt werden. In der aktuellen kritischen Diskussion wird häufig nicht auf eine differenzierte Deutung des Phänomens geachtet. Auch dadurch ergeben sich Missverständnisse.

Zur Beschreibung therapeutischer Theorie und Praxis ist es notwendig Abstraktionsebenen zu unterscheiden, und deren Zusammenhänge untereinander zu verstehen. Wir finden bei HÖGER (1989) folgende vier Abstraktionsebenen:

- I. Die Ebene **allgemeiner Charakterisierung**. Auf dieser Ebene wird beispielsweise die therapeutische Beziehung in Abgrenzung zu anderen Beziehungsformen beschrieben und definiert.
- II. Die Ebene **zusammenfassender Merkmale** einer Beziehung. Auf dieser Ebene finden sich die Schlüsselbegriffe der Therapietheorie: Aktualisierungstendenz, einführendes Verstehen, unbedingte positive Wertschätzung, Kongruenz.

III. Die Ebene zusammenfassender Klassifikationen verschiedener **Verhaltensformen**.

Als Beispiele können wir Anerkennen, Solidarisieren, einfühlerndes Wiederholen, Konkretisieren nennen.

IV. Die Ebene konkreter einzelner **Verhaltensweisen** in bestimmten Situationen.

Die Beziehung dieser Ebenen zueinander ist eine hierarchisch-logische. Das heißt, dass Verhaltensformen und Verhaltensweisen der unteren beiden Ebenen mit den Prinzipien der höheren Ebenen übereinstimmen müssen. Umgekehrt sind Konkretisierungen für die Ebenen III und IV nicht unmittelbar und eindeutig aus den höheren Ebenen ableitbar (vgl. STUMM, KEIL 2002). Es ist nicht möglich, Empathie in einer konkreten Situation gleichsam als Handlungsanweisung zu übersetzen. Das Verhalten einer Therapeutin in einer Situation muss sich aber stets am Prinzip der Empathie orientieren und es ist notwendig, dass die Verhaltensweise, die sie einsetzt, Empathie vermittelt. Welcher Art diese Verhaltensweise ist, wird abhängig von der Situation und auch vom Klienten und der Therapeutin sein. Anders gesagt ist aus einem in der Therapie gegebenen Ratschlag noch nicht abzuleiten, dass der Therapeut nicht vom Prinzip Nicht-Direktivität geleitet handelt.

Wie weiter oben bereits ausgeführt, hat Rogers in seinem ersten großen theoretischen Entwurf Nicht-Direktivität definiert, indem er häufig benutzte Techniken direkter und nicht-direktiver Berater verglich (ROGERS 2001). Er befindet sich damit auf der III. bzw. IV. Abstraktionsebene. Zur Illustration seien hier einige der von ROGERS (2001, S. 112) genannten Techniken erwähnt:

„Typische Berater-Techniken der direkten Gruppe:

Berater definiert die Interview-Situation im Sinne diagnostischer oder heilender Verfahren.

Berater bestimmt Thema und begrenzt Entwicklung zugunsten von Bestätigung, Verwerfung oder der Lieferung bestimmter informatorischer Einzelheiten.

Berater identifiziert Problem, Ursache der Schwierigkeit, notwendige Korrektur usw. durch Test-Interpretationen, wertende Bemerkungen usw.

Berater drückt Beifall, Missbilligung, Entsetzen oder andere persönliche Reaktionen auf den Klienten aus.

Berater erklärt, diskutiert oder informiert über das Problem oder die Behandlung.

Berater beeinflusst Entscheidung durch Wertung, Ausdruck persönlicher Ansicht oder Überredung.

Typische Berater-Techniken der nicht-direktiven Gruppe:

Berater definiert die Situation im Sinne der Verantwortung des Klienten für die Richtung des Interviews, das Fassen von Entschlüssen usw.

Berater reagiert so, dass er Anerkennung des Ausdrucks von Gefühl oder Einstellung in der vorherigen verbalen Reaktion zeigt.

Berater reagiert so, dass er anders als in der vorherigen verbalen Reaktion ausgedrücktes Gefühl oder Einstellung interpretiert oder erkennt“.

Der Unterschied fällt ins Auge, auch in der Anzahl der angeführten Techniken. Rogers listet diese aber nur als Beispiele auf. Entscheidend ist für ihn – wie weiter oben bereits ausgeführt – die zugrunde liegende Absicht. Wer legt Ziele fest? Wer bestimmt die Richtung? Aus wessen Bezugsrahmen werden die Dinge beleuchtet? Steht die Person oder das Problem im Mittelpunkt? Die Beantwortung dieser Fragen bestimmt, ob unter der Prämisse der Nicht-Direktivität vorgegangen wird. ROGERS (2001, S. 118f.) sieht „tiefere Unterschiede in der Philosophie der Beratung und der Werte, die für wichtig gehalten werden“. Diese Aussage bezieht sich eindeutig auf die zweite der diskutierten Abstraktionsebenen. Die Häufigkeit angewendeter Techniken kann die zugrunde liegende Einstellung oder Haltung ausdrücken, ein unmittelbarer Rückschluss ist aber nicht zulässig. BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ (2003) gehen davon aus, dass das gesamte klientenzentrierte Konzept von Rogers auf der Abstraktionsebene II formuliert worden ist. Sie beschreiben die Gesetzmäßigkeit der Ebenen untereinander so: „Operationale Definitionen auf den Ebenen III und IV sind nur dann mit dem Klientenzentrierten Konzept kompatibel, wenn sie in einen begründeten Zusammenhang mit den Aussagen auf den Ebenen II und I gebracht werden können“ (BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ 2003, S. 58). Sieht man Nicht-Direktivität demnach als Konzept der Abstraktionsebene II, sind Interventionen und methodische Vorgehensweisen nur dann mit personenzentrierter Theorie vereinbar, wenn sie sich in einen begründeten Zusammenhang mit diesem Konzept bringen lassen. Dieser Zusammenhang kann auch positiv formuliert werden: Techniken und Methoden sind immer dann legitim, wenn sie einer nicht-direktiven Haltung entspringen.

Die Ansicht, dass es sich bei Nicht-Direktivität um eine Haltung handelt, vertritt schon RASKIN in einem Artikel zur Entwicklung der nicht-direktiven bzw. klientenzentrierten Beratung aus dem Jahr 1948. Er betont darin die wachsende Bedeutung, die dem Bezugsrahmen des Klienten zukommt:

„The nondirective point of view (...) is that to the extent that some other frame of the reference than the client's is introduced into the therapeutic situation, the therapy is not client-centered. (...) The nondirective therapist believes that where the counselor is concerned with his own frame of reference, he will be unable to provide a full and deep understanding of the client's feelings and perceptions. Because this latter fact has been more and more clearly understood, there has been a de-emphasis on nondirective *techniques*, together with an increased appreciation of the importance of a nondirective *attitude*“¹ (RASKIN 1948, S. 105f., Hervorhebungen im Original).

Die Tatsache, dass Nicht-Direktivität, wie auch andere personenzentrierte Grundhaltungen, als Technik oder Methode missverstanden wurde und wird, betont GARBSCH (2000). Sie sieht dies auch als Folge wissenschaftlicher Forschung: „Durch den Versuch, personenzentrierte Haltungen messbar zu machen, war es leicht(er), den Ansatz fälschlich und verkürzt als Summe von Techniken zu betrachten“ (GARBSCH 2000, S. 38). In den frühen Jahren personenzentrierter Forschung herrschte noch ein quantitatives Forschungsparadigma, demgemäß Messinstrumente gefragt waren, die die förderlichen Bedingungen für Psychotherapie überprüfbar machen sollten. Für diese Messinstrumente war aber naturgemäß nur das Verhalten erfassbar. Durch den Versuch, die therapeutischen Haltungen an bestimmten Verhaltensweisen festzumachen, kam es zu einer Degradierung der Haltungen zu Techniken und so „zu einer Pervertierung des Ansatzes“ (GARBSCH 2000, S. 38). Der unmittelbare Rückschluss vom Verhalten auf die Haltung ist grundsätzlich zu problematisieren. Eine Verhaltensweise, die direktiv anmutet, kann unter Umständen mit einer nicht-direktiven Grundhaltung vereinbar sein. Diese These wird unter anderem von BOHART (1998) oder BRODLEY (1990; 1997) vertreten. Die Komplexität dieser Tatsachen wird sich erst im weiteren Verlauf dieser Arbeit klären lassen. Besonders im empirischen Teil werden Antworten aus der Praxis ein Stück Klarheit schaffen bzw. zeigen, dass sich eine Auslegung von Nicht-Direktivität auf der Handlungsebene nur schwer umsetzen lässt. Vielmehr scheint eine solche Deutung manchmal im Gegensatz zu personenzentrierten Grundannahmen zu stehen.

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Forschungsuntersuchungen zur Wirksamkeit personenzentrierter Grundhaltungen. Dabei sehen BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ (2003) ein Problem darin, dass sich der Zusammenhang zwischen Merkmalen

¹ Nach nicht-direktivem Standpunkt ist eine Therapie in dem Ausmaß, in dem ein anderer Bezugsrahmen als

des personenzentrierten Gesprächsangebotes und einem Therapieerfolg oft nur bei personenzentrierten Psychotherapeutinnen zeigen lässt, auch wenn die anderen als genauso kongruent, empathisch und wertschätzend eingeschätzt werden. Diese Tatsache untermauert die Annahme, dass Menschenbild und grundlegende Haltungen wesentlich zur Wirksamkeit personenzentrierter Psychotherapie beitragen.

Die bisherigen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Nicht-Direktivität ist ein Konzept klientenzentrierter Theorie. Diesem liegt ein humanistisch-psychologisches Menschenbild zugrunde, das den Menschen in seiner Ganzheit betrachtet und ihm Freiheit und Autonomie zuspricht. Dieses Menschenbild ergänzt Rogers mit dem Axiom einer Aktualisierungstendenz. Diese ist stets konstruktiv und auf die Entwicklungspotentiale des Organismus gerichtet. Das Streben des Selbst als Subsystem des Organismus nach Aufrechterhaltung und Förderung der Autonomie des Individuums wird als Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet. Deren Annahme macht Nicht-Direktivität zu einer notwendigen Komponente therapeutischer Prozesse.

Nicht-Direktivität ist eine grundsätzliche Haltung personenzentrierter Theorie (vgl. dazu auch GUTBERLET 2003, WITTY 2004, RASKIN 2005b). Im Therapiegeschehen drückt sie sich in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen aus: „The therapist who operates on the premise that the therapeutic conditions are necessary and sufficient is inherently non-directive“² (BOZARTH 2000, S. 4). Die nicht-direktiv vorgehende Therapeutin überlässt die Steuerung des Prozesses, die Formulierung von Zielen und den Weg dorthin, ganz der Klientin. Sie versucht den Bezugsrahmen der Klientin zu übernehmen und deren Realität zu verstehen (Empathie).

Die bisherigen Erkenntnisse finden sich auch bei Carl Rogers bestätigt: „Die klientenzentrierte Therapie lässt sich am besten charakterisieren als eine Einstellung, eine Haltung, eine Seinsweise, nicht als eine Technik – mag sie nun ‚nicht-direktiv‘, ‚reflektierend‘ oder wie auch immer heißen. Die wichtigste Voraussetzung für die therapeutische Betätigung ist nicht eine Theorie oder ein Dogma, sondern eine Weise mit anderen Menschen zu sein, die für diese förderlich ist“ (ROGERS 2002b, S. 135).

² Ein Therapeut, der unter der Grundannahme handelt, dass die therapeutischen Bedingungen notwendig und hinreichend sind, ist inhärent nicht-direktiv. (Übersetzung: D.W.)

2.4 Entwicklung, Erfahrung und Kontroversen

Ausgehend von einem Text von Germain LIETAER (1992) soll nun die Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes, insbesondere jene der Nicht-Direktivität beschrieben werden. Lietaers Ausführungen gliedern sich in drei Teile. Zunächst nimmt er eine ausführliche begriffliche Bestimmung vor und definiert Direktivität. Systemischen Ansätzen (z.B. WATZLAWICK e.a. 2011) folgend, weist er darauf hin, dass ein Nicht-Beeinflussen nicht möglich ist: „Wir können nicht anders, als Einfluss zu nehmen und eigentlich wollen wir das auch: Wir hoffen schließlich, in unserer Rolle als Therapeut einen Einfluss auf den Prozess unseres Klienten zu haben“ (LIETAER 1992, S. 11). Auch den Zusammenhang zwischen Nicht-Direktivität und den Polen Selbstbehandlung versus „behandelt werden“ problematisiert Lietaer. Letztlich wären auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen Selbstbehandlung, der Klient müsse schließlich den „vorgeschlagenen Prozeduren (...) folgen“, könne sich aber auch jederzeit dagegen entscheiden (LIETAER 1992, S. 12).

Lietaer widerspricht auch dem Konzept einer Gleichheit zwischen Therapeut und Klientin. Ihm zufolge werde dabei Gleichheit mit Gleichwertigkeit verwechselt. Er spricht in diesem Zusammenhang vom Therapeuten als „Prozessexperten“, der in seiner Ausbildung gelernt habe, „sachkundig klinische Konzepte und erfahrungsvertiefende Techniken einzusetzen“ (LIETAER 1992, S. 12). Unterschwellig klingt an dieser Stelle an, dass Nicht-Direktivität mehr oder weniger obsolet geworden sei. Um Direktivität positiv zu formulieren entwirft Lietaer zwei Basisdimensionen der Beiträge von Therapeutinnen. Eine horizontale Dimension würde auf der positiven Seite durch „Haltungen und Verhaltensweisen wie Engagement, Respekt, Bestätigung, Akzeptanz, Integrität, Wärme und Empathie charakterisiert“ (LIETAER 1992, S. 12). Daneben identifiziert Lietaer eine vertikale Dimension, die „eine große Verschiedenheit an Aktivitäten, Interventionen und Arbeitsweisen, die alle in unterschiedlichem Maße – abhängig von der therapeutischen Orientierung, der Persönlichkeit des Therapeuten und der Problematik des Klienten – zum Beitrag des Therapeuten gehören können“ (LIETAER 1992, S. 12). Wir fühlen uns durch diese Ausführungen an das weiter oben dargelegte Modell unterschiedlicher Abstraktionsebenen erinnert. Dabei gibt es einen wesentlichen Unterschied: Während jene eine hierarchisch-logische Ordnung aufweisen, sieht Lietaer lediglich eine nicht näher beschriebene Verbindung zwischen horizontaler und vertikaler Ebene: „Alle aufgabenspezifischen Interventionen können angewendet werden, ohne die Freiheit und

Autonomie des Klienten zu verletzen. Sie können andererseits aber auch abgleiten in eine vom Klienten nicht gewollte oder nicht erkannte Manipulation“ (LIETAER 1992, S. 13). Die Bedeutung von Rogers' ursprünglichem Konzept sieht Lietaer in der Warnung vor Manipulation und der Betonung der eigenen Verantwortung des Klienten. Er spricht in diesem Zusammenhang von einer „non-direktiven Färbung“ und fügt hinzu: „Vielleicht ist es besser, von einer homöopathischen Färbung zu sprechen“ (LIETAER 1992, S. 17). Lietaer sieht eine Entwicklung von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“ und fasst diese folgendermaßen zusammen:

„Non-Direktivität wurde manchmal fälschlicherweise mit Inaktivität verwechselt und aktiv steuernde Interventionen, die vom eigenen Bezugssystem ausgehen, wurden allzu schnell der Manipulation gleichgestellt. Zwischen 1955 und 1962 änderte sich dies allerdings. (...) Was nicht erlaubt war, geriet in den Hintergrund und das Wesentliche kam in den Brennpunkt: Der Therapeut beabsichtigt, die Art und Weise, in welcher der Klient mit seiner Erfahrung umgeht, zu optimieren und dabei nutzt er sein eigenes Erleben. Kurz, Klientenzentrierte Therapie entwickelte sich von ‚non-direktiv‘ zu ‚erfahrungsorientiert‘. Steuernde Interventionen, die dem eigenen Bezugssystem entspringen, waren nicht länger tabu“ (LIETAER 1992, S. 16).

Diese Aussagen sind aus meiner Sicht und nach den bisherigen Erkenntnissen zu problematisieren. Die häufige Verwechslung von Nicht-Direktivität mit Inaktivität habe ich weiter oben bereits erwähnt und den Unterschied deutlich gemacht. Lietaer aber setzt an der zitierten Stelle gleich mit „steuernden Interventionen, die dem Bezugssystem des Therapeuten entspringen“ nach. Dazu muss infrage gestellt werden, inwieweit mit dem Abgehen vom inneren Bezugsrahmen des Klienten nicht auch von personenzentrierten Grundhaltungen und deren anthropologischen Voraussetzungen Abstand genommen wird. Hierbei wird nicht nur Nicht-Direktivität, sondern auch Empathie zum Maßstab. Auch wenn Lietaer im Titel seines Textes von „zentraler Bedeutung eines Kernkonzeptes“ spricht, ist zu hinterfragen, inwieweit angesichts seiner Ausführungen Nicht-Direktivität für ihn noch zentrale Bedeutung hat. Die von Lietaer beschriebene Entwicklung, dass nämlich in den Hintergrund trat, was nicht erlaubt ist, ist aus meiner Sicht auf Aspekte der Abstraktionsebenen III und IV zu beziehen und darf daher nicht als Argument dafür herangezogen werden, die Bedeutung einer nicht-direktiven Haltung infrage zu stellen. Daher muss kritisch betrachtet werden, dass Lietaer horizontale und vertikale Ebene nicht in eindeutige Beziehung zueinander bringt. Ebenso ist die Tatsache zu diskutieren, dass er es begrüßt, wenn steuernde Interventionen auch dem Bezugsrahmen des Therapeuten

entspringen können. Zur für die Wirksamkeit einer Therapie notwendigen Überzeugtheit des Therapeuten von seiner Methode und ihrer Hintergrundphilosophie gehört im Falle Personenzentrierter Psychotherapie auch die Überzeugtheit von der grundlegend konstruktiven Aktualisierungstendenz (KEIL 1998). Diese gilt es dem Klienten in der Beziehungsgestaltung zuzumuten. Die Zumutung der Aktualisierungstendenz liegt nach KEIL (1998, S. 42) „im konsequenten Bezug auf den inneren Bezugsrahmen des Klienten.“ Sie ist Grundlage von und Begründung für Nicht-Direktivität. Der allzu rasche Verzicht auf eine nicht-direktive Haltung, die theoretische Diffusion ihrer Bedeutung, stellen diese Zumutung und damit das Konzept der Aktualisierungstendenz in Frage.

Am Ende von Lietaers Ausführungen wird deutlich, dass er nicht gänzlich vom Konzept der Nicht-Direktivität abrücken möchte:

„Wenn der Therapeut integer genug ist und er seine eigenen Werte während der Therapie ausklammern kann, wenn er seine (steuernden und folgenden) Interventionen immer am Erleben des Klienten prüft, dann wird es nie eine blinde Konditionierung im manipulativen Sinne sein, aber ein selbstgewollter und möglichst bewusst verlaufender Beeinflussungsprozess, worin der Klient selbst das letzte Wort hat“ (LIETAER 1992, S. 21).

Lietaer mag es mit seinen Ausführungen darum gehen, personenzentrierte Therapeuten nicht zu sehr mit „don'ts“ zu belasten. Wer Nicht-Direktivität mit Einflusslosigkeit verwechselt, oder sie als zu befolgende Regel missversteht, könnte auch tatsächlich in schwierige Situationen kommen. Er könnte nämlich der therapeutischen Begegnung als Person abhanden kommen. Das bis hierher entworfene Konstrukt ist aber viel mehr, als die Anweisung an den Therapeuten, möglichst wenig zu tun.

Die Relativierungen, die Lietaer in seinem Beitrag vornimmt, lassen sich möglicherweise damit erklären, dass er Verbindendes vor Trennendes stellen möchte. Inwieweit das Konzept der Nicht-Direktivität heute auch Trennendes beinhaltet, wird im nächsten Kapitel behandelt. Dort findet auch eine tiefere Auseinandersetzung mit Lietaers Diktum vom Prozessexperten statt.

2.5 Erfahrungsorientiertheit vs. Nicht-Direktivität. Ein Widerspruch?

Im Titel des zuvor besprochenen Aufsatzes bezeichnet Lietaer die Entwicklung Personenzentrierter Psychotherapie von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“. Dies ist auch Hinweis auf die Bedeutung neuerer Konzepte personenzentrierter Therapietheorie.

„Experiencing“ als Betonung des Erlebensprozesses in der Therapie wurde von Gendlin in den 1960er Jahren in die theoretische Diskussion humanistischer Therapiekonzepte eingebracht. Rogers übernahm den Begriff, vertrat aber nicht die Ansicht, „dass das Erleben (experiencing) als eine unabhängige Variable in der Psychotherapieforschung zu sehen sei. Er meinte, es sei eine abhängige Variable. Experiencing sei das *Ergebnis* der Therapie, nicht die *Ursache*“ (PROUTY 2001, S. 53, Hervorhebungen im Original). Mit dieser Sichtweise ging Rogers Gendlin aber in der Übernahme der neu entwickelten Konzepte nicht weit genug, denn der experienzielle Therapeut ist „viel expliziter auf die Optimierung des Prozesses des Klienten hier und jetzt während der Therapiesitzung bedacht (...). Und er ist fortan weniger jener geduldig präsente Therapeut, der darauf vertraut, dass die allmählich zunehmende Sicherheit der Atmosphäre den Klienten dazu befähigen wird, ‚sich selbst zu heilen‘, wie Rogers das damals bezeichnete“ (VAN BALEN 2002, S. 213). Auf Basis des neuen Konzeptes entstanden neue Spielarten, Varianten und Verfahren. PROUTY (2001, S. 52) ortet „ungefähr zwei Dutzend experienzielle Methoden“, bezieht sich damit aber wohl hauptsächlich auf den angloamerikanischen Raum.

Als Beispiele seien an dieser Stelle neben der Focusing-orientierten Therapie die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie (SWILDENS 2002) und die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (SACHSE und MAUS 1991) genannt. In einer prägnanten Darstellung dieser experienziellen Verfahren werde ich besonderes Augenmerk auf deren Rezeption der Nicht-Direktivität legen.

2.5.1 Focusing-orientierte Psychotherapie

Im Mittelpunkt des „Experiencing“-Konzeptes steht das bewusste Erleben des Klienten, mit dem der Therapeut folgendermaßen umgeht: „Er richtet sich künftighin explizit und in erster Linie nicht so sehr auf die bewussten und verbalen Äußerungen („die Inhalte“) des Klienten, sondern auf einen zugrunde liegenden Prozess. Sein aktiver Einsatz als Prozessexperte tritt jetzt, im Gegensatz zum klassischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten, der geduldig folgt und notfalls ‚auf Öffnungen wartet‘, mehr in den Vordergrund. Das Selbstkonzept des Klienten – das Selbst als Struktur – wird erforderlichenfalls sogar offen dazu eingeladen, vorläufig einen Schritt zur Seite zu gehen, um so den Erlebensprozess unbefangener zu Wort kommen zu lassen“ (VAN BALEN 2002, S. 213).

Auf Basis dieses Konzeptes entwickelte Eugene Gendlin die Focusing-orientierte Psychotherapie, mit der er sich teilweise von Rogers' Konzepten entfernt (GENDLIN 1994; 1998; WILTSCHKO 1997; 2002). GENDLIN (1998) geht davon aus, dass Erleben nicht nur aus expliziten Inhalten wie Gedanken, Gefühlen und körperlichen Bildern besteht, sondern auch und vor allem aus vagen impliziten Inhalten. Diesen schenkt er besondere Aufmerksamkeit. Unter Einbeziehung körperlichen Erlebens wird mit dem Konzept des „Felt Sense“, der gefühlten Bedeutung, gearbeitet (WILTSCHKO 2002). Praxisbezogene Methoden wie „Listening, Guiding und Response“ sind wesentliche Bestandteile Focusing-orientierter Psychotherapie:

„Der Felt Sense des Klienten wird, genauso wie der des Therapeuten, in erster Linie von der gemeinsamen therapeutischen Situation konstelliert; (...) Der Felt Sense des Therapeuten (Resonanz) ist der Ort des Verstehens (Listening) und die Quelle für Antworten (Response) und Vorschläge (Guiding). Erleben und sein Ausdruck sind immer situationsbezogen, bezogen auf die andere anwesende Person. (...) Der Klient wird in erster Linie dabei unterstützt, das Erleben, das er zu seinem jeweiligen Thema bereits implizit spürt, aber noch nicht explizit symbolisiert (also das, was er eigentlich meint und sagen möchte) in den verschiedenen Erlebensmodalitäten zu explizieren und auszudrücken“ (WILTSCHKO 2003, S 120f., Hervorhebung im Original).

Im Focusing sind alle Konzepte und Methoden potentiell verwendbar. Entscheidendes Kriterium für die Zulässigkeit ihrer Anwendung ist das Erleben des Klienten.

Neben praxisbezogenen Anweisungen und teilweise aus anderen psychotherapeutischen Fachrichtungen integrierten Methoden, die erlebnisaktivierend wirken sollen, sind auch Haltungen, die die Rolle des Therapeuten definieren, im Focusing-Konzept von Bedeutung: „Was einfach klingt, ist schwierig zu leben: achtsames, absichtsloses Dasein. Das ist die Formel, auf die sich die Grundhaltung des Focusing-Therapeuten bringen lässt. Sie verwirklichen zu *wollen* (und zu bemerken, wenn es nicht gelingt), ist Voraussetzung für alles andere, das wir in der Focusing-Therapie ‚tun‘ können“ (WILTSCHKO 2002, S. 260f., Hervorhebung im Original).

Die Erlebens- bzw. Erfahrungsorientiertheit im Focusing und auch die weiteren neuen theoretischen Konstrukte lassen sich nach meiner Auffassung genau dann mit dem Konzept der Nicht-Direktivität vereinbaren, wenn dieser letzte Punkt, des „achtsamen und absichtslosen Daseins“ weiter berücksichtigt wird. Rigorose Vertreterinnen der Nicht-Direktivität wie Majorie WITTY (2004, S. 26) stellen diese Absichtslosigkeit in Abrede und

sehen auch im Focusing einen Ansatz, der Nicht-Direktivität aufgegeben hat: „... it is hard to imagine how empathic responses that are given along with invitations to focus cannot create a *different kind of relation between client and therapist* and change process and content“³ (Hervorhebungen im Original).

Für VAN BALEN (2002, S. 214) ist mit der Einführung des „Experiencing“-Begriffes jedenfalls die Zeit der „notwendigen, aber *nicht* hinreichenden Bedingungen“ (Hervorhebung im Original) angebrochen.

2.5.2 Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie

Eine ähnliche Ansicht vertritt Swildens im Konzept der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie:

„Das klassische Beziehungsangebot von kontinuierlicher Echtheit, bedingungsloser Akzeptanz und empathischem Verstehen reicht für die große Mehrheit unserer Patienten (die wir daher auch nicht Klienten nennen) nicht aus. Die genannten Haltungen konstituieren zwar eine therapeutische Beziehung, sie sind aber im Hinblick auf die Fertigkeiten der Patienten und die Schwierigkeiten des vor ihnen liegenden Weges als nicht hinreichend zu betrachten“ (SWILDENS 2002, S. 191).

Ihrem Namen entsprechend identifiziert die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie unterschiedliche Phasen in einem therapeutischen Prozess. Diese sind allerdings nach psychopathologischen Erscheinungsbildern ausdifferenziert. Der therapeutische Prozess in der Arbeit mit Personen mit psychoneurotischen Beschwerden unterscheidet sich demnach von jenem in der Arbeit mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Für meine Fragestellung sind folgende Aspekte bedeutungsvoll:

SWILDENS (2002) betont ausdrücklich, dass die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie weder Abspaltung noch eigener Ansatz sein will, vielmehr sieht er sie als „phänomenologisch-existenzielle Ausarbeitung ihrer Therapieprinzipien und der daraus folgenden praktischen Interventionen. Die phänomenologische Erkundung und Behandlung der Syndrome und Symptome bedeutet, dass der Therapeut ohne

³ „...es ist schwer vorzustellen, wie empathische Antworten, die gemeinsam mit der Einladung zu fokussieren gegeben werden, nicht eine unterschiedliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient, einen unterschiedlichen Veränderungsprozess und Inhalt erzeugen sollten“ (Übersetzung D.W.).

Vorannahmen und Vorbehalte deren innere Bedeutungszusammenhänge innerhalb der Welt des Klienten zu erfassen versucht“ (SWILDENS 2002, S. 189f.). Wir erkennen hier deutliche Unterschiede zu Rogers' Konzeption Personenzentrierter Psychotherapie: die Betonung der psychopathologischen Einflüsse, die Sprache von Patienten, Symptomen und Syndromen und die Annahme, personenzentrierte Haltungen seien notwendig aber nicht hinreichend. Diese Unterschiede beschreibt SWILDENS (2002, S. 201) so: „Es geht demnach nicht primär um Selbstexploration des Klienten im Rahmen der Selbstaktualisierung, sondern um einen Prozess der Problematisierung seines interaktionellen Verhaltens als eines ersten Schrittes in Richtung Veränderung“. Das Gelingen dieses Prozesses hänge aber wesentlich von der Vermittlung der personenzentrierten Grundhaltungen ab. Dass wir es auch bei der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie mit einem prozessdirektiven Konzept zu tun haben, wird deutlich:

„Der Psychotherapeut erfährt sich als verantwortlich für den Verlauf des Prozesses; er ‚macht‘ nicht den Prozess, aber er überwacht dessen Struktur und zielt mit seinen Interventionen auf einen möglichst fließenden Prozessverlauf, individuell auf den jeweiligen Patienten, dessen Erlebniswelt, die spezifische Stockung des Prozesses und die Symptomatik abgestimmt“ (SWILDENS 2002, S. 196f.).

Auch die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie stellt demnach eine weitergehende Entwicklung Personenzentrierter Psychotherapie dar, gibt aber, durch die Betonung der Wichtigkeit personenzentrierter Grundhaltungen, das ursprüngliche Paradigma im Allgemeinen und das Konzept der Nicht-Direktivität im Besonderen, nicht gänzlich auf. Dennoch ist auch hier zu sagen, dass es sich um paradigmatische Grenzregionen handelt, und daher ein sorgsam kritischer Umgang mit den theoretischen Konzepten angebracht scheint.

2.5.3 Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Rainer Sachse geht mit seiner Konzeption einer Zielorientierten Gesprächspsychotherapie noch ein entscheidendes Stück weiter. Er stellt einen Zugang vor, der „handlungsorientiert und damit in hohem Maße praxisbezogen“ ist. Im Mittelpunkt steht der Handlungsaspekt, der die Haltungskonzeption der klassischen Personenzentrierten Psychotherapie ablöst. SACHSE und MAUS (1991, S. 11) sehen es als empirisch erwiesen an, dass „nicht Haltungen sondern Handlungen als die wesentlichen Wirkfaktoren in der GT aufgefasst werden

müssen“. Dieser Erkenntnis folgend stellt er zentrale personenzentrierte Konzepte infrage. Die Grundannahme einer Aktualisierungstendenz wird kritisch gesehen: „*Der wesentliche Anteil konstruktiver Klienten-Aktivitäten ist nicht auf die ‚Selbstentfaltung‘ des Klienten, sondern auf konstruktive Therapeuten-Interventionen zurückzuführen*“ (SACHSE UND MAUS 1991, S. 117). Die notwendigen Bedingungen werden keineswegs als hinreichend angesehen, ihre Bedeutung erfahren sie gleichsam als Vorbedingungen der eigentlichen therapeutischen Arbeit. Ihre Auseinandersetzung mit der „klassischen Konzeption“ fassen SACHSE und MAUS (1991, S. 21f., Hervorhebungen im Original) so zusammen:

- *Haltungen*

Die Annahme, dass Haltungen allein wirksam sind, ist nicht zutreffend; es muss die Handlungskomponente mit einbezogen werden (und zwar explizit, statt wie bisher nur implizit).

- *Basisvariablen*

Selbst wenn man – entsprechend der Argumentation zu Punkt 1 (Haltungen) – die Basisvariablen nicht nur als Haltungen, sondern als Handlungen konzipiert, reicht das nicht aus: Es wurde nachgewiesen, dass Basisvariablen zwar förderlich, doch nicht hinreichend für Therapie sind; weitere Variablen sind wichtig.

- *Beziehung*

Akzeptiert man weitere Variablen neben den Basisvariablen (in Form von Handlungen), so reicht es dennoch nicht aus, diese lediglich als weitere Teile eines *Beziehungsangebots* zu konzipieren. Nicht nur eine therapeutische Beziehung (in der ein Therapeut non-direktiv und absichtslos sein kann) wird durch die therapeutischen Handlungen vermittelt, sondern Handlungen wirken auch als Interventionen (und werden gezielt als solche eingesetzt), sie lenken den Klienten über dessen Eigenaktivitäten hinaus. Dadurch werden auch die Konzeptionen von Non-Direktivität und Absichtslosigkeit (vs. Zielgerichtetheit) fraglich.

Hier wird deutlich, dass nicht nur die Basisvariablen, gemeint sind Kongruenz, Empathie und positive Wertschätzung, als nicht hinreichend gesehen werden. Auch die Tatsache, dass Personenzentrierte Psychotherapie die spezielle Art der therapeutischen Beziehung, getragen vom Prinzip der Nicht-Direktivität, in den Mittelpunkt stellt, wird kritisiert. Sachse und Maus betonen in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass Therapie nicht nicht-beeinflussend sein kann und sehen „Beschränkungen der Freiheit des Klienten“ als notwendig: „Die starre Festlegung der Mittel zur Zielerreichung (Beziehung um zu...)“

kann durchaus im Sinne einer ‚technologischen Regel‘ verstanden werden“ (SACHSE und MAUS 1991, S. 27).

SACHSE (2002) beschreibt drei zentrale Charakteristika der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie: Klärungsorientierung, Bearbeitungsorientierung und Handlungsorientierung und Prozessdirektivität. Im Sinne meiner Fragestellung möchte ich mich an dieser Stelle dem letzten der drei Punkte widmen.

Unter Handlungsorientierung versteht SACHSE (2002, S. 267f.) die Realisation spezifischer Arten von Interventionen und Interventionsstrategien,

„um Klienten gezielt in ihren Klärungs- und Veränderungsprozessen zu unterstützen (...). Das therapeutische Handeln ist daher auch in hohem Maße *prozessdirektiv*. Klienten, die in dysfunktionalen Problembearbeitungen, Ambivalenzen, ungünstigen Lösungen usw. ‚festsitzen‘, benötigen Hinweise vom Therapeuten, wie sie anders als bisher, funktionaler, konstruktiver mit ihren Problemen umgehen können. Daher muss der Therapeut aktiv in die Bearbeitungen des Klienten eingreifen, er muss, was die Bearbeitung betrifft, direktiv sein. Bezüglich der Bearbeitung ist der Therapeut damit auch keineswegs ‚absichtslos‘: Der Therapeut möchte, dass der Klient ungünstige Bearbeitungsweisen verlässt und konstruktivere Bearbeitungsweisen realisiert. Der Therapeut ist dafür Experte: Er kann dem Klienten zeigen, wie er anders als bisher und konstruktiver mit seinen Problemen umgehen kann. Der Therapeut ist damit ‚Prozessexperte‘“. Demnach sind „Vorstellungen von ‚Nicht-Direktivität‘ oder von GT als ‚reinem Beziehungsangebot‘, in dem das Handeln des Therapeuten keine Rolle spielt und der Therapeut ganz ‚absichtslos‘ sein kann, ... nicht aufrechtzuerhalten“ (SACHSE und MAUS 1991, S. 117). In der Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie dürfe es „nicht um die Rettung einer Ideologie gehen (die im Falle der ‚Non-Direktivität‘ sowieso nicht zu retten ist), sondern ... darum..., sinnvolle, effektive Interventionsformen zu akzeptieren“ (SACHSE und MAUS 1991, S. 122).

Auch wenn Sachse betont, dass Direktivität nicht in inhaltlicher Hinsicht eingesetzt werden sollte, wird deutlich, dass ein Unterschied zu den zuvor diskutierten experienziellen Ansätzen besteht. Der Beziehungsaspekt des Therapiesgeschehens rückt in der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie in den Hintergrund. Konzepte werden fast ausschließlich auf der Handlungsebene formuliert und die Wirksamkeit einer Haltungskonzeption wird bestritten. Im Mittelpunkt der theoretischen Entwürfe stehen Regeln und Techniken für die Therapeutin. Von der Absichtslosigkeit, die im Focusing-orientierten Ansatzes noch bedeutendes Merkmal ist (s.o.), wird deutlich Abstand genommen.

2.5.4 Experienziell ≠ Personenzentriert?

Heute konzentriert sich ein Teil der wissenschaftlichen Diskussion auf die Frage, inwieweit die genannten experienziellen Therapieformen als Weiterentwicklungen Personenzentrierter Psychotherapie zu sehen, und noch mit deren Grundprinzipien zu vereinbaren sind. Dabei kommen unterschiedliche Autoren zu durchaus gegensätzlichen Ergebnissen (BRODLEY 1990, KEIL 2001, PROUTY 2001). Für diese Arbeit ist von Bedeutung, dass die (Nicht)-Direktivität der genannten Ansätze einen wesentlichen Diskussionsparameter darstellt. Unter der Annahme, der Erlebensprozess sei Ursache der Therapie, er mache Therapie überhaupt erst möglich, ist es notwendig, Mittel und Techniken zu formulieren, die diesen Erlebensprozess in Gang setzen und fokussieren können. Dies eröffnet ein neues Spannungsfeld um den Begriff der Prozessdirektivität. Die Therapeutenrolle wird in experienziellen Therapieformen aktiver und technikbezogener gesehen, als die bisher gezeichnete. Der Therapeut ist Prozessexperte und hat daher auf den Therapieprozess Einfluss zu nehmen.

Nicht-Direktivität besteht in experienziellen Therapieformen in unterschiedlichem Ausmaß, beschränkt sich jedoch auf inhaltliche Aspekte. ELLIOTT, GREENBERG und LIETAER (2004) weisen darauf hin, dass unter experienziellen Therapeuten Einigkeit besteht, dass inhaltliche Direktivität respektlos und nicht wachstumsfördernd ist. Es wird jedoch diskutiert „whether minor content-directive interventions can be used, as long as they are tentative and respectful, and also (b) the degree to which therapists should act as process experts by suggesting ways clients can work more productively on particular types of problems (‘process directiveness’)“⁴ (ELLIOTT, GREENBERG und LIETAER 2004, S. 494).

Alle experienziellen Psychotherapieformen sind mehr oder weniger prozessdirektiv. Das bedeutet nicht, „dass der Therapeut die Bedeutungsbildung für den Klienten vornimmt oder irgendwelche Erlebensmuster identifiziert, Verdecktes aufspürt oder bessere Sichtweisen des Klienten oder seiner Welt vorschlägt. Der Therapeut führt oder fördert den Klienten eher dahingehend, dass er sich auf gewisse Aktivitäten zur Informationsverarbeitung einlässt, von denen er glaubt, dass sie schematisch gewordene

⁴ ob kleinere inhaltlich-direktive Interventionen verwendet werden können, so lange sie von Respekt getragen sind, und auch (b) der Grad bis zu welchem Therapeutinnen als Prozessexpertinnen handeln sollten, indem sie Wege vorschlagen, wie Klienten produktiver an bestimmten Arten von Problemen arbeiten können („Prozessdirektivität“). (Übersetzung: D.W.)

Verarbeitungsformen verbessern“ (PROUTY 2001). Dem Therapeuten als Prozessexperten wird die Aufgabe übertragen, Erlebensprozesse anzuregen und dem Klienten zu helfen, diese zu vertiefen: „The primary role of the therapist in experiential therapy appears to be in his evaluative and directive function in relation to the client’s experiencing process, not in his providing the therapeutic attitudes“⁵ (BRODLEY 1990, S. 89). In diesem Zusammenhang weist Brodley darauf hin, dass Nicht-Direktivität Kennzeichen des Personenzentrierten Ansatzes bleibt. Die Autorin bezieht diese auf den Inhalt ebenso wie auf den therapeutischen Prozess. Sie betont weiters die Ubiquität der Nicht-Direktivität als Resultat des Vertrauens in die Möglichkeiten des Klienten. Nicht-Direktivität ist keine Regel, der die Therapeutin zu folgen hat, sie ist eine der Annahme der Aktualisierungstendenz notwendigerweise entspringende Haltung. Demgemäß sieht BRODLEY (1990, S. 92) deutliche Unterschiede zu experienziellen Ansätzen: „In client-centered therapy the therapist functions consistently with trust in the client as a whole person, while in experiential therapy the therapist’s trust is in the client’s experiencing process“⁶.

Auch für Gary Prouty liegt der wesentliche Unterschied zwischen Personenzentriertem und Experienziellem Ansatz im Umgang mit Nicht-Direktivität. PROUTY (2001) geht davon aus, dass, auch wenn Rogers es vermieden hat, Nicht-Direktivität formell zu definieren, er niemals vom Konzept einer nicht-direktiven Haltung Abstand genommen hat. Auch ich habe versucht, dies in den bisherigen Ausführungen zu zeigen. Die Tatsache aber, dass Rogers diesen Terminus in späteren Jahren nicht mehr verwendet, sieht PROUTY (2001, S. 55) als Begründung dafür, dass sich das Problem des phänomenologischen Reduktionismus stellt:

„In meinem Verständnis therapeutischer Erfahrung bringt genaues empathisches Verstehen den Klienten in Kontakt mit seinen nächsten auf organismischer Ebene entstandenen Erlebensschritten, das heißt, einem Muster von ‚non-direktivem Experiencing‘, wo der

⁵ Die wesentliche Aufgabe des Therapeuten in experienzieller Therapie scheint in seiner auswählenden und direktiven Funktion in Bezug auf den Experiencing-Prozess des Klienten zu liegen und nicht darin, die therapeutischen Grundhaltungen zu vermitteln. (Übersetzung: D.W.)

⁶ In Klientenzentrierter Therapie arbeitet der Therapeut durchgehend mit Vertrauen in die Klientin als ganze Person, während sich in experienzieller Therapie das Vertrauen des Therapeuten auf den Experiencing-Prozess des Klienten bezieht. (Übersetzung: D.W.)

Erlebensfluss auf *natürliche Weise* dem Organismus folgt. Erleben als natürliche Folge im Gegensatz zum Erleben, das aus dem Gerichtet-sein des Therapeuten hervorgeht, das unterscheidet Rogers von experienziellen Sichtweisen“ (Hervorhebungen im Original).

Prouty, Begründer der „Pre-Therapy“ in der Arbeit mit schwerst gestörten Klientinnen, „die ausdrücklich das aktive Eingreifen in Form von Handlungen und nicht bloß sprachlichen Symbolisierungen des Psychotherapeuten kennt“ (STIPSITS 1999), nimmt damit deutlich Abstand von direktiven Haltungen. Er weist auf die Möglichkeit und Notwendigkeit hin, Erlebnisorientiertheit nicht-direktiv zu verwirklichen.

Phänomenologischer Reduktionismus, „der eher als Empathie für das Erleben denn als Empathie für das Selbst definiert werden kann“ (PROUTY 2001, S. 55), führe zu einer Ich-Es-Beziehung im Sinne BUBERS (2002), während die von Rogers intendierte therapeutische Begegnung dem Begriffspaar Ich-Du zuzuordnen sei. Prouty's Hauptsorge „gilt der Möglichkeit, dass Klientenzentrierte Psychotherapie in einen experienziellen ‚Zeitgeist‘ absorbiert wird und sich irgendwann darin auflöst“ (PROUTY 2001, S. 52). Diese rigorose Sicht, dass Personenzentrierte Psychotherapie und experienzielle Ansätze unterschiedlichen Paradigmen folgen und so als unterschiedliche Therapieformen zu sehen sind, teilen auch BRODLEY (1990, 1997) und WITTY (2004, S. 31):

„Process-directive therapists have clear aims for how clients can change emotional schemes and ‚stuck‘ contents. They have appropriated the core conditions (...) without recognizing that by their orchestration and direction, they have altered the character of these conditions. They have replaced Rogers' empathic way of being with methods of doing, and they have replaced trust in clients with a ‚new paradigm‘ – trust in the expert“.⁷

Andere Autoren betonen dagegen die Notwendigkeit, beide Aspekte zu berücksichtigen:

„Psychotherapeutisches Vorgehen kann nie exklusiv begegnungsorientiert sein, sondern muss notwendigerweise immer auch von Sachverstand getragen werden, im Sinne der Prozessorientierung, und das bedeutet: Unser Ansatz kann nur dann als wirksame

⁷ Prozess-direktive Therapeuten haben klare Vorstellungen darüber, wie Klienten emotionale Schemata und festgefahrene Inhalte verändern können. Sie haben die Grundhaltungen angepasst, ohne zu erkennen, dass sie durch ihre Orchestrierung und Richtung den Charakter dieser Haltungen verändert haben. So haben sie Rogers' empathische Art zu sein durch Methoden des Tuns ersetzt und sie haben das Vertrauen in die Klienten durch ein paradigmatisch neues Vertrauen in den Experten ersetzt. (Übersetzung D.W.)

Psychotherapiemethode bestehen, wenn der Psychotherapeut sich verantwortlich weiß für den Fortgang des Prozesses und für das Erreichen der Ziele“ (SWILDENS 2001, S. 33).

An anderer Stelle sieht jedoch auch SWILDENS (2002, S. 203) die Gefahr, dass zu sehr von personenzentrierten Prinzipien abgewichen wird, interessanterweise in der Auseinandersetzung mit dem zielorientierten Ansatz: „Es ist zu befürchten, dass vor allem die therapeutischen Konsequenzen, die Sachse (...) zieht, ihn mehr oder weniger von der Hauptströmung der Personenzentrierten (Gesprächs)-Psychotherapie entfremden, in erster Linie weil die gegenseitige Erkennbarkeit in der Praxis, z.B. in den Interventionen, abnimmt“.

Für KEIL (1997) ist die Welt so lange in Ordnung, als sich Direktivität auf den Prozess und nicht den Inhalt bezieht. Prozessdirektivität finde auf den Abstraktionsebenen III und IV statt, daher müsse „darin kein Widerspruch zu den therapeutischen Grundhaltungen gesehen werden. Der Klient bleibt weiter der Experte für seine Inhalte; die Therapeutin ist hingegen die Expertin für die Art und Weise des Erlebensprozesses“ (KEIL 1997, S. 130). Diese Voraussetzungen sieht er sowohl im Focusing, als auch in der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie erfüllt und geht damit konform mit BIERMANN-RATJEN, ECKERT und SCHWARTZ (2003). Hier muss eingeworfen werden, dass das Konzept der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie die Bedeutung der Abstraktionsebene II ja grundsätzlich infrage stellt, was einen Unterschied zur Konzeption des Focusing darstellt und in der Diskussion um die Vereinbarkeit mit personenzentrierter Theorie berücksichtigt werden müsste. In einem späteren Beitrag zeigt Keil sich irritiert und befremdet von den Positionen Proutys und Brodleys. Speziell deren auf Direktivität bezogene Argumente will KEIL (2001, S. 94) nicht gelten lassen:

„Die Nicht-Direktivität ist jedenfalls m.E. nicht als ein wesentlicher Faktor in Rogers' Therapiekonzept anzusehen. Es ist hier ja auch zu bedenken, dass es Nicht-Direktivität im Sinne eines gänzlichen Fehlens von zwischenmenschlicher Beeinflussung streng genommen überhaupt nicht geben kann. Jede Kommunikation übt Einfluss aus. Dies rechtfertigt aber nicht, Einflussnahme generell als negativ im Sinn etwa von Manipulation oder Zwang zu sehen. Die Vertreter der Nicht-Direktivität in der Personzentrierten Psychotherapie scheinen jegliche Einflussnahme in einer solchen Art generell negativ zu sehen. Dabei wird u.a. übersehen, dass allein schon die ‚Zumutung‘ unserer Grundhaltungen oder unseres Menschenbildes eine gewaltige Einflussnahme auf den Klienten darstellt“.

In seiner Argumentation, dass Nicht-Direktivität wenn überhaupt nur in der personenzentrierten Anfangsphase von Bedeutung gewesen sei, beruft KEIL (2001) sich auf LIETAER (1992). Die Problematik, Lietaers Beitrag so zu verstehen, habe ich bereits ausführlich diskutiert. Auch Keils Umgang mit den Argumenten von Brodley und Prouty scheint diskussionswürdig. Beide behaupten niemals, dass Nicht-Direktivität einem Fehlen jeglicher Beeinflussung entspräche und sie sehen auch nicht jede Art der Beeinflussung als Zwang oder Manipulation an. BRODLEY (1990, S. 94) macht es deutlich: „The absence of directivity in client-centered therapy does not imply there is an absence of direction in the client’s change nor does it imply the therapist has little impact.“⁸ Die Zumutung der Aktualisierungstendenz, wie sie ironischerweise Keil selbst (s.o.) beschrieben und für wichtig erachtet hat, in Verbindung mit dem hohen Vertrauen in den Klienten, verschmelzen nach Brodley in einer ubiquitären nicht-direktiven Haltung.

Die Diskussion, inwieweit Prozessexpertise und Prozessdirektivität mit personenzentrierter Theorie vereinbar sind, kann fruchtbar sein und hat vor dem Hintergrund des Antidogmatismus als Kennzeichen des Personenzentrierten Ansatzes wesentliche Bedeutung für seine Weiterentwicklung. Nicht-Direktivität als nur historisch bedeutsames Konzept zu sehen, dem nur mehr ein paar Romantiker anhängen, die die wesentlichen Entwicklungen verschlafen haben, heißt dem Dogmatismus anheim fallen, den man selbst kritisiert. Die dargelegte Diskussion muss ein Stück weit als ein Aneinander-Vorbeireden interpretiert werden. Ein Grund dafür mag im unterschiedlichen Verständnis des Terminus an sich liegen, welches wiederum auf das schon diskutierte Fehlen eines geschlossenen Entwurfes der Nicht-Direktivität zurückzuführen ist. Es besteht jedoch auch eine weitere Interpretationsmöglichkeit der Diskussion: Sie könnte Indiz dafür sein, dass tatsächlich unter der Prämisse unterschiedlicher Paradigmen argumentiert wird. Meine Ausführungen zu prozessdirektiven Ansätzen möchte ich mit Richard Van Balen schließen. In seiner Darstellung der Entwicklung des Experienziellen Ansatzes betont er, diesen stets als „wichtige Quelle der Inspiration“ gesehen zu haben: „Ich habe den Eindruck, dass er, insofern er tatsächlich imstande ist, das Wesen der Rogers’schen Inspiration zu bewahren (...), dem Klientenzentrierten Ansatz ausschließlich zum Vorteil gereicht. Dennoch bin ich

⁸ Das Fehlen von Direktivität in klientenzentrierter Psychotherapie beinhaltet weder ein Fehlen jeder Richtung der Veränderung des Klienten, noch die Tatsache, dass die Therapeutin nur wenig Einfluss hat. (Übersetzung: D.W.)

ebenfalls davon überzeugt, dass die sogenannte Prozessexpertise zu dem führen könnte, was Rogers immer vermeiden wollte, nämlich dass sich diese Therapie, trotz eventueller ständiger Lippenbekenntnisse zu den Grundbedingungen, wieder eher als eine ‚problemzentrierte‘ denn als eine ‚personenzentrierte‘ erweist“ (VAN BALEN 2002, S. 228).

2.6 Nicht-Direktivität und Wirksamkeit

Gemäß den Erkenntnissen von ELLIOTT (2002), dass Psychotherapieforschung sowohl qualitative wie quantitative Ansätze benötigt, soll nun auf Zusammenhänge zwischen Ausmaß und Art von Nicht-Direktivität und Wirksamkeit von Psychotherapie, wie sie in quantitativen Studien hergestellt wurden, eingegangen werden.

Die Notwendigkeit für Effektivitätsstudien ergibt sich nicht zuletzt durch den Erklärungsbedarf gegenüber legislativen Instanzen und öffentlichen Einrichtungen, die für gesetzliche Rahmenbedingungen und (teilweise) Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen verantwortlich zeichnen. Viele Fragen dieser Instanzen sind ohne Zahlen nicht zu beantworten, es sei jedoch auch betont, dass diese Zahlen stets einer breiten Diskussion zugeführt werden müssen. Auch die hier beschriebenen Ergebnisse sind nach den Rahmenbedingungen ihrer Entstehung, nach Wahl und Ausgangspunkt der Fragestellung und nicht zuletzt nach der wissenschaftlichen Herkunft der Forscher einzuordnen. Die Gefahr ist groß, Wirksamkeitsstudien als Alibi für das Abgehen von theoretischen Positionen zu benutzen und eklektische Vorgehensweisen zu rechtfertigen (STIPSITS 1999).

Einen umfassenden Überblick über empirische Forschungsarbeiten zu Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapieansätzen geben ELLIOTT, GREENBERG und LIETAER (2004) in Form einer Metaanalyse von über 125 Wirksamkeitsstudien. Die zentrale Fragestellung der Metaanalyse ist jene nach der Effektivität unterschiedlicher Experienzieller Therapieformen. Den Aussagen liegen Studien unterschiedlicher Fragestellungen zugrunde: Wirksamkeitsstudien mit Kontrollgruppen, Vergleichsstudien unterschiedlicher Experienzieller Therapieformen, Vergleiche der Wirksamkeit Experienzieller Ansätze mit jener kognitiv-behavioristischer Therapien.

Folgende allgemeine Aussagen lassen sich treffen:

- Statistische Daten zeigen, dass es in der Wirksamkeit experienzieller und nicht-experienzieller Verfahren allgemein keinen Unterschied gibt, Elliott e.a. sprechen in diesem Zusammenhang von einer Null-Hypothese.
- Ein Vergleich lerntheoretischer vs. experienzieller Therapieformen ergibt ein ähnliches Bild, wenngleich Verhaltenstherapie verglichen mit nicht-direktiven Therapien statistisch vernachlässigbar bessere Ergebnisse aufweist. Vergleicht man sie jedoch mit prozessdirektiven Ansätzen, wendet sich das Blatt und die Experienziellen Therapien sind im Vorteil.

Im Sinne der weiter oben formulierten Forderungen greifen ELLIOTT e.a. (2004) folgende Einflüsse auf die Effektgrößen der Studien auf:

- Die Methodenzugehörigkeit der Forscher beeinflusst die Forschungsergebnisse: Behavioristisch orientierte Forscher fanden in Vergleichsstudien nicht-experienzielle Therapieformen überlegen, für humanistisch orientierte Forscher lagen die Experienziellen Ansätze voran. Forscher ohne explizite Zuordnung stellten keinen Unterschied in der Wirksamkeit der unterschiedlichen Ansätze fest.
- Faktoren, die bei den Klienten liegen, haben Einfluss auf Studien, die Klientenzustände vor und nach der Therapie untersuchten.
- Es lässt sich ein Unterschied in der Wirksamkeit der unterschiedlichen Experienziellen Therapien in Form einer leichten Überlegenheit prozessdirektiver Verfahren nachweisen.
- Nicht-direktive Verfahren zeigen ihre Stärke besonders in den Studien zur Langzeitwirkung von Therapien.

Im Anschluss auf den für unser Anliegen besonders bedeutenden letzten Punkt ist allerdings hinzuzufügen, dass auch Störungs- bzw. Krankheitsbilder Einfluss auf die Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Ansätze haben. ELLIOTT e.a. (2004) stellen fest, dass experienzielle Therapieformen sich besonders wirksam bei Depression, Angststörungen und Traumata zeigen. Darüber hinaus haben sie positive Auswirkungen auf Menschen mit physischen Leiden. Auch schwere Störungen wie Schizophrenien sind Experienziellen Therapien zugänglich. Einige Ergebnisse im Überblick:

- Auf dem Gebiet der *Angststörungen* weisen alle Studien eine hohe Wirksamkeit Experienzieller Therapieformen aus. Zwei Studien zeigen eine leichte

Überlegenheit behavioristischer Ansätze, ohne jedoch die Effektivität Experienzieller Ansätze zu widerlegen.

- In den zitierten Studien zu *Missbrauch und Traumatherapie* zeigt sich die Wirksamkeit Experienzieller Therapien deutlich. In allen Vergleichsdesigns sind sie behavioristisch orientierten Ansätzen überlegen. Besonders gute Ergebnisse zeigen sich bei nicht-direktiven Therapien.
- Auf dem Gebiet der *Depression* gibt es eine Fülle von Forschungsarbeiten, deren Zusammenschau folgendes Bild ergibt: Experienzielle Therapien sind wirksam, eine leichte Überlegenheit prozessdirektiver Verfahren wird nachgewiesen. Optimale Ergebnisse werden erzielt, wenn Experienzielle Therapien in Verbindung mit psychopharmakologischer Medikation eingesetzt werden.
- Die geringe Anzahl an Forschungsarbeiten zu Psychotherapie mit Klienten, die *aggressives Verhalten* und *Gewalt* zeigen, ebenso wie mit Klienten mit *Schizophrenien* und schweren *Persönlichkeitsstörungen*, schränkt die Generalisierbarkeit der Aussagen ein. Die vorhandenen Ergebnisse sind jedoch positiv. Es gibt Belege für die Wirksamkeit Experienzieller Therapien auf diesen Gebieten, wengleich Elliott e.a. die Forderung nach weiterer Forschung anschließen.
- Untersuchungen zu Klienten mit *gesundheitlichen Problemen* weisen mehr Fragen auf, als Antworten zu liefern. Während bei Krebspatienten nur eine Besserung des psychischen Zustandes nachgewiesen werden kann, zeigt sich in Experienziellen Therapien mit HIV-positiven Menschen und Aidskranken auch eine Verbesserung des physischen Zustandes. Auch auf diesem Gebiet ist weitere Forschung notwendig, scheinen sich doch interessante Möglichkeiten aufzutun.

Als letzte für diese Arbeit relevante Ergebnisse der Metaanalyse seien einige Erkenntnisse im Bereich des Therapeutenverhaltens erwähnt. Es zeigt sich, dass die Basisvariablen Personenzentrierter Psychotherapie nicht ausschließlich für experienzielle Therapieformen gesehen werden können. Es gibt beispielsweise Belege dafür, dass Empathie in verhaltenstherapeutischen Verfahren wichtiger für den Therapieausgang ist.

Untersuchungen zur Direktivität von Therapeutinnen zeigten, dass es in unterschiedlichen Experienziellen Ansätzen Prozessdirektivität und inhaltliche Direktivität in unterschiedlichem Ausmaß gibt. Weiters wurde festgestellt, dass ein und derselbe

Therapeut in unterschiedlichen Sitzungen in unterschiedlichem Maße direktiv agiert. Diese letzte Erkenntnis hat besondere Bedeutung für den empirischen Teil dieser Arbeit und wird in Themenfeldern des Interviewleitfadens Berücksichtigung finden.

2.7 Die Hermeneutik als wissenschaftliche Methode

Wissenschaftlich arbeiten heißt arbeiten an einem Gegenstand mit Hilfe einer Methode. Es gilt, den Gegenstand zu definieren, ihn abzugrenzen und sich einem bestimmten Problem zu widmen, das mit wissenschaftlichen Mitteln bearbeitbar ist. Dies geschieht in Form einer konkreten Fragestellung. Wie in der Einleitung ausgeführt, geht es dieser Arbeit darum, ein Verständnis über die Bedeutung der Nicht-Direktivität im personenzentrierten Konzept von Psychotherapie zu entwickeln.

Nach Formulierung dieser Fragestellung macht die Wahl der Methode oder der Methoden, die dem Gegenstand der Untersuchungen angemessen sind, einen wesentlichen Schritt aus.

Eine Arbeit, in der es um *Verständnis* von Phänomenen geht, muss sich einer Methode bedienen, die Verstehen wissenschaftlich möglich macht und einen systematischen Entwurf von Verstehensprozessen anbietet.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführt, ist Nicht-Direktivität ein historisch begründeter Gegenstand. Ein Großteil der wissenschaftlichen Diskussion findet seinen Niederschlag in Texten und Publikationen, die sich dem Gegenstand widmen. Daher kann nur eine Methode hilfreich sein, die es ermöglicht, Texte wissenschaftlich zu bearbeiten, sie zu interpretieren und Zusammenhänge herzustellen, eventuelle Widersprüche oder Ungereimtheiten aufzudecken. Dabei muss stets unter dem Anspruch gearbeitet werden, nicht willkürlich oder einseitig zu argumentieren. Die Methode, die all das leisten kann, ist die Hermeneutik.

Wenn es darum geht, einen Gegenstand und seine Bedeutung zu *verstehen*, so müssen wir zunächst den Begriff des Verstehens näher betrachten. Verstehen ist ein Grundbegriff der Hermeneutik, ein terminus technicus. Dieser unterscheidet sich vom umgangssprachlichen Begriff des Verstehens und muss in Abgrenzung zum Begriff „Erklären“ verwendet werden. Wenn wir Dinge oder Phänomene *erklären*, so fragen wir nach ihren Ursachen. Beim Erklären geht es also um Warum-Fragen (DANNER 2006). Verstehen im hermeneutischen Sinn ist „Erkennen von etwas als etwas (Menschliches) und gleichzeitig das Erfassen seiner Bedeutung“ (DANNER 2006, S. 36). Genau darum geht es auch in dieser

Arbeit: Um das Verstehen der Bedeutung eines bestimmten Gegenstandes, nämlich der Nicht-Direktivität. Ich habe auch versucht, ein Verständnis der Nicht-Direktivität *als* etwas zu entwickeln, nämlich als eine Grundhaltung Personenzentrierter Psychotherapie. Es hat sich auch gezeigt, *als* was Nicht-Direktivität missverstanden werden kann.

Nach DANNER (2006) geht es beim Verstehen als hermeneutischem Begriff im eigentlichen Sinn um Sinn-Verstehen. Dabei unterscheidet er *unmittelbares* von *höherem* Verstehen. Höheres Sinn-Verstehen ist dann „nicht mehr ein unmittelbarer, unreflektierter Vorgang, sondern es soll sich in seiner Struktur, in seiner Leistungsfähigkeit, in seiner Komplexität zeigen“ (DANNER 2006, S. 35). Verstehen im hermeneutischen Sinn zielt ab auf eine Erleuchtung des Sinnzusammenhangs. Dabei ist zu beachten, dass der Sinn nicht durch ein „Vielerlei an Wissen“ aufgeht, er ist vielmehr „ein Ganzes, das man als solches erfassen muss“ (DANNER 2006, S. 44).

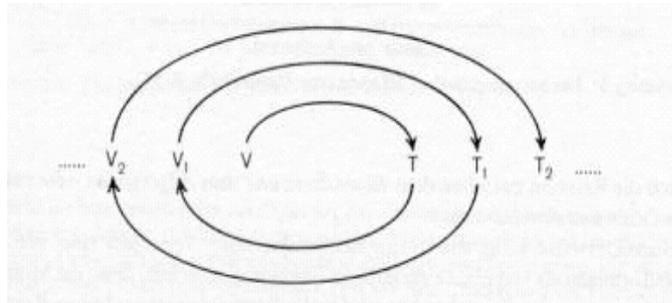
Das Anliegen der Hermeneutik ist es, Verstehen zu einem verbindlichen Vorgang zu machen, es einer bloßen Subjektivität zu entheben. Da die Basis von Verstehen jedoch stets zeit- und kulturbedingt ist, kann eine absolute Allgemeingültigkeit nicht erreicht werden. Dazu trägt auch der Umstand bei, „dass Verstehen *nur möglich ist aufgrund der Subjektivität* des Verstehenden“ (DANNER 2006, S. 53, Hervorhebungen im Original). Es liegt also in der Verantwortung des Forschenden, sich dem Problem der Subjektivität zu stellen. Es ist Aufgabe des Verstehenden, sicherzustellen, nicht von Beliebigkeit und Befangenheit geleitet zu sein. Verstehen heißt dann auch, nicht willkürlich vorzugehen. Diesem Umstand tragen hermeneutische Regeln Rechnung, die ich später diskutiere.

Hermeneutik kann als „Kunst der Auslegung“ (DANNER 2006, S. 55) verstanden werden. Hermeneutisch arbeiten bedeutet dann, Vorhandenes zu interpretieren. Interpretation ist nur im höheren Verstehen von Bedeutung, im elementaren Verstehensakt kann etwas verstanden, missverstanden oder gar nicht verstanden werden. Dabei gibt es keine Notwendigkeit, etwas auszulegen. Höhere Verstehensprozesse jedoch machen einen Akt der Interpretation notwendig. Nur so können komplexe Zusammenhänge erfasst werden.

Hermeneutische Prozesse verlaufen in bestimmter Art und Weise, nämlich in einer Art Kreis- bzw. Spiralbewegung. Um zu höherem Verstehen zu gelangen, ist ein Vorverständnis des Gegenstandes notwendig. Der Forscher geht mit diesem Vorverständnis an einen Text oder ein Phänomen heran und gewinnt im Verlauf ein bestimmtes Text- bzw. Phänomenverständnis. Aus diesem Textverständnis entwickelt sich

ein erweitertes Vorverständnis, aus dem heraus wieder ein neues und erweitertes Textverständnis erfolgt und so fort. Dieser Prozess lässt sich grafisch darstellen:

Abbildung 1: Der hermeneutische Zirkel I



V = Vorverständnis

T = Text

V₁ = erweitertes Vorverständnis

T₁ = vertieftes Textverständnis etc.

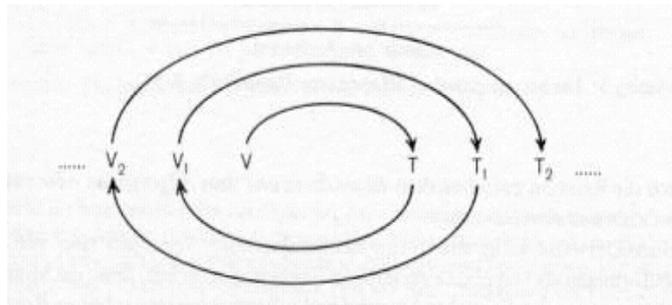
Vom Vorverständnis verlangt DANNER (2006, S. 57), es müsse „differenziert werden im Hinblick auf Vorwissen, das durch Informationen und Interpretationen laufend korrigiert wird, und einem grundlegenden Verstehenshorizont. Von diesem her und auf diesen zu verstehen wir; er macht unsere persönlich und kulturell bedingte Weltsicht aus und verändert sich im Laufe eines individuellen Lebens – sofern überhaupt – nur partiell“.

Daher ist es notwendig, als Autor diesen grundlegenden Verstehenshorizont in nachvollziehbarer Weise offen zu legen. Ebenso ist es notwendig, den Verstehenshorizont der zu interpretierenden Autoren ins Blickfeld zu rücken, so geschehen zu Beginn der Arbeit, in der Diskussion der Originaltexte Rogers'. Dies wird von besonderer Bedeutung im folgenden Kapitel sein, in dem ich mich mit Autoren auseinandersetze, die das Phänomen Nicht-Direktivität kritisch betrachten. Dies ist auch der Grund dafür, dass ich mich an *dieser* Stelle mit der Methodik der Arbeit beschäftige. Zahlreiche Argumentationsfiguren der Kritiker deuten auf ein gänzlich anderes Vorverständnis der jeweiligen Autoren hin, offenbaren Widersprüche, und erschweren dadurch den Verstehensprozess merklich.

Das Phänomen der Differenz zwischen Verstehendem und Text des Autors bezeichnet man als „hermeneutische Differenz“. DANNER (2006, S. 58) weist darauf hin, dass letztlich

offen bleibt, „ob es zu einem endgültigen, kongruenten Verstehen kommt, ja überhaupt kommen kann“. In der Bewegung des hermeneutischen Zirkels kann die hermeneutische Differenz verkleinert oder überwunden werden. Diese Bewegung spielt sich nicht nur zwischen Vor- und Textverständnis ab. Die gleiche Grafik gilt für die Teile eines Ganzen und das Ganze:

Abbildung 2: Der hermeneutische Zirkel 2



Verstehen entwickelt sich also zirkulär vom Verstehen eines Teiles zum Verstehen des Ganzen, daraus entspringt ein neues Teilverständnis und so fort. Der dritte Bereich in dem der hermeneutische Zirkel bei DANNER (2006) in Erscheinung tritt, ist der besonders im Bereich der Pädagogik relevante Zusammenhang von Theorie und Praxis. Demnach entwickeln sich Theorie- und Praxisverständnis analog zur vorher beschriebenen Spiralbewegung. Dies entspricht auch dem Vorgehen dieser Arbeit. Auf den theoretischen Teil folgt ein empirischer. Darin werde ich die Bedeutung des Konzeptes der Nicht-Direktivität für die therapeutische Praxis untersuchen. Der Verstehensprozess verläuft von theoretischem Verständnis, das gleichsam Vorverständnis für den empirischen Teil wird, zum Verständnis der therapeutischen Wirklichkeit, die sich in der empirischen Auswertung der Interviews mit Therapeutinnen und Therapeuten niederschlägt. Aus diesem neuen Verständnis lässt sich ein erweiterter Blick auf die theoretischen Beiträge werfen. Diesem Umstand trage ich Rechnung, indem ich theoretischen und empirischen Teil nicht hintereinander, sondern gleichzeitig bearbeitet habe.

Um sich auf dem Kontinuum zwischen Subjektivität und Allgemeingültigkeit möglichst in Richtung des letzteren zu bewegen, kann und muss sich der hermeneutisch arbeitende Wissenschaftler von bestimmten Regeln, oder besser von bestimmten methodischen Grundsätzen, leiten lassen, die keineswegs im Sinne einer technischen Anweisung zu

verstehen sind. In jüngerer Zeit haben sich PARMENTIER und RITTELMAYER (2007) diesem Thema gewidmet. Sie beschreiben die folgenden wesentlichen Punkte:

1. Hermeneutische Interpretationen erfolgen immer mit bestimmten Fragestellungen, aus einem bestimmten Vorverständnis der zu interpretierenden Sache heraus. Daher ist die Prüfung der eigenen Vorannahmen und Interpretationsperspektiven eine methodische Forderung.
2. Es ist zu prüfen, ob sich die Interpretation strikt am Gegenstand orientiert oder möglicherweise darüber hinausgeht und so spekulativ zu werden droht.
3. Weiters muss hinterfragt werden, ob die eigene Interpretation tatsächlich neue Erkenntnisse bringt oder ob sie lediglich einen Text paraphrasiert.
4. Sämtliche Quellen sind stets kritisch zu prüfen.
5. Der Gegenstand der hermeneutischen Analyse muss in seinem historischen und sozialen Zusammenhang gesehen werden.
6. Bei der hermeneutischen Analyse ist darauf zu achten, dass die Eigenart des zu interpretierenden Gegenstandes verstanden und nicht etwa zerstört wird.
7. Zentrale Begriffe der Analyse müssen geklärt werden.

Diese Punkte können als Gütekriterien eines Forschungsprozesses gesehen werden. Sie sind jedoch nicht nur Verpflichtung, sondern auch Leitlinien im wissenschaftlichen Prozess. Ihre Berücksichtigung ist besonders in kritischen Betrachtungen von Bedeutung. Kritik soll in dieser Arbeit mit dem Ziel geübt werden, ein vertieftes Verständnis für den Gegenstand zu bekommen. Daher ist den folgenden, von Danner formulierten Schritten zu folgen:

Im Zuge einer „*vorbereitenden Interpretation*“ ist nach Prüfung der Authentizität eines Textes die eigene Vormeinung zu klären. Der Interpret „muss sich sein persönliches *Vorverständnis*, sein *Vorwissen* und seine *Fragestellung*, mit denen er an den Text herangeht, bewusst machen“ (DANNER 2006, S. 94, Hervorhebungen im Original). Danach wird die Kernaussage des Textes, sein allgemeiner Sinn festgestellt. Dazu habe ich von sämtlichen kritischen Texten zum Thema Nicht-Direktivität Exzerpte angefertigt.

Danach folgt die „*textimmanente Interpretation*“, bei der der Text im Sinne des hermeneutischen Zirkels interpretiert wird. Mit Vorverständnis und Vorwissen über

Geschichte und Sinn von Nicht-Direktivität im Personenzentrierten Ansatz musste ich hier besonders sorgfältig vorgehen, um den kritischen Standpunkten zu Nicht-Direktivität nicht allzu schnell ihre Berechtigung abzusprechen. Neben dem Einsatz der Regeln der Logik verlangt Danner, den Autor prinzipiell für vernünftig zu halten, Gründe für eventuelle Widersprüche also zunächst auf Seiten des Interpretierenden zu suchen. So gelangt man schließlich zum dritten Schritt, der „*koordinierenden Interpretation*“. Hierbei kann der Kontext zum Gesamtwerk eines Autors hilfreich sein, wie er in dieser Arbeit in der Auseinandersetzung mit den Originaltexten Rogers' hergestellt wurde. Dabei war es mein Anliegen zu zeigen, zu welcher Zeit sich Rogers auf welche Art und Weise über Nicht-Direktivität geäußert hat, welche Unterschiede zwischen frühen und späteren Werken bestehen und warum er schließlich den Begriff Nicht-Direktivität kaum mehr verwendete.

2.8 Nicht-Direktivität im kritischen Kontext

Bereits die Auseinandersetzung mit der Weiterentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie hat gezeigt, dass das Konzept der Nicht-Direktivität häufig kritisch betrachtet wird. Im folgenden Abschnitt sollen Argumentationsfiguren der Kritik personenzentrierter Autorinnen und Autoren herausgearbeitet werden.

2.8.1 Von der bloß historischen Bedeutung eines Konzepts

An dieser Stelle sei nur kurz darauf verwiesen, dass bereits dargestellt wurde, dass einige Autoren aus historischer Perspektive gegen Nicht-Direktivität argumentieren. Demnach ist sie nur im geschichtlichen Kontext von Bedeutung, als Unterscheidung zu den damals dominierenden lerntheoretisch bzw. tiefenpsychologisch orientierten Therapieansätzen und wurde von Rogers selbst später fallen gelassen. Als Beleg für dieses Argument wird die Tatsache herangezogen, dass Rogers den Terminus Nicht-Direktivität ab den späten 50er Jahren des 20. Jahrhunderts kaum mehr verwendete (LIETAER 1992). Mit dieser Argumentation habe ich mich bereits kritisch auseinander gesetzt und sie zu widerlegen versucht.

2.8.2 Berücksichtigung individueller Unterschiede der Klienten

David CAIN (1989) greift zunächst ebenfalls die historische Perspektive auf und bezieht sich auf den eingangs zitierten Abschnitt aus „Die nicht-direktive Beratung“ über das

unterschiedliche Vorgehen nicht-direktiver und direkter Therapeuten. Cain identifiziert drei beabsichtigte Effekte nicht-direktiven Verhaltens:

„Rogers’s apparent intents were to avoid determining or controlling: (1) what the client talked about or how or when the client talked about it, (2) the client’s goals, or (3) the actions or means by which the client attained these goals” (CAIN 1989, S. 126, Hervorhebungen im Original).⁹

Ausgehend von diesem Verständnis stellt Cain die These auf, dass im Konzept der Nicht-Direktivität der individuellen Art, wie Klienten Ziele bestmöglich erreichen, zuwenig Bedeutung beigemessen werde. Um diese These weiter auszuführen, weist Cain darauf hin, dass der Personenzentrierte Ansatz ja als Möglichkeit verstanden wird, in den unterschiedlichsten Settings zu arbeiten, unter anderem auch im Rahmen personenzentrierten Unterrichts. Belegt durch mehrere Studien zeigt Cain auf, dass die Lernstile von Schülerinnen, und daher auch Klientinnen, unterschiedlich sind. Die zitierten Untersuchungen beschäftigen sich mit Umweltbedingungen wie Ruhe und Beleuchtung am Arbeitsplatz, aber auch mit den unterschiedlichen Arten wie Individuen bestmöglich lernen. Es ist bekannt, dass es auditive, visuelle oder kinesthetische Lerntypen gibt. Aus diesen Tatsachen zieht Cain den Schluss, dass auch in der Psychotherapie ein Ansatz gewählt werden müsse, der zum Klienten passt. Das Konzept der Nicht-Direktivität stünde dem entgegen, da sich nach Cains Ansicht nicht jeder Klient unter nicht-direktiven Bedingungen bestmöglich entwickelt. Es erscheint ihm somit als Paradoxon, dass ein Ansatz, der die Individualität des Einzelnen besonders betont, ein „one approach fits all“ - Konzept verfolgt (CAIN 1989, S. 126).

Cain weist auch darauf hin, dass es sich beim Konzept der Nicht-Direktivität um ein Paradoxon handeln kann, nämlich dann, wenn ein Therapeut sich in seinen Handlungsmöglichkeiten limitiert fühlt und wenn er dadurch auch die Möglichkeiten seiner Klientinnen einschränkt. Nicht-Direktivität ist dann nicht Grundlage für Wachstum sondern behindert dieses. Cain sieht sich in seinen Ausführungen weder als Befürworter noch als Gegner einer nicht-direktiven Haltung, vielmehr möchte er vermitteln, dass es sich nicht um ein wesentliches Konzept handelt. Die Vorschläge, die sich für ihn aus dieser

⁹ „Rogers’ offensichtliche Absicht war es, Bestimmung oder Kontrolle darüber zu vermeiden, (1) worüber der Klient spricht, (2) die Ziele des Klienten oder (3) die Handlungen oder Mittel, mit denen der Klient diese Ziele erreicht.“

Sicht für die Praxis machen lassen, sind folgendermaßen zusammenzufassen: Wenn man annimmt, dass Klienten die Fähigkeit haben, zu erkennen, was Wachstum fördert, dass ihre Sicht es ist, die zeigt, was hilfreich ist, und was nicht, muss man als Psychotherapeut weniger darüber nachdenken, ob man direktiv ist oder nicht, sondern es ergibt sich die Notwendigkeit, darauf zu achten, ob das, was man tut, Lernen erleichtert oder nicht.

In einem späteren Beitrag (CAIN 1990) weist er drauf hin, dass diese Frage des Therapeuten an den Klienten schon aus moralischen Gründen unerlässlich sei. Die Annahme, dass Nicht-Direktivität hilft, Kontrolle und Abhängigkeiten zu verhindern, dass der Klient mehr spricht, wenn der Therapeut weniger spricht und dass Nicht-Direktivität Ausdruck für Respekt ist, ist nach Cain eine Annahme, die außerhalb der Sicht des Klienten liegt und daher nicht relevant ist.

Nach CAIN (1990) nehmen viele Klienten Nicht-Direktivität als frustrierend, einengend, kontraproduktiv oder ärgerlich wahr. Sie spüren dann Passivität, mangelndes Sich-Einlassen der Therapeuten oder nehmen mangelnden Willen zu helfen wahr. CAIN (1989, 1990) zieht daraus den Schluss, dass nicht Nicht-Direktivität sondern Kontrolle das ausschlaggebende Konzept sein muss. Die Kontrolle muss bei den Klienten liegen. Aufgabe der Therapeutinnen ist es, die bevorzugten Lernstile der Klienten zu erkennen und immer wieder nachzufragen, ob das therapeutische Tun für die Klienten hilfreich ist oder nicht.

Cains Ausführungen sind aus mehreren Gründen zu problematisieren. Zum ersten muss festgestellt werden, dass ein therapeutischer Prozess, wie Rogers ihn beschreibt, nur bedingt mit einem Lernprozess vergleichbar ist. Jedenfalls ist zu diskutieren, ja anzuzweifeln, ob unterschiedliche Lernstile tatsächlich die Entwicklung in Klienten beeinflussen, die durch Personenzentrierte Therapie begünstigt werden soll. Wer Cains Forderungen folgt, müsste ständig fragen, ob er hilfreich ist, er müsste womöglich gar danach fragen, ob die Praxiseinrichtung so passt, schließlich stellt sie ja die Umgebung dar, in der gelernt werden soll. Frustrierende Erlebnisse dürften im therapeutischen Prozess nicht vorkommen, der Klient dürfte sich nicht eingeengt fühlen, er könnte daher auch nie die Frage danach stellen, warum er sich frustriert oder eingeengt fühlt. Ein solches Vorgehen verhindert für die Therapie möglicherweise entscheidende Prozesse. Es hilft nicht zwangsläufig, die Aktualisierungstendenz im Klienten wiederzuerwecken, sondern schafft möglicherweise eine Anpassung des Therapeutenverhaltens an jenes der Klienten.

Auch Cains Vorwurf, der Personenzentrierte Ansatz würde zwar die Individualität des einzelnen betonen, dann aber eine „one-fits-all“ – Lösung propagieren, basiert laut WITTY (2004, S. 30) auf einem Missverständnis:

„Cain does not see that because client-centered therapists are committed to the non-directive realization of the attitudes with no attempt to create effects in their clients, they provide an environment for the emergence of a unique therapeutic relationship with each new client and with each client in successive sessions. To the contrary of his claim, there is a *great deal of variation* in the ways client-centered practitioners interact with their clients – as much variation as there are persons”¹⁰ (Hervorhebungen im Original).

Kongruenz, Empathie und unbedingte positive Wertschätzung sind Haltungen, die Klienten spüren lassen, dass sie auf einem schwierigen Weg begleitet werden, dass eine Person in einer Begegnung anwesend ist und versucht, hilfreich zu sein. Nicht-Direktivität kann dieser Begegnung Respekt vor der Autonomie des Klienten schenken und verhindern, dass die Ziele des Therapeuten statt jener des Klienten zu tragen kommen (vgl. auch BOZARTH 2002). Unterschiedliche Lernstile sind dann weniger von Bedeutung als die Annahme, dass sich unter den genannten Bedingungen die Tendenz des Individuums, sich positiv weiterzuentwickeln, was immer das für den Einzelnen bedeuten mag, optimal entfalten kann. Cains Standpunkt scheint teilweise durch lerntheoretische oder allgemeinpsychologische Argumentationsfiguren stärker beeinflusst als durch die Grundlagen personenzentrierter Theorie. Wer seinen Vorschlägen für die Praxis folgt, läuft daher Gefahr, eklektisch zu arbeiten. Mit der Problematik eklektischen Vorgehens und möglichen Alternativen werde ich mich im Anschluss an dieses Kapitel auseinandersetzen.

Was sich Cains Ausführungen entnehmen lässt, ist die Tatsache, dass sich Therapeuten eingeengt fühlen können, wenn sie versuchen, nicht-direktiv zu handeln. Zweifellos ist Cains Schluss, dass Therapeuten, die sich selbst beschränkt fühlen, auch ihren Klienten Grenzen setzen, nicht unberechtigt. Daher ist dieses kritische Argument aufzugreifen und

¹⁰ Cain übersieht, dass da klientenzentrierte Therapeuten sich der nicht-direktiven Verwirklichung der Haltungen ohne den Versuch bestimmte Veränderungen in ihren Klienten hervorzurufen, verpflichtet fühlen, sie ein Umfeld für das Entstehen einer einzigartigen therapeutischen Beziehung mit jedem neuen Klienten und mit jedem Klienten in jeder Folgesitzung schaffen. Im Gegensatz zu seiner Behauptung gibt es eine große Vielfalt an Interaktionen zwischen klientenzentrierten Therapeuten und ihren Klienten – so viele Varianten wie Personen. (Übersetzung: D.W.)

zu diskutieren. Es kann einmal mehr darauf verwiesen werden, dass Handlungsanweisungen und daher auch Anweisungen, wie nicht zu handeln ist, nicht zu den grundsätzlichen Überlegungen personenzentrierter Theorie zählen. Auch wenn bereits nachgewiesen wurde, dass Nicht-Direktivität als therapeutische Haltung konzipiert ist, ist die Frage zu stellen, inwiefern Nicht-Direktivität in der Praxis auch so verstanden wird. Daher sollen Cains Argumente auch im empirischen Teil berücksichtigt werden. Einerseits wird es darum gehen, herauszufinden, inwieweit Therapeutinnen und Therapeuten Nicht-Direktivität als Einschränkung ihrer Möglichkeiten betrachten, andererseits wird es notwendig sein, nach den Gefühlen auf Seiten der Klienten zu fragen. Diesen Fragen widmet sich ein Themenbereich des Leitfadens.

2.8.3 Die Unmöglichkeit durchgehender Nicht-Direktivität

Das Argument der Unmöglichkeit nicht-direktiven Vorgehens – analog zu Watzlawicks Diktum „Wir können nicht nicht-kommunizieren“ (vgl. WATZLAWICK e.a. 2011) – ist aus der Auseinandersetzung mit der Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes bekannt. Autoren wie Sachse ziehen daraus den Schluss, dass das Konzept grundsätzlich zu verwerfen ist.

KAHN (1999) hingegen entwickelt daraus eine kritische Betrachtung des Gegenstandes und versucht, das personenzentrierte Konzept weiter anzureichern. Zunächst fasst er zusammen, was unter Nicht-Direktivität zu verstehen ist. Er beruft sich dabei auf Bohart, Brodley, Cain, Raskin und natürlich Carl Rogers. Kahn schließt sich zunächst jenen Autoren an, die in Nicht-Direktivität eine Haltung sehen. Er stellt dennoch infrage, inwieweit es möglich und sinnvoll ist, diese Haltung in einer Therapie ständig aufrecht zu halten. Diese Argumentation entwickelt er aus der Auseinandersetzung mit tiefenpsychologischen Therapieformen und deren Entwicklung. Kahn hat in zahlreichen Publikationen den Personenzentrierten Ansatz mit Heinz Kohuts Selbstpsychologie, einer Weiterentwicklung von Freuds Psychoanalyse, verglichen (KAHN 1985; 1989). Er betont darin die Tatsache, dass die Selbstpsychologie eine Zwei-Personen-Psychologie darstellt, während das streng abstinente Setting der klassischen Psychoanalyse, in dem der Analytiker wie ein leeres Blatt Papier als Projektionsfläche für die neurotischen Strukturen des Klienten dient, für ihn eher einer Ein-Personen-Psychologie entspricht. Unvermeidbare subjektive Tendenzen im Therapeuten würden von dieser geleugnet. Dieses Problem sieht KAHN (1999) auch im Konzept der Nicht-Direktivität und er vertritt die These, dass

Therapeutinnen, die dieses Konzept rigide verfolgen, ihre eigenen Neigungen und Tendenzen in Therapien verleugnen müssen, was dazu führen würde, dass auch solche Therapien einer Ein-Personen-Psychologie entsprächen:

„To have a two-person psychology, attention must focus in the therapist’s subjective framework as well, and how that framework, moment to moment is influencing the client. Furthermore, since the influence of the therapist’s subjective framework on the client is unavoidable, pure nondirectivity as a helpful attitude seems impossible” (KAHN 1999, S. 105).¹¹

Für Kahn ist Nicht-Direktivität daher kein verfolgenswertes Konzept. Er schlägt vor, den Respekt vor der Autonomie des Klienten als Maßstab dafür zu sehen, ob eine Intervention zulässig ist, oder nicht.

Ein Instrument, das in nicht-direktiven Therapien keinen Platz findet, nach Kahn die Autonomie von Klientinnen aber nicht unbedingt einschränkt, sind empathische Interpretationen. Rogers selbst hat Interpretationen des Therapeuten mit der Begründung abgelehnt, sie würden zur Manifestation des medizinischen Modells – ein Experte heilt eine Krankheit – in der Psychotherapie beitragen. Rogers wollte daher einem möglicherweise länger dauernden Prozess den Vorzug gegenüber Tendenzen eines Abhängigkeitsverhältnisses von Klient und Therapeut geben.

KAHN (1999) hingegen betont mit Verweis auf die Erkenntnisse der Selbstpsychologie, dass eine kindliche Abhängigkeit zu Beginn einer Therapie oft unumgänglich und daher auch nicht bedenklich sei. Durch empathische Interpretationen bestehe die Möglichkeit, den Klienten von determinierenden Einflüssen, die seine Autonomie beeinträchtigen, zu befreien.

Ein weiteres Argument, mit dem Kahn das Konzept der Nicht-Direktivität in Frage stellt, betrifft den Umgang mit Fehlern im therapeutischen Prozess. KAHN (1999) hält es für notwendig, Klienten zu fragen, welche Auswirkungen Situationen mangelnder Empathie

¹¹ „Um eine Zwei-Personen-Psychologie zu erreichen, muss sich die Aufmerksamkeit auch auf den subjektiven Bezugsrahmen des Therapeuten richten, und darauf, wie dieser Bezugsrahmen, Moment für Moment, den Klienten beeinflusst. Da der Einfluss des subjektiven Bezugsrahmens des Therapeuten unvermeidbar ist, ist reine Nicht-Direktivität als hilfreiche Haltung unmöglich“.

oder positiver Wertschätzung haben. Er mutmaßt, dass eine rigide Sicht von Nicht-Direktivität derartige Fragen nicht zulässt.

Die vorgelegten Argumente, also die Unmöglichkeit, als Therapeut frei von jeglicher subjektiver Sicht zu sein, die Tatsache, dass empathische Interpretationen oft hilfreich scheinen und die Unmöglichkeit, Fehler in der Vermittlung der notwendigen und hilfreichen Bedingungen gänzlich zu vermeiden, die eine Notwendigkeit des Umgangs mit eben diesen Fehlern nach sich zieht, sieht Kahn im Konzept der Nicht-Direktivität nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Daher schlägt er als Alternative ein Konzept der „therapist fallibility“ also „therapeutischer Fehlbarkeit“ vor:

„With the fallibility of therapist and a respect for the autonomy of the client, therapeutic responses can become more flexible and innovative, increasing the power of the person-centered approach with its unique and admirable democratic ideals” (KAHN 1999, S. 94).¹²

KAHN (1999) schließt seine Ausführungen mit einer Auflistung von Situationen, in denen ihm ein direktives Vorgehen des Therapeuten, im Sinne eines Zugriffs auf seinen eigenen Bezugsrahmen, sinnvoll und notwendig erscheint. Zwei Punkte daraus sollen an dieser Stelle aufgegriffen werden: Kahns Vorschlag,

- eine mögliche Parallelität zwischen dem Geschehen in der therapeutischen Beziehung und einer Beziehungserfahrung außerhalb der Therapie aufzuzeigen und
- auf Verbindungen zwischen aktuellen Problem- oder Konfliktsituationen und frühkindlichen Erfahrungen des Klienten hinzuweisen.

Beide Beispiele deuten nochmals sehr stark auf die analytische Orientierung des Autors hin. Im ersten Punkt finden wir Sigmund Freuds Konzept der Übertragung und Gegenübertragung (vgl. z. B. FREUD 2006), im zweiten zeichnet sich die auch in aktueller tiefenpsychologischer Forschung betonte Bedeutung der frühen Kindheit ab (vgl. TYSON und TYSON 2009).

So bereichernd grundsätzlich vergleichende Studien, wie sie Kahn vor allem in Bezug auf den Personenzentrierten Ansatz und die Selbstpsychologie Heinz Kohuts (vgl. KAHN 1985,

¹² „Mit der Fehlbarkeit des Therapeuten und Respekt vor der Autonomie des Klienten, können therapeutische Antworten flexibler und innovativer werden und so die Kraft des Personenzentrierten Ansatzes mit seinen einzigartigen und bewundernswerten Idealen stärken.“

1989) betrieben hat, sein können, so problematisch wird seine Argumentation, wenn er theoretische Grundkonzepte der einen Richtung mit jenen der anderen vermengen oder sie durch diese ersetzen möchte. Es entsteht so der Eindruck eines „Best-of“-Programms aus den beiden Richtungen, das schließlich weder dem einen noch dem anderen Paradigma zuzuordnen ist und dadurch wissenschaftlich fragwürdig wird. So wundert nicht, dass mehrere personenzentrierte Autoren kritisch auf Kahns Beitrag antworten und ihm den Vorwurf des Eklektizismus nicht ersparen können (BOZARTH 2002, MERRY und BRODLEY 2002, SOMMERBECK 2002).

Dennoch sollen Kahns Gedanken nicht voreilig verworfen werden. Im Hinblick auf Nicht-Direktivität scheinen mir zwei Argumentationslinien Kahns, die er in seinen Essays von 1999 und 2002 ausführt, bedeutsam: einerseits der Hinweis auf die Notwendigkeit, dass der Therapeut, die Therapeutin nicht „weißes Blatt“ zur bloßen Projektion für den Klienten ist, das heißt nie Kongruenz und Authentizität in der therapeutischen Begegnung verlieren darf und andererseits die daraus resultierende Gefahr, dieser Begegnung als Person abhandeln zu kommen und so ungewollt in einer Ein-Personen-Psychologie zu landen.

2.8.4 Nicht-Direktivität zwischen Eklektizismus und Fundamentalismus

In meinen bisherigen Ausführungen habe ich bereits mehrmals den Begriff des Eklektizismus verwendet. Dieser tritt häufig als Argument der Befürworter der Nicht-Direktivität gegen jene Autoren auf, die Personenzentrierte Psychotherapie mit neuen Methoden und Techniken anreichern und erweitern wollen. Im Gegenzug wird jenen, die ein rigides Verständnis von Rogers' Theorien vertreten und Weiterentwicklung nur in bestimmten Grenzen akzeptieren, vorgeworfen, fundamentalistisch zu argumentieren.

Wie sind diese beiden Begriffe zu definieren und inwieweit sind sie von Bedeutung für ein Verständnis und eine fundierte Interpretation einer nicht-direktiven Haltung im psychotherapeutischen und beratenden Kontext?

Eklektizismus kann im Zusammenhang mit Psychotherapie als Methodenmix übersetzt werden. Der Grundgedanke kann so formuliert werden: Es gibt wissenschaftlich abgesicherte Belege dafür, dass zahlreiche Methoden anderer psychotherapeutischer Richtungen wirksam und hilfreich sein können. Warum also bedienen wir uns nicht dieser Methoden auch im Rahmen Personenzentrierter Therapien? Die Annahme ist: Alles was funktioniert, ist recht. Die Zeit bringt neue Methoden auf den Markt, neue Techniken werden erprobt. Mit genügend Offenheit gegenüber Neuem, sollte das alles auch im Sinne

einer Methodenintegration therapeutisch nutzbar gemacht werden. Würde man sonst nicht seinen Klienten und Klientinnen etwas möglicherweise Wirksames vorenthalten?

Der Fehler, den unter anderem STIPSITS (1999) bei diesem Vorgehen sieht, ist folgender: Die Integration neuer Methoden oder solcher, die aus anderen Therapieschulen stammen, geschieht häufig nicht auf Basis der der eigenen psychotherapeutischen Richtung zugrunde liegenden Therapietheorie. Methoden und Techniken werden nicht auf ihre Kompatibilität mit den paradigmatischen Grundlagen überprüft, sondern unreflektiert angeeignet und eingesetzt. Es regiert die Beliebigkeit. So schreibt denn auch STIPSITS (1999, S. 129): „Eklektiker begehen einen kolossalen Irrtum in der Verengung und Vermengung von einander ausschließenden Prämissen innerhalb einer gleich-gültigkeitsorientierten Praxis“. Demnach ist eine Erweiterung der Methode, eine Integration neuer Erkenntnisse und deren Umsetzung in die therapeutische Praxis nicht grundsätzlich abzulehnen. Doch „integrativ“ meint anderes als „eklektisch“. SEDLAK (1998) unterscheidet zwischen „Methodeneklektizismus“ und „Theorienintegration“. Während bei ersterem Neues „schlichtweg nach dem Kriterium der Brauchbarkeit eingesammelt“ wird, wird in einem integrativen Vorgehen „der eigene Rahmen nicht aufgebrochen, sondern erweitert“ (SEDLAK 1998, S. 43). Sedlak weist darauf hin, dass sich dabei Einschränkungen der Kompatibilität ergeben, plädiert aber dennoch für ein „Brückendenken“ anstelle eines „Käfigdenkens“.

Ähnliches meint wohl Reinhold STIPSITS (1999), wenn er den „therapeutischen Fundamentalismus“, eine geradezu orthodoxe Exegese der Schriften Rogers' und seiner Schüler als „Irrtum 2. Ordnung“ bezeichnet. Dadurch komme es zu ideologischer Verknappung, selbstständiges Denken würde unterbunden und der (wissenschaftliche) Diskurs verweigert. Und so begehen auch Fundamentalisten einen „kolossalen Irrtum“, nämlich jenen, „der Verbreitung einer einzigen Sicht, die sie als Ein-Sicht auf Praxis erlangt haben“ (STIPSITS 1999, S. 129).

Beide Irrtümer lassen sich nur durch sorgfältiges Vorgehen vermeiden. Die Suche nach einer ausgleichenden Position der „goldenen Mitte“ könnte allzu leicht wieder jener Beliebigkeit anheimfallen, die in den Eklektizismus führt. „Erst wer einen Standpunkt hat, diesen auch theoretisch überschaut, wird frei im Gebrauch von Methoden. Er, das kann auch eine Sie sein, hat dann diese Methoden integriert in das persönliche Verhalten“ (STIPSITS 2009, S. 129).

Es braucht also theoretisches Wissen, ein Fundament auf dem sich der Therapeut und selbstverständlich auch die Wissenschaftlerin sicher bewegt. Auf dieser Basis kann der Pluralität Genüge getan werden und integrative Arbeit geleistet werden.

In meiner Arbeit versuche ich, einen dekonstruierenden Blick auf den Gegenstand der Nicht-Direktivität zu richten. Ich habe bereits ausgeführt und gezeigt, dass einige Positionen und Argumentationslinien, die Nicht-Direktivität ihre Bedeutung absprechen, oder ihre Möglichkeit in Zweifel ziehen, sich außerhalb eines fundierten theoretischen Rahmens bewegen. Dazu zähle ich die Ausführungen rund um das Modell der Zielorientierten Gesprächstherapie, aber ebenso einige Argumente, die Cain, Kahn bzw. Lietaer in den bereits diskutierten Texten vorbringen. STIPSITS (1999, S. 155) sieht den Grund für die verbreitete behavioristische Lesart von Rogers' Werk, die wir auch bei den genannten Autoren finden, zum Teil in dessen eigenen Formulierungen begründet und wirft ihm vor, er habe „nicht genug getan, um die Rezeption seines Ansatzes von den Einflüssen, ja der Inanspruchnahme durch die Behavioristen fernzuhalten“. Ein Beispiel dafür könnte Rogers' weitgehender Verzicht auf die Verwendung des Begriffes „nicht-direktiv“ in seinen späten Publikationen sein. Um Missverständnisse und Fehlinterpretationen zu vermeiden und Offenheit zu zeigen, ist möglicherweise ein wesentlicher Standpunkt in den Hintergrund getreten und Nährboden für Beliebigkeit entstanden.

Es bleibt zu begründen, inwieweit Nicht-Direktivität ein solcher wesentlicher Standpunkt ist, inwieweit sie (unverzichtbarer) Bestandteil des personenzentrierten Theoriegebäudes ist, und damit zu zeigen, dass das Vertreten dieses Standpunktes nicht einer fundamentalistischen Haltung entstpringt.

Reinhold Stipsits identifiziert drei Invariablen in der Personenzentrierten Psychotherapie:

„Freiheit, Autorität und Wahrheit sehe ich als Invarianten, zu denen Stellung in individuellen Varianten zu beziehen ist. (...) Der Mensch wird als Möglichkeit verstanden, der sich in Freiheit bestimmen kann. In Freiheit wächst ihm Autorität zu, darin strebt er nach Wahrheit. So bestimmt der Mensch auch sich und seine Freiheit neu, kann wählen und entscheiden. (...) Die Wesensbestimmung des Menschen erfolgt nur idealtypisch ungestört, doch macht Psychotherapie gerade eine Situation aus, in der von möglicher Störung, etwa einer psychischen Befindlichkeit, oder einem gewollten Anderssein, die Rede ist. Alles das, was ist, könnte auch anders sein. (...) Der besondere Begleiter, der mit der Kompetenz des Zuhörenkönnens begabte, gewillte und geschulte Psychotherapeut, hilft

dem Klienten, sich neu zu bestimmen, sich neu zu erzählen. Der Klient in der Psychotherapie kümmert sich um seine Relation zu Freiheit, Autorität und Wahrheit. Nicht der Psychotherapeut, sondern die Prüfsteine der Existenz weisen den Menschen auf sich selbst zurück. Nicht-Direktivität des Therapeuten äußert sich in dieser gewährenden Bereitschaft“ (STIPSITS 1999, S. 62).

Vertiefend dazu Stipsits' Verständnis von Freiheit im therapeutischen Geschehen:

„Freiheit in der Psychotherapie ist die Erzählung von der Freiheit, eine Geschichte zu erzählen. Die angemessene Entsprechung, auf Freiheit zu reagieren, ist das empathische Verstehen, die Tugend der therapeutischen Einfühlung. Verstehen ist das höchste Ziel der Psychotherapie, Freiheit ist dazu Voraussetzung und im Prozess der Psychotherapie erfahrbar. Freiheit seitens des Klienten besteht darin, seine Geschichte erzählen zu können. Freiheit seitens des Psychotherapeuten besteht in der Unbefangenheit, dieser Geschichte vorurteilsfrei zuhören zu können“ (STIPSITS 1999, S. 62).

Autorität über sich selbst und Wahrheit im Sinne von Kongruenz, von „Übereinstimmung zwischen dem, was jemand empfindet und dem, was jemand kommuniziert“ sind nach Stipsits in der psychotherapeutischen Begegnung zu erfahren bzw. (wieder) zu erlangen. Diese Invarianten werden anthropologisch hergeleitet, und Stipsits teilt ihnen in weiterer Folge drei der notwendigen und hinreichenden Bedingungen zu. Demnach lässt sich Freiheit am ehesten in einer Haltung des empathischen Verstehens fördern, Autorität durch eine Haltung der Akzeptanz und unbedingten Wertschätzung erreichen und die Suche nach der eigenen Wahrheit in der Begegnung mit dem kongruenten Therapeuten und dessen Wahrhaftigkeit ermöglichen.

Freiheit, Autorität und Wahrheit sind nach Stipsits „anthropologische Konstituentien“ (STIPSITS 1999, S. 63). Wie auch die Haltung der Nicht-Direktivität entspringen sie dem humanistischen Menschenbild. Ich möchte an dieser Stelle daher vorschlagen, Möglichkeit und Notwendigkeit von Nicht-Direktivität anhand dieser Invarianten zu prüfen.

Eine direktive Haltung widerspricht m.E. diesen Invariablen. Weder Autorität über sich selbst, noch Wahrhaftigkeit, geschweige denn Freiheit lassen sich in einer therapeutischen Situation, die von einem Autoritätsgefälle, einer Expertenhaltung, einer bewussten Lenkung durch die Therapeutin bestimmt wird, erreichen. Im Gegenteil müsste man davon ausgehen, dass eine Veränderung in Richtung eines Verlustes von Freiheit in Richtung (neuer) Abhängigkeiten zu befürchten ist.

Gleichzeitig wird klar, dass eine auf der Handlungsebene verstandene Nicht-Direktivität diese Invarianten ebensowenig fördern und weitergeben kann. Ein Therapeut, der damit beschäftigt ist, zu überlegen, was er nicht tun soll, ist selbst unfrei. Er kann daher weder Autorität noch Wahrheit in der Begegnung vermitteln und im Klienten entstehen lassen.

Freiheit ist ein Begriff, den auch Rogers in seiner Theoriebildung aus einer antidogmatischen, anti-fundamentalistischen Haltung, verinnerlicht hatte. HUTTERER (1992b) zeigt auf, dass diese Freiheit auch falsch verstanden wurde, dass eine „antidogmatische Einstellung unreflektiert kultiviert wurde“ und im Namen der Freiheit „der Personenzentrierte Ansatz bis zur Unkenntlichkeit einer Kommunikationstechnik verkürzt oder skurille Interaktionsformen propagiert“ wurden (HUTTERER 1992b, S. 75). Er spricht in diesem Zusammenhang von „paradigmatischer Verwahrlosung“. Rogers' Antidogmatismus wurde so zum Nährboden für Beliebigkeit. Doch identifiziert HUTTERER (1992b) daneben noch weitere Gründe für zunehmenden Eklektizismus. Diese sind zum einen ein Theoriedefizit, das sich vor allem in mangelhaften Weiterentwicklungen personenzentrierter Theorie darstellt, und weiters Autoritätsprobleme, die sich nach HUTTERER (1992b, S. 76) „in der unreflektierten Anpassung und Imitation von Rogers' Vorgaben, als auch im sturen Bestehen auf eigenwilligen Interpretationen personenzentrierter Prinzipien“ zeigt. Ein weiteres Problem stellt sich in der Fremdeinschätzung Personenzentrierter Psychotherapie. Wirksamkeitsstudien zeigen, dass sich die notwendigen und hinreichenden Bedingungen zum Teil auch in anderen Therapieverfahren zeigen. Daraus wird häufig der Schluss gezogen, „das therapeutisch Wirksame gehe aber darüberhinaus und hätte die Personenzentrierte Psychotherapie nicht zu bieten“ (HUTTERER 1992b, S. 77).

Einen Versuch, personenzentrierte Theorie und Praxis weiterzuentwickeln, ohne einem Eklektizismus anheim zu fallen, skizziert FRENZEL (1998). Daraus möchte ich drei Punkte herausgreifen: den „Primat der personalen Begegnung vor Methodik und Technik“, die „Überzeugung, die von Rogers formulierten Bedingungen für Psychotherapie sind hinreichend“ (FRENZEL 1998, S. 52) und schließlich die Haltung, dass in allen Aspekten der Klient der Experte für seine eigene Entwicklung bleibt.

Ich möchte hier hinzufügen, dass vor diesem Hintergrund die Interpretation und Reflexion einer nicht-direktiven Haltung die von HUTTERER (1992b) konzedierte „Identitätskrise“ bewältigen helfen könnte. Sie könnte die „schwindende Urteilskraft“ neu stärken, und

Orientierung schaffen, wo Hutterer den Trend zum Eklektizismus als Orientierungslosigkeit interpretiert.

2.9 Aktuelle Entwicklungen

Als Versuch einer Orientierungshilfe ist denn auch der 2005 erschienene, von Brian E. Levitt herausgegebene Sammelband „Embracing Non-Directivity“ zu verstehen, der erste umfangreiche Beitrag, der sich speziell mit dem Thema Nicht-Direktivität auseinandersetzt. Hier kommen zahlreiche Autoren und Autorinnen zu Wort, die in dieser Arbeit als Vertreter einer nicht-direktiven Haltung zitiert wurden. Nicht-Direktivität wird als konstituierende Haltung dargestellt (LEVITT 2005). RASKIN (2005a) und PROUTY (2005) gehen historischen Entwicklungen auf den Grund, die in dieser Arbeit bereits dargestellt wurden, während SCHMID (2005) anthropologische und ethische Perspektiven aufzeigt. Er stellt einmal mehr dar, dass Nicht-Direktivität nicht gleichzusetzen ist mit der Abwesenheit von Aktivität, Struktur oder Einfluss. Selbstverständlich beeinflusst Therapie, doch: „...the crucial point is, how it is done, and whether one aims at a specific goal¹³“ (SCHMID 2005, S. 81). Schmid geht weiter davon aus, dass Einigkeit über die Berechtigung von Nicht-Direktivität nicht erzielt werden kann, solange Uneinigkeit über deren Konzeption als Haltung oder Technik herrscht. Er vertritt in diesem Zusammenhang, so wie alle weiteren Autoren, die Handlungsdefinition.

LEVITT und BRODLEY (2005) und FREIRE (2005) schließen Falldarstellungen an, die die Wirkungsweise von Nicht-Direktivität anhand von Therapietranskripten bzw. Aussagen von Klienten und Therapeutinnen zum Erleben von Therapieverläufen zeigen. Diese Darstellungen bilden einen guten Kontrast zu Versuchen, Nicht-Direktivität anhand von Therapieprotokollen, in denen etwa eine Therapeutin einen Ratschlag erteilt, für obsolet oder nicht existent zu erklären (z.B. GREENING 2001).

Lisbeth SOMMERBECK (2005) diskutiert Fragen, die im Zusammenhang mit Nicht-Direktivität in der Therapie psychisch kranker Klienten auftreten und kommt zu dem Schluss, dass ein nicht-direktiver Ansatz nicht nur geeignet sondern äußerst wirksam in der

¹³ Entscheidend ist dabei, wie es geschieht und ob man ein bestimmtes Ziel damit verfolgt. (Übersetzung: D.W.)

Arbeit mit Klienten mit psychiatrischen Diagnosen ist. Ähnliches zeigt WILDERS (2005) für Psychotherapien im Zusammenhang mit Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch.

Schließlich entwirft GRANT (2005) einen ethischen Rahmen zur Begründung von Nicht-Direktivität. Entscheidende Kategorie ist hier das unbedingte Recht auf Selbstbestimmung im Klienten, das es vom Therapeuten stets zu berücksichtigen und respektieren gilt.

3 Nicht-Direktivität in der therapeutischen Praxis

Im empirischen Teil meiner Arbeit möchte ich nun den Blick auf die Praxis wenden und aufzeigen, inwieweit die theoretische Diskussion zu Nicht-Direktivität auch im psychotherapeutischen Feld Niederschlag findet.

Vor dem Hintergrund des im theoretischen Diskurs entwickelten Vorverständnisses stellen sich folgende forschungsleitende Fragen:

- Welches Verständnis haben Psychotherapeuten von Nicht-Direktivität?
- Inwieweit vertreten sie diese, bzw. ist sie von Bedeutung in ihrer Arbeit?
- Haben Diagnose und Krankheitsbilder der Klientinnen Einfluß auf das Ausmaß an Nicht-Direktivität, das in der therapeutischen Beziehung notwendig, bzw. möglich ist?
- Wie verändert sich die Sicht von bzw. der Umgang mit Nicht-Direktivität im Laufe eines Therapieprozesses, und wie im Laufe einer Therapeutinnenkarriere?
- Wie reagieren Patientinnen auf Nicht-Direktivität? Kann sie kontraproduktiv sein und den Prozess erschweren?
- Wie ist der persönliche Zugang der Therapeutinnen zum Konzept der Nicht-Direktivität? Gibt es Verbindungen zwischen Konzept und therapeutischer Identität?

Diesen Fragen möchte ich mich mit qualitativ-empirischen Methoden annähern, die ich im Folgenden erläutere.

3.1 Das qualitative Forschungssetting

Im Unterschied zu quantitativen beschreiben qualitative Methoden nicht Häufigkeiten sondern Eigenschaften wissenschaftlicher Gegenstände. Wesentliches Merkmal qualitativer Sozialforschung ist die „Gegenstandsangemessenheit“ von Methoden. Diese sollen demnach offen gestaltet werden, um der Komplexität des untersuchten Gegenstandes gerecht zu werden (FLICK 2009). Diese Offenheit zeigt sich zunächst bei der Findung und Formulierung der Fragestellung. Diese kann im Verlauf des Forschungsprozesses angereichert und durch bereits erlangte Erkenntnisse verfeinert oder umformuliert werden.

Eine empirische, also auf Erfahrung beruhende, Untersuchung stützt sich auf bestimmte Formen von Daten. Dies können verbale Daten in Form unterschiedlicher Interviews oder Gruppendiskussionen aber auch Daten, die auf Beobachtung basieren bzw. visuelle Daten wie Fotos, Film und Video sein (FLICK 2009).

An die Erhebung der Daten schließt sich ein Auswertungsprozess, der bestimmten Gütekriterien zu entsprechen hat, um die Gültigkeit der erlangten Ergebnisse sicherzustellen (LAMNEK 2010, S. 146ff.). Demnach ist zu berücksichtigen, dass jeder Schritt dokumentiert und begründet werden muss, um willkürlich zustande gekommene Ergebnisse zu vermeiden. Interpretationen müssen als solche erkennbar und intersubjektiv nachvollziehbar sein. Im Laufe der Untersuchung ist außerdem zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Nähe zum Gegenstand nicht verloren geht.

Ein diesen Gütekriterien entsprechendes Ablaufmodell qualitativer Inhaltsanalyse beschreibt MAYRING (2010).

Die in dieser Arbeit verwendeten Daten entstammen sechs Leitfadeninterviews, die ich mit Personenzentrierten Therapeutinnen und Therapeuten geführt habe.

3.1.1 Das problemzentrierte Interview

Die Merkmale des halbstrukturierten bzw. problemzentrierten Interviews fasst LAMNEK (2010, S. 368) zusammen:

- Es ist „eingebettet in und konstituiert eine Methodenkombination“ – dies auch in der vorliegenden Arbeit: theoretischer und empirischer Erkenntnisprozess gehen Hand in Hand und ergänzen einander.

- „Die theoretischen Konzepte des Forschers werden laufend durch das Interview modifiziert, also durch das Interview geprüft“.
- „Deduktion (theoretisch) und Induktion (empirisch) gehen Hand in Hand“.
- „Der Forscher teilt sein theoretisches Konzept im Interview nicht mit; es ist vorläufig und soll nicht suggestiv beeinflussend wirken“.
- Dem Interview liegt ein Leitfaden zugrunde.

Das problemzentrierte Interview unterscheidet sich damit von anderen Interviewformen, wie dem episodischen, dem narrativen Interview, dem fokussierten, dem Intensivinterview und schließlich dem ExpertInneninterview. Im Fall der von mir durchgeführten Interviews liegt auch eine Nähe zu letzterer Interviewform vor. Die befragten Therapeutinnen und Therapeuten sind natürlich Expertinnen bzw. Experten für Personenzentrierte Psychotherapie und daher auch für Nicht-Direktivität. In den Themenfeldern meines Leitfadens und in den diesem zugrundeliegenden Forschungsfragen geht es jedoch nicht ausschließlich um Erhebung eines nur bei bestimmten Expertinnen vorhandenen Wissens, sondern die interviewten Personen kommen als Beteiligte an Therapieprozessen zu Wort. Im Leitfaden finden sich auch entsprechende Fragen, die über das Abfragen expliziten oder impliziten Wissens deutlich hinausgehen. Dies begründet letztlich die Einordnung als problemzentriertes Interview. Das beschriebene Vorgehen entspricht LAMNEKS (2010, S. 382) Kurzdefinition: „Im problemzentrierten Interview ist der Forscher vor dem Interview mit einem theoretischen Konzept ausgestattet. Diese theoretischen Vorstellungen werden durch das Interview mit der sozialen Realität konfrontiert, plausibilisiert oder modifiziert“.

3.1.2 Zur Auswahl der InterviewpartnerInnen

Bei der Auswahl der Interviewpersonen berücksichtige ich folgende Kriterien:

- ausgeglichenes Verhältnis weiblicher und männlicher GesprächspartnerInnen;
- unterschiedlicher Erfahrungshintergrund;
- unterschiedliche Schwerpunkte in der therapeutischen Arbeit;
- Niederlassung oder institutionelle Tätigkeit;
- Tätigkeit im ländlichen oder städtischen Bereich.

3.1.3 Der Leitfaden

Der Leitfaden orientiert sich an den im theoretischen Teil erarbeiteten Themen- und Problemfeldern. Er wird, anders als ein Fragebogen, flexibel gehandhabt. So wird etwa eine Frage oder ein Fragenkomplex, der implizit bereits beantwortet oder behandelt wurde, nicht explizit nochmals gestellt. Die Antworten der Interviewpartnerinnen und -partner haben Einfluss auf den Ablauf des Interviews. So ergeben sich in den Gesprächen unterschiedliche Schwerpunkte. Dennoch wird darauf geachtet, dass alle Themenfelder im Interview behandelt wurden. Dazu dient der ausformulierte und im Interview verwendete Leitfaden, den ich nun anschlieÙe:

1. Fragen zum Verständnis von Nicht-Direktivität

Im ersten Teil des Interviews wird das Verständnis des Terminus Nicht-Direktivität der jeweiligen Interviewpartnerin bzw. des Interviewpartners erfragt. In der Diskussion der Literatur hat sich gezeigt, dass die Definitionen der Autoren zum Teil weit voneinander abweichen. Es scheint daher notwendig, die Interviewperson nach ihrer Definition des Terminus zu fragen. Dazu gehört auch die Frage nach der Einordnung in das Theorieverständnis der Interviewperson. Fragen dazu lauten: „Ist Nicht-Direktivität für Sie eine Haltung, eine Technik oder ein abstraktes theoretisches Konstrukt?“ Danach soll auch erfragt werden, inwieweit sich das Verständnis der Interviewpersonen im Laufe ihrer therapeutischen Tätigkeit möglicherweise verändert hat und welche Gründe es dafür gibt.

Zusätzliche Fragen: Welchen Stellenwert hat Nicht-Direktivität für Sie? Inwieweit hat dies vielleicht die Wahl des Fachspezifikums beeinflusst?

2. Selbsteinschätzung der eigenen Nicht-Direktivität bzw. Direktivität

Es liegen Fragen nahe wie: „Wie sind Sie direktiv?“ Schon LIETAER (1992) weist darauf hin, dass es nicht sinnvoll ist, Therapeuten zu fragen, ob sie direktiv seien, sondern wie sie direktiv seien. „In Situationen oder Fällen, in denen sie sich direktiv oder mehr direktiv als in anderen erleben, wie drückt sich diese Direktivität Ihrer Meinung nach aus?“ Diese Frage stellt sich nicht zuletzt in Bezug auf Grants These einer prinzipiellen und einer instrumentellen Nicht-Direktivität (vgl. GRANT 1990).

3. Der Einfluss der Klienten

Nun sollen die Interviewpersonen gefragt werden, inwieweit das Verhalten oder die Diagnose der Klienten Auswirkungen auf das Ausmaß oder die Art und Weise, in der sie direktiv bzw. nicht-direktiv agieren, haben. „Gibt es Situationen, in denen Sie direktiv(er) werden? In welchem Ausmaß und warum? Wenn Sie sich an konkrete Situationen erinnern, in welcher Therapiesituation waren Sie bis jetzt besonders direktiv?“

4. Nicht Direktivität im Therapieprozess

„Inwieweit verändert sich die Nicht-Direktivität in einem Therapieprozess? Könnte es Phasen oder Abschnitte in einer Therapie geben, in der Sie direkter als üblich agieren? Womit könnte das zusammenhängen?“

5. Die Reaktion der KlientInnen

„Wie reagieren Klientinnen und Klienten auf Nicht-Direktivität?“

„Führt eine (streng) nicht-direktive Haltung oder ein (streng) nicht-direktives Vorgehen manchmal zu Widerstand seitens der Klienten („Ich möchte Antworten auf meine Fragen! Sagen Sie mir doch, was ich tun soll!“) oder schwierigen Situationen in der Therapie? Wie gehen Sie damit um? Gibt es Klienten, die deswegen eine Therapie abbrechen?“

6. Persönlicher Zugang

„Was bedeutet es für Sie, nicht-direktive Therapeutin/nicht-direktiver Therapeut zu sein? Inwieweit war dieses Konzept mit ein Faktor, sich für die gewählte Fachrichtung zu entscheiden? Wie sehen Sie diesen Aspekt heute?“

7. Reflexive Betrachtung des Interviews

„Bitte denken Sie an den Beginn dieses Gespräches zurück! Hat Ihnen dieses Gespräch etwas gebracht? Was könnte die Auseinandersetzung mit dem Thema heute für Sie bedeuten? Wie geht es Ihnen jetzt?“

8. Anmerkungen

3.1.4 Auswertungsverfahren

Im Schritt der Auswertung haben sich zum Teil neue Themenfelder herauskristallisiert, die ein noch erweitertes Verständnis des Gegenstandes ermöglichen. Zur Auswertung qualitativer Interviews gibt es zahlreiche publizierte Vorgehensweisen, die einander ähneln. Allgemein beschreibt beispielsweise LAMNEK (2010, S. 402) vier Phasen der Auswertung:

- (1) Transkription
- (2) Einzelanalyse
- (3) Generalisierende Analyse
- (4) Kontrollphase

Die Transkription erfolgt dabei nach bestimmten Regeln. In der Einzelanalyse wird eine Konzentration des Materials angestrebt. Dies habe ich über eine Paraphrasierung der Interviews erreicht. Die Paraphrasen aller Interviews wurden dann Themenfeldern zugeordnet und inhaltlich interpretiert und gedeutet. Interpretationen und Deutungen werden im vorliegenden Auswertungsteil durch Textstellen aus den Interviews belegt.

Ein ähnliches Ablaufmodell beschreiben MEUSER und NAGEL (2010, S. 466f.): Auf die Transkription folgt die Paraphrase „in der Manier des Alltagsverstandes“. Dabei ist darauf zu achten, dass dem Gesprächsverlauf gefolgt und so wiedergegeben wird, „was die ExpertInnen insgesamt äußern“. Danach erfolgt eine thematische Zuordnung der paraphrasierten Passagen, wobei „die Terminologie der Interviewten (...) aufgegriffen“ wird. Schließlich werden „thematisch vergleichbare Textpassagen aus verschiedenen Interviews gebündelt“ („Thematischer Vergleich“). Die Generalisierung erfolgt „aus einer theoretisch informierten Perspektive auf die empirisch generalisierten ‚Tatbestände‘“.

FROSCHAUER und LUEGER (2008, S. 158ff.) beschreiben diese Vorgangsweise im Verfahren der Themenanalyse.

Themenanalyse

Auch diese wird als „Textreduktionsverfahren“ dargestellt. Über Paraphrasierung wird eine Reduktion und Komprimierung der Interviewaussagen erreicht. Dies ist dann sinnvoll, wenn es gilt, einen Überblick über große Textmengen zu erlangen und der manifeste

Gehalt von Aussagen im Mittelpunkt der Auswertungsstrategie steht. Inhalte werden so zusammenfassend aufgearbeitet und eine interne Differenziertheit dargestellt.

Da Interpretation und Auswertung sich nahezu ausschließlich auf manifeste Inhalte beziehen, halten es die Autorinnen für legitim, von einem lege artis notwendigen intersubjektiven Interpretationsprozess abzusehen. Erhebung und Interpretation müssen somit nicht personell getrennt sein.

3.2 Auswertung und Ergebnisse

Die der Auswertung zugrunde liegenden Themenfelder werden direkt in der Arbeit am Material identifiziert. Infolge werden ihnen entsprechende Textstellen und Paraphrasen zugeordnet. Für die Auswertung wird dabei berücksichtigt, „von wem und in welchem Zusammenhang das Thema jeweils angesprochen wird“ (FROSCHAUER und LUEGER 2008, S. 160). Danach werden die wichtigsten Charakteristika eines Themas zusammengefasst und Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Argumentationszusammenhängen ausgearbeitet. Die Themencharakteristika werden schließlich in den Kontext der Forschungsfragen integriert. Vertiefende Anregungen, vor allem zur Gesprächsdurchführung, aber auch zur Auswertung habe ich bei LANGER (2000) gefunden, der auf Basis der Theorien und des Wissenschaftszuganges von C.R. Rogers das persönliche Gespräch als Instrument psychologischer Forschung darstellt.

Die Transkripte der Interviews sind der Druckversion als CD beigelegt. Interview 1 (I1) wurde mit Therapeut A (Th. A) geführt, I2 mit Th. B usw.

3.2.1 Verständnis von Nicht-Direktivität

In der theoretischen Diskussion hat sich gezeigt, dass es kein einheitliches Verständnis von Nicht-Direktivität gibt. Vorherrschend ist eine Haltungskonzeption. Es finden sich jedoch zahlreiche Autoren, die Nicht-Direktivität auf einer Handlungsebene definieren, also hauptsächlich als Verbot von bestimmten Interventionen im therapeutischen Setting.

Dieses Fehlen einer einheitlichen Definition bzw. Interpretation von Nicht-Direktivität zeigt sich auch in den Gesprächen mit den personenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es zeigt sich, dass nicht nur die Auslegung von Nicht-Direktivität der einzelnen Interviewpartnerinnen und -partner voneinander abweichen, sondern vor allem,

dass immer wieder innerhalb eines Gespräches kein eindeutiges Verständnis des Begriffes fassbar wird.

3.2.2 Nicht-Direktivität als therapeutische Haltung

Ich diskutiere zunächst Argumentationsfiguren, die Nicht-Direktivität im Sinne einer therapeutischen Haltung beschreiben oder definieren.

Als Definition wird in diesem Zusammenhang das Fehlen eines Handlungsauftrages im Therapeuten gebraucht (Therapeut A). Demnach gehe es darum, dem Klienten seine Freiheit zu lassen und „gemeinsam zu suchen, was er wirklich ist“ (I1, S. 2, Z. 16), ohne zu beurteilen oder verurteilen.

An anderer Stelle wird die Haltung so beschrieben: Die Therapeutin ist nicht die Expertin für das Leben anderer. Klienten sind ihre eigenen Experten (Therapeutin B).

Es gehe darum, „Geduld zu haben, zu schauen, was vom Klienten kommt“ (I3, S. 2, Z. 1).

Nicht-Direktivität bedeute, dass man „ins Prozessgeschehen der Therapie nicht richtungssteuernd eingreift, das heißt, versucht, dem Prozess eine bestimmte Richtung zu geben, oder auch dem Inhalt eine bestimmte Richtung zu geben, sondern einfach versucht, sich dabei zurückzuhalten, zu schauen, dass der Klient den Prozess und den Inhalt selber wählen und steuern kann“ (I4, S. 1, Z. 9). Bedeutend sei dabei die Grundhaltung, an der sich im Wesentlichen nie etwas ändere.

Nicht-Direktivität wird weiter beschrieben als Haltung, die keinem Konstrukt, keiner Direktion oder Suggestion folgt, sondern nur dem Klienten. Ein schnelles Suchen nach Lösungen, auch in schwierigen Situationen, wäre demnach eine vergebene Chance, Entwicklung entstehen zu lassen (Therapeut E).

Nicht-Direktivität vermittele dem Klienten das Vertrauen, dass er prinzipiell die Kompetenz habe, Lösungen selbst zu finden. Die therapeutische Arbeit daran passiere nicht durch Methoden, sondern durch Verstehen, dadurch, die Klienten das Vertrauen in ihre Möglichkeiten auch spüren zu lassen (Therapeutin F).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner Beschreibungen, Auslegungen bzw. Interpretationen von Nicht-Direktivität auf der Haltungsebene einbringen. Auf dieser Abstraktionsebene besteht weitgehend Einigkeit über die Bedeutung des Konzeptes. Im Verlaufe der Gespräche

ergeben sich auch Aussagen, die zeigen, dass Nicht-Direktivität auf einer Handlungsebene verstanden wird. Dies geschieht zum Teil mit einem Hinweis auf die historische Entwicklung des Konzeptes, etwa in Interview B: Zu Beginn wäre ein starkes Aufpassen, keine Fragen zu beantworten, den Klienten nicht zu sagen, wo es lang geht, mehr im Mittelpunkt gestanden (Th. B).

An anderer Stelle finden sich Handlungskonzepte für die Vermittlung von Nicht-Direktivität: Der Therapeut versuche, Anleitungen zu vermeiden, melde rück, was die Klientin in ihm auslöse und betone stets, dass alles Angebote seien, die auch von der Klientin abgelehnt werden könnten (Th. E). Ähnliches wird in Interview F beschrieben: Nicht-Direktivität bedeute, wenige bis keine Vorgaben zu machen. Die Therapeutin mache Angebote und lasse dann wählen.

Das zuvor in allen Interviews ähnlich beschriebene prinzipielle Wesen der Nicht-Direktivität wird dabei aber nicht infrage gestellt. Hier liegen die größten Gemeinsamkeiten der Interviews.

Zu bemerken ist weiters, dass vor allem Th. D und Th. E, beides Therapeuten, die erst kürzlich ihre Therapieausbildung abgeschlossen haben, sehr ausführliche Definitionen einer nicht-direktiven Haltung geben und im Gespräch auch betonen, dass ihnen diese Haltung sehr wichtig ist. Diese Tatsache lässt auf die Bedeutung der Auseinandersetzung mit Nicht-Direktivität im Zuge der fachspezifischen Ausbildung schließen.

3.2.3 Begründungen von Nicht-Direktivität

Nun möchte ich mich dem nächsten Themenfeld zuwenden, das sich mit der Frage beschäftigt, wie Nicht-Direktivität von den Therapeutinnen und Therapeuten begründet wird. Dadurch wird noch deutlicher, wie Nicht-Direktivität verstanden wird. Die Argumentationslinien entwickeln sich in diesem Bereich entlang der weiter oben geführten theoretischen Diskussion. Bemerkenswert ist, dass alle explizit und implizit angegebenen Begründungen mit dem Menschenbild der Therapeutinnen und Therapeuten zusammenhängen.

So wird etwa speziell die unbedingte Rücksichtnahme auf Autonomie und Selbstverantwortung der Klientinnen und Klienten betont. Für deren Erhaltung sei Nicht-Direktivität nötig:

„Grundsätzlich, übergeordnet das Ziel, den Klienten nicht zu beeinflussen, davon auszugehen, dass er selber weiß, was gut für ihn ist. Dieser Gedanke von Autonomie und Selbstverantwortung, der dahinter steht, der ist glaube ich, schon sehr wichtig. Und ich glaube, das ist auch das, was Rogers am ehesten gemeint hat mit dem nicht-direktiven Ansatz“ (I4, S. 2, Z. 5ff.).

Nicht-Direktivität eröffne neue Entwicklungsmöglichkeiten. Durch ein Nachholen in der therapeutischen Beziehung bestünden Heilungschancen selbst bei schwerwiegenden Störungsbildern: „da hab ich die Überzeugung, dass, wenn das was Anhaltendes sein soll, es dann möglichst non-direktiv sein muss, weil es sonst keine selbstgemachte Erfahrung ist und damit auch nicht halten kann, weil es dann ja nicht integriert ist sozusagen“ (I5, S. 1, Z. 13ff.).

Hier wird deutlich, dass es dem Therapeuten nicht um eine rasche, zielorientierte Vorgangsweise, sondern um nachhaltige Veränderung durch das Nachholen defizitärer Beziehungserfahrungen geht. Er weist im folgenden darauf hin, dass Direktiven und Handlungsanweisungen auch passen oder hilfreich sein können. Sie wären aber aus zwei Gründen bedenklich: Zunächst, da der Klient dann nach einem Konzept lebe, das nicht das seine sei, und zweitens nehme man ihm Freiheit und handle damit gegen das personenzentrierte Menschenbild: „Das bleibt für mich bis zur letzten Konsequenz, bis zum Suizid so. Es ist die Verantwortung des Klienten, sich für die Freiheit, das Leben, was immer zu entscheiden und da kann ich mich als hilfreiche Person anbieten in einer therapeutischen Beziehung, aber möglichst non-direktiv“ (I5, S. 1, Z. 32ff.). Aus dem Anspruch heraus, mit Freiheit und Autonomie des Klienten wertschätzend umzugehen, könne man nicht direktiv sein. Diesen Freiheitsgedanken finden wir auch in Interview A: es gehe darum, dem Klienten seine Freiheit zu lassen, mit ihm zu suchen, wer er wirklich ist, ohne zu be- oder verurteilen. Direktivität und Steuerung würden diese Suche behindern. Der Therapeut müsse sich immer wieder die Frage stellen, ob er dem Klienten die Freiheit lasse, das zu sein, was er ist.

Auch die im Menschenbild verankerte (Selbst-)Aktualisierungstendenz findet sich mehrmals als Begründung für Nicht-Direktivität. Interviewpartner F weist auf den Grundsatz des klientenzentrierten Ansatzes hin, „die Gewissheit zu haben, dass die Lösung eigentlich im Anderen liegt und dass es darum geht, diese zu finden und dass er die auch selber finden kann“ (I6, S. 11, Z. 28ff.). Interviewpartner E betont, dass Nicht-Direktivität

nötig sei, um das Zutrauen und Vertrauen, dass Entwicklung möglich sei, im Klienten erlebbar zu machen.

Die Therapeutin biete als Ermöglicherin, Facilitator eine hilfreiche Beziehung an, die die Fähigkeiten zu Veränderung und Weiterentwicklung im Klienten wecken soll. So könne der Klient ohne Anleitung selbst neue Möglichkeiten, Perspektiven und Konzepte finden, deren Entwicklung zuvor noch unumsetzbar schien. Selbst in schwierigen therapeutischen Situationen, in Phasen des Stillstandes bleibt die unbedingte Annahme einer Kraft im Klienten, sich weiter zu entwickeln als Begründung für Nicht-Direktivität bestehen (Th. C).

Schließlich finden sich die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ in den Gesprächen als Begründungsargumentation wieder. Nicht-Direktivität sei Voraussetzung dafür, dass Wertschätzung spürbar werde, „dass es überhaupt Wertschätzung ist“ (I1, S. 4, Z. 24f.).

Sie zeige sich in Akzeptanz des Klienten und seiner Innenwelt, die durch die Abwesenheit einer Vorstellung, wohin er sich entwickeln soll, vermittelt werde (Th. C).

Kongruenz und Einfühlungsvermögen können gewissermaßen als Filter für therapeutische Interventionen fungieren: sie machen klar, „was Mein's ist und was Dein's“ (I2, S. 15, Z. 23). So kommt es nicht vor, dass aktivere Formulierungen passieren und als direkte Interventionen beim Klienten ankommen, sondern diese können aus der Kongruenz heraus und im Sinne der therapeutischen Beziehung bewusst gesetzt werden, ohne von prinzipieller Nicht-Direktivität abzuweichen (Th. B).

Direktivität ist mit Kongruenz, Empathie und Wertschätzung nicht vereinbar (Th. D).

3.2.4 Kritische Betrachtungen

Wie eingangs erwähnt, gibt es auch kritische Stellungnahmen der Therapeutinnen und Therapeuten zu Aspekten und Formen von Nicht-Direktivität.

Diese skeptische Sicht von Nicht-Direktivität zeigt sich häufig zu Beginn eines Interviews. Besonders Interviewperson A weist darauf hin, dass sich viele Therapeuten hinter Nicht-Direktivität verstecken, sich ganz zurücknehmen und als Person wenig sichtbar werden: „Die Nicht-Direktivität, als etwas, was manche Therapeuten sich hinhängen, da bin ich sehr kritisch, weil es eben zuwenig kritisch angeschaut wird“ (I1, S. 18, Z. 17f.). Häufig passiere es, dass Direktivität „zwischen den Zeilen“ herüberkommt. Die Interviewperson

erwähnt in diesem Zusammenhang schmerzhaft Erfahrungen in ihrer Lehrtherapie. Therapeuten lassen demzufolge Klienten spüren, dass eine bestimmte Richtung die für sie richtige wäre. Diese Beeinflussung zwischen den Zeilen führt für Therapeut A zu einem Gefälle in der Beziehung, was im Gegensatz zu einer nicht-direktiven Haltung steht.

Hier stellt sich ein Paradoxon dar: Nicht-Direktivität kann beim Klienten als Unantastbarkeit ankommen. So wird der Therapeut zur Autorität, zum bewunderten Experten, eine Dynamik, die dem Personenzentrierten Ansatz diametral entgegensteht.

Nicht-Direktivität im Sinne von Verboten von bestimmten Interventionen wird von den Therapeutinnen und Therapeuten abgelehnt oder wenig relevant gesehen, da dies häufig negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung hat (Th. B, Th. C).

Die Haltung der Offenheit für das, was vom Klienten kommt, die Überzeugung, auf Lenkung und Steuerung verzichten zu können aufgrund der Annahme einer jedem Menschen innewohnenden Möglichkeit zur positiven Entwicklung, wird in allen Interviews beschrieben. Dennoch ist festzuhalten, dass auch die Vorstellung, Nicht-Direktivität habe mit dem Verbot, Fragen zu stellen, Ratschläge zu geben oder gewisse Strukturen vorzugeben zu tun, von Interviewpersonen vertreten wird. Dies wird im folgenden Auswertungsschritt noch deutlicher. Er geht der Frage nach, wie sich Nicht-Direktivität im therapeutischen Prozess vermitteln lässt und ob und wann es Therapeuten notwendig erscheint, ein direktives Vorgehen zu wählen. So lässt sich auch vertieft das Verständnis der Interviewpersonen von Direktivität zeigen.

3.2.5 Die Vermittlung von Nicht-Direktivität

Therapeut A etwa betont, dass Nicht-Direktivität „nicht wirklich ausgeübt“ wird. Er meint weiter, dass ein Therapeut, eine Therapeutin nur „halbwegs bewusst versuchen“ kann, nicht-direktiv zu sein (I1, S. 1, Z. 19f.). Dies benötigt Reflexion. Er stellt sich daher auch die Frage, ob Nicht-Direktivität nicht ohnehin obsolet geworden ist. Niemand könne absolut nicht-direktiv sein, und auch Therapeuten, die eine nicht-direktive Haltung vertreten, vermitteln auf einer tieferliegenden Ebene oft das Gegenteil. Im Zuge der Reflexion während des Interviews wird der Standpunkt des Therapeuten aber weiterentwickelt:

„Nicht-Direktivität als etwas, das wo vorkommt, find ich toll, eben, weil da Wertschätzung drinnen steckt, weil da Selbstorganisation drinnen steckt. (...) Bevor ich mal so kurz

nachdacht hab, es geht um's Thema Nicht-Direktivität, hab ich mir überlegt, ... vielleicht sag ich einfach einmal, gibt's nicht, ist einfach ein konstruierter Blödsinn, und irgendwo trifft das zu. Es ist immer nur so die Frage, wie bewusst bin ich mir über meine Direktivität und Nicht-Direktivität“ (I1, S. 18, Z. 15ff.).

Es kann festgehalten werden, dass Therapeut A einen Reflexionsschritt einfordert, in dem Therapeuten immer wieder hinterfragen, inwieweit sie direktiv, bzw. nicht-direktiv sind. Die Vermittlung von Nicht-Direktivität im therapeutischen Prozess gelingt demnach am ehesten durch die bedingungslose Wertschätzung:

„...in der Wertschätzung, dem Klienten zu vermitteln, dass ich möglichst versuche, ihn nicht zu verurteilen aber auch nicht zu beurteilen, zu kategorisieren, als gut, böse, fleißig, sonst was. Und es ist immer wieder so der Blick auch, oder meine Frage, lass ich ihm die Freiheit, das zu sein, was er ist, weil ich mir denk, die Winke sind oft extrem subtil und ich glaube, wenn ich sagen kann, ja, ich lass ihm die Freiheit, dann glaub ich auch, dass ich möglichst wenig direktiv bin und dass ich bestmöglich nicht-direktiv bin“ (I1, S. 4, Z. 2ff.).

Auch Interviewperson B geht kurz auf die Vermittlung von Nicht-Direktivität im therapeutischen Prozess ein. Sie versucht „nicht zu weit vor den Klienten zu geraten“, nicht zu konfrontativ zu arbeiten und dem Klienten nicht zu vermitteln, „dass ich besser weiß als der Andere, was gut für ihn ist“. Stattdessen „würd ich mein Erleben reinbringen und sagen, also, wenn ich jetzt an ihrer Stelle wäre, merk ich, dass es irgendwie für mich kaum zum Aushalten wär, ... und es interessiert mich jetzt schon, wie sie das erleben. (...) Aber dem Anderen genauso den Spielraum geben, das anders zu erleben bzw. auch anders zu tun als ich in dieser Situation“ (I2, S. 3, Z. 5-13). Im Sinne der Kongruenz können Interventionen auch direkter sein, über Reflexion bleiben sie allerdings einer nicht-direktiven Haltung verpflichtet.

Nicht-Direktivität lässt sich auch in der Offenheit der Eingangsfrage vermitteln, indem die Therapeutin versucht sicherzustellen,

„dass einfach sehr viel Freiraum ist, was die Bedürfnisse des Klienten angeht, in welche Richtung es gehen soll. Ich glaube also allgemein, dass ich versuche, nicht irgendein bestimmtes Ziel im Kopf zu haben, sondern einfach wirklich schau, wo ist der Klient gerade, was ist für ihn gerade wichtig, auf welchem Stand der Dinge ist er, was beschäftigt ihn gerade und vielleicht meine Vorstellungen zurückstelle. Ich versuch mich darauf einzulassen, was bei ihm halt gerade ist“ (I3, S. 3, Z. 8-15).

Ich verstehe diese Formulierung primär auf der Haltungsebene. Die Offenheit der Eingangsfrage hat den Sinn der Vermittlung von Freiheit für den Klienten. Dieser bestimmt die Richtung. Die Therapeutin folgt ihm, lässt sich auf das Geschehen ein und stellt eigene Vorstellungen zurück. Gibt man diese Haltung auf, „kann`s passieren, also jetzt sag ich das im Umkehrschluss, kann`s passieren, dass man Klienten überfordert, weil sie noch nicht soweit sind oder vielleicht dann Dinge machen oder ausprobieren, die noch gar nicht so wirklich passen oder vielleicht gar nicht gerade das eigene Thema sind, weil im Hintergrund vielleicht was anderes ist“ (I3, S. 3, Z. 18-23).

Ständige Reflexion über therapeutische Handlungen und Haltung ermöglicht eine weitgehende Annäherung an eine konstante Vermittlung von Nicht-Direktivität.

Es wird deutlich, dass es für Therapeutinnen und Therapeuten eine Herausforderung darstellt, konsequent nicht-direktiv zu sein.

3.2.6 Wie und warum sind Therapeutinnen und Therapeuten direktiv?

Wie schon hinlänglich ausgeführt, ist die therapeutische Beziehung im personenzentrierten Konzept von essentieller Bedeutung für den Therapieprozess. Diese Tatsache spiegelt sich wieder in den Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten zu ihrer eigenen Direktivität. Direktiveres Vorgehen kann notwendig werden, um in der therapeutischen Beziehung präsent zu bleiben. Es gibt allerdings weitere, bessere Arten, die Präsenz des Therapeuten, der Therapeutin spürbar zu machen: Anteilnahme, Betroffenheit, Berührung (Th. A).

Es gibt ernstgemeinte Fragen von Klienten, die im Sinne von Kongruenz und Authentizität zu beantworten sind, wenn diese nicht einem Wunsch nach Verantwortungsabgabe entspringen, die Therapeutin nicht zur Autorität machen (Th. B).

Nicht-Direktivität darf nicht zu einer Form der Zurückhaltung werden, die nicht hilfreich ist. Es muss eine Situationsangemessenheit geben, „die Möglichkeit, in Kontakt zu kommen, Beziehung aufzubauen. Das geht nicht, indem man sich da sozusagen mental herausnimmt“ (I4, S. 2, Z. 4ff.). Es kann dann vorkommen, dass der Therapeut einen Fokus setzt, nachfragt, eine Richtung einschlägt.

Dies kann dann richtig sein, wenn es eine Richtung ist, die die Klientin eigentlich selbst im Prozess eingeschlagen hat. Der Therapeut hilft, diesen Weg wieder frei zu machen. Dies könnte unter Umständen direktiv wahrgenommen werden (Th. E).

Direktivität kann notwendig sein, wenn es um das Einfordern von Rahmenbedingungen geht, wenn mit einem Agieren von Klienten umgegangen werden muss (Th. A, Th. C, Th. F). Als Beispiel bringt eine Therapeutin einen gehörlosen jugendlichen Klienten. Zu Beginn kam es in der Therapie zu derart massiven Aggressionsdurchbrüchen, dass die Therapeutin ihn zeitweise festhalten musste, „weil ich entschieden habe, dass wir beide hier jetzt überleben müssen“ (I6, S. 7, Z. 1f.). In diesem Gehalten-werden-Müssen hatte der Klient ihr aber die Möglichkeit genommen, mit ihm über Gebärdensprache in Kommunikation zu treten. Im Therapieverlauf gelang es, die Dynamik zu bearbeiten. Zunächst mussten aber die Rahmenbedingungen etabliert werden. Dies kann besonders in einem gruppentherapeutischen Setting notwendig werden und zu direktiven Vorgaben führen (Th. F).

Wenn in einer Therapie sehr wenig Entwicklung passiert, entsteht aus einem Gefühl, man müsse als Therapeutin irgendetwas tun, eine Versuchung, direktiv zu werden. Aus Resignation wird dann von Nicht-Direktivität abgewichen durch den Versuch, Klienten zu motivieren, ihnen neue Vorschläge zu machen und Möglichkeiten anzubieten. Es sei dann allerdings gut, zu schauen, welche grundlegenden Geschichten darunter liegen statt aus Stress noch mehr Angebote zu machen (Th. C).

Der Zugang bleibt ein primär nicht-direktiver, im Sinne von Struktur, Prozess und Rahmenbedingungen kann die Therapeutin bewusst entscheiden, einzelne direktive Interventionen zu setzen, aber nur dann, wenn dies reflektiert geschieht. Unreflektiert wäre es ein Fehler, da so nicht erkannt werden kann, was hinter dem Wunsch des Klienten nach Direktivität steht (Th. F).

Der Wunsch nach Direktivität kann Ergebnis früherer Beziehungserfahrungen sein und zu einem Stück Selbstaufgabe im Klienten führen. Auf diese Weise kann kein fundiertes Selbstvertrauen in der Therapie aufgebaut werden (Th. E).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Therapeutinnen und Therapeuten aktiver oder direktiver handeln, wenn es der Präsenz in der therapeutischen Beziehung dient, wenn Struktur und Rahmenbedingungen gefährdet sind. Ein diesbezüglich reflektiertes Vorgehen ist zu unterscheiden von einem Abweichen von Nicht-Direktivität aus Angst vor Stillstand und Entwicklungslosigkeit.

3.2.7 Der Einfluss von Klienten und ihren Diagnosen

Zu diesem Themenfeld gibt es unterschiedliche Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Lebensgeschichte des Klienten bestimmt vermutlich das Ausmaß des Wunsches nach Direktivität, im Sinne der Wiederholung entwicklungseinschränkender oder traumatisierender Dynamiken (Th. A).

Therapeutin B weist darauf hin, dass es einen klaren Unterschied zwischen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen gibt. Während Nicht-Direktivität bei neurotischen Klienten rasch und einfach umsetzbar sei, sobald sie das therapeutische Klima erlebt haben, wären Verhalten und Verantwortung der Therapeutin bei frühen Störungen ein anderes. Hier kann es notwendig sein, mehr aktiv zu fragen oder eine mehr stützende Haltung und aktivere Interventionen einzusetzen. Verantwortung übernimmt die Therapeutin dafür, „dass solche Bedingungen hier herrschen, dass ein Prozess in Gang kommen kann (...). Da muß ich mehr tun bei sehr schwer beeinträchtigten Menschen als bei durchschnittlich neurotischen und das ist schon meine Verantwortung, das zu sehen und das zu tun“ (I2, S. 8, Z. 32ff.). Auf die Schwierigkeit, mit Klienten mit Borderline-Störungen nicht-direktiv zu arbeiten, weist auch Therapeutin C hin.

Die therapeutische Praxis zeigt, dass Nicht-Direktivität bei Angst- und Depressionspatienten besonders hilfreich ist, wenngleich beide Gruppen zu Beginn ambivalent darauf reagieren. So besteht bei depressiven Klienten häufig ein Wunsch, der Therapeut solle etwas tun. Die Bearbeitung dieser Wünsche bringe dann rasch einen wirksamen therapeutischen Prozess in Gang (Th. C, Th. E).

Jugendliche seien zu Beginn oft mit der Situation überfordert, sich ausbreiten zu müssen, während der Therapeut einfach nur zuhört und sich zurückhält. Da könne es hilfreich sein, „am Anfang auch ein bisschen was vorzugeben, zu strukturieren“ (I4, S. 7, Z. 26), um zusätzliche Spannungen und einen möglichen Therapieabbruch zu vermeiden.

Kinder wiederum nehmen ein sehr offenes Setting und eine nicht-direktive Haltung im Allgemeinen sehr gut an (Th. D). Sehr ängstliche Kinder brauchen anfangs eine stützendere Haltung (Th. F).

Die Arbeit mit suchtkranken Klienten stellt einen Spezialfall dar. Therapeutin C, die hauptsächlich mit drogensüchtigen Klientinnen und Klienten arbeitet, betont, dass es ihr nicht immer möglich ist, in diesem Feld nicht-direktiv zu arbeiten. Die Therapien finden

häufig im Zwangskontext statt bzw. sind gerichtlich angeordnet. Nicht selten sind Klienten daher wenig motiviert, sich auf das therapeutische Setting einzulassen. Dies macht vor allem zu Beginn einer Therapie häufig direktive Vorgaben nötig. Auch die Rahmenbedingungen sind hier oft nur durch direktives Vorgehen durchsetzbar. Die Therapeutin findet dafür die Bezeichnung Prä-Therapie. Mit der Zeit kann diese aber bei den meisten der Klienten in ein tatsächlich therapeutisches Setting übergehen, das von Nicht-Direktivität geprägt ist.

Die Notwendigkeit direkter Vorgaben in der Arbeit mit suchtkranken Klientinnen betont auch Therapeutin B. Sie arbeitet häufig mit magersüchtigen Mädchen. Die nötige Direktivität in Form von Gewichtskontrolle und der Überprüfung, ob möglicherweise eine ernste gesundheitliche Gefährdung auftritt, lagert sie allerdings aus, indem sie bei der Vereinbarung der Rahmenbedingungen darauf besteht, dass sich die Klientinnen parallel zur Psychotherapie regelmäßig in ärztliche Kontrolle begeben. So bleibt der therapeutische Rahmen möglichst frei von Direktivität.

Wenn Klienten in sehr krisenhaften Situationen in Therapie kommen, oder während einer Therapie in eine schwere Krise geraten, ist es notwendig, von Nicht-Direktivität abzuweichen. Dies betonen beinahe alle Interviewpartner. Der Therapeut, die Therapeutin muss dann häufig klare Vorgaben machen, um Klienten ausreichend Halt zu bieten. Es sei zielführend, diese Abweichung vom eigentlichen therapeutischen Setting gegenüber den Klientinnen auch als solche zu deklarieren und diese Therapiephase als Krisenintervention zu bezeichnen.

3.2.8 Nicht-Direktivität im Prozessverlauf

Die meisten der befragten Therapeutinnen und Therapeuten machen keine generellen Aussagen dazu, ob sich das Ausmaß an Nicht-Direktivität bzw. Direktivität im Prozessverlauf in bestimmter Weise verändert.

Zu Beginn einer Therapie wird manchmal direkter interveniert, um einen Prozess in Gang kommen zu lassen. Therapeut A bezeichnet das als Beratungssetting, das dann in ein nicht-direktives therapeutisches Setting übergeht. Dies erinnert an die Prä-Therapie-Phase, die Therapeutin C im Zusammenhang mit den gerichtlich angeordneten Therapien formuliert bzw. an Therapeut D, der zu Beginn einer Jugendlichenherapie häufig direkter arbeitet, damit eine Beziehung entstehen kann.

Wenn Leidensdruck und Motivation vorhanden sind, ist es aber auch am Anfang einer Therapie nicht notwendig, direktiv zu sein (Th. C). Therapeutin B sieht auch eine Tendenz zu mehr Direktivität zu Beginn einer Therapie. Später würden sich Inkongruenzen auflösen. Ähnlich argumentiert Therapeutin F.

Umgekehrt kann es möglich sein, dass im fortgeschrittenen Therapieverlauf Interventionen, die zu Beginn noch sehr direktiv erscheinen würden, auf Basis der bereits etablierten Beziehung dem Klienten sehr entsprechen und hilfreich sind. Dafür gibt Therapeut D das Beispiel einer fortgeschrittenen Kindertherapie, in der er die Aussage „in der Schule könntest dich aber ein bissl zusammenreißen“ (I4, S. 10, Z. 21f.) durchaus stimmig fand. Es müsse ganz im Prozess sein, in der Beziehung und zum Klienten passen.

In diese Richtung argumentiert auch Therapeut A, der meint, dass der Therapeut in einer gut gewachsenen therapeutischen Beziehung ruhig einmal direktiver sein könnte, etwa in Form einer humoristischen Intervention. So könnte der Therapeut beispielsweise den Satz aussprechen, „das kann jetzt nicht Ihr Ernst sein“ – aber eben nur, wenn er sich sicher sein könne, dass der Klient auch die Möglichkeit verspüre, jederzeit zu antworten: „Doch, das ist mein voller Ernst“.

Therapeut D beschreibt Ähnliches so:

„Die Grundhaltung ist ganz wesentlich, das heißt, daran ändert sich sicher nichts. Wenn man in manchen Situationen als Therapeut aktiver ist und auch, was weiß ich, eine Interpretation anbietet, dann kann das einfach daraus resultieren, dass man den Klienten schon gut kennt und schon an verschiedene Gespräche anknüpft, wo der Klient selber schon diese Interpretationen geliefert hat“ (I4, S. 6, Z. 31ff.).

Therapeut E erlebt in Therapien Situationen, wo sich Themen wiederholen, Klienten an gewissen Entwicklungsschritten nah dran sind, diese aber (noch) nicht gehen können. In solchen Fällen versuche er, den Weg, den der Klient schon eingeschlagen hat, frei zu machen. Dadurch bleibe er als Therapeut „authentisch und kongruent und letztlich auch empathisch“ (I5, S. 8, Z. 2f.). Der Prozess habe dann ohnehin bereits eine gewisse Kraft und Energie. „Es gibt schon Irr- und Umwege und Rückschritte und Zwischenstopps, aber das ist einfach, wenn man unterwegs ist, für mich in gewisser Weise unaufhaltsam, wenn man dran bleibt, therapeutisch dran bleibt. Aber immer mit dieser Freiheit des Klienten sich zu entscheiden, wann mach ich welchen Schritt“ (I5, S. 8, Z. 13-16).

3.2.9 Klientenreaktionen auf Direktivität und Nicht-Direktivität

Hintergrund der Fragestellung zu diesem Themenfeld waren sehr geteilte Reaktionen der Klientinnen und Klienten im Forschungsseminar. Einige fanden die nicht-direktive Haltung der Therapeutinnen hilfreich, andere äußerten den Wunsch nach Antworten, Lösungsvorschlägen oder Anleitungen.

In den Gesprächen mit den Therapeutinnen und Therapeuten herrscht weitgehende Übereinstimmung darüber, dass Nicht-Direktivität nur selten zu negativen Klientenreaktionen führt.

Therapeut A erinnert sich an Situationen, die er als „Patt“ (I1, S. 11, Z. 8). beschreibt. Manchmal brauche es dann ein Stück Direktivität, um aus „endlosen Kreisen rauszukommen“ (I1, S. 10, Z. 30). Er würde dann beispielsweise seine Wahrnehmung ausdrücken, dass der Klient im Moment davonlaufe. Das beinhalte Direktivität, da damit implizit gesagt werde, dass Davonlaufen nicht in Ordnung sei. Diese Dynamiken im Spannungsfeld Nicht-Direktivität und Direktivität seien aber gut bearbeitbar.

Ähnliches erlebt Therapeutin C. Es komme schon vor, dass Klienten sagen: „Das müssen ja Sie wissen, das müssen ja Sie mir sagen“ (I3, S. 10, Z. 32f.). Es sei aber nicht schwierig, diese Wünsche mit den Klienten zu reflektieren.

Therapeut D beschreibt, es gäbe bestenfalls punktuelle Irritationen, wenn jemand beispielsweise einen Ratschlag wolle. Auch er betont, dass sich immer gut bearbeiten ließe, worum es da wirklich geht, ob das hilfreich wäre, wenn der Therapeut diesen Ratschlag jetzt erteilen würde.

Auch Therapeutin F findet, dass Widerstand, Ärger oder Ängste von Klientinnen und Klienten im Zusammenhang mit Nicht-Direktivität sehr wertvoll sein können, weil dann nach der Bedeutung dieser Wahrnehmungen und Gefühle gesucht werden kann. Diese Arbeit würde verhindert, wenn die Therapeutin rasch Lösungen anböte. Auch bei Kindern, die häufiger den Wunsch äußerten, „bestimme Du, was wir machen“ (I6, S. 9, Z. 24f.), wären die dahinterstehenden Wünsche gut aufdeckbar.

Als Beispiel einer negativen Reaktion bringt Therapeut E ein Erstgespräch zu einer Kindertherapie. Der Vater, ein ärztlicher Kollege des Therapeuten, vertrat äußerst rigide Ansichten, der Sohn sehnte sich offensichtlich nach mehr Freiheit und einem Rahmen, einer Beziehung, in der er sich möglicherweise anders als bisher entwickeln könnte. Die Nicht-Direktivität war dann für beide Seiten bedrohlich. Für den Vater und seine

Einstellung gleichermaßen wie für den Sohn in seiner Abhängigkeit zum Vater und einem damit drohenden Loyalitätskonflikt. Diese Dynamik störte das Erstgespräch so massiv, dass die Therapie nach wenigen Stunden abgebrochen wurde.

Ein Therapieabbruch war auch die Reaktion einer Klientin auf eine nicht reflektierte direktive Intervention, die von einer Interviewpartnerin geschildert wird. Bei der Klientin handelte es sich um eine alkoholabhängige Frau. Der Therapiebeginn gestaltete sich schwierig, immer wieder musste die Therapeutin die Einhaltung der Rahmenbedingungen einfordern und die Patientin abweisen, wenn sie alkoholisiert zur Therapiestunde erschien. Dennoch begann ein therapeutischer Prozess. Als der Kassenzuschussantrag vor der 11. Stunde gestellt werden musste, beantragte die Therapeutin die maximale Stundenzahl von 100 Einheiten, ohne dies ausführlich mit der Klientin zu besprechen. Die Klientin erschien nicht mehr zur Therapie. In der Nachreflexion sieht die Therapeutin die direktive Botschaft an die Klientin, dass sie zumindest 100 Stunden Therapie brauchen werde, als Fehler und Grund für den Therapieabbruch.

Therapeut D erzählt von der Beginnphase einer Kindertherapie, die er, noch in Ausbildung stehend, durchführte. Der Bub litt an einer schweren Depression, hatte Schlafstörungen und kam in einem entsprechend schlechten Zustand in die Therapie. Dort nahm er Platz und schwieg. Der Therapeut kam dadurch unter Druck und begann den Buben auszufragen, um die Stille und Leere zu verhindern. Der Bub beantwortete die Fragen des Therapeuten, es gelang auf diese Weise aber nicht, mit ihm in Beziehung zu treten. Auch hier interpretiert der Therapeut die direktive Vorgehensweise als Fehler, der einen guten Therapieverlauf anfangs behinderte.

Allgemein kann festgestellt werden, dass alle Therapeutinnen und Therapeuten die Erfahrung machen, dass in nahezu allen Therapien die nicht-direktive Haltung, sobald sie von Klientinnen und Klienten wahrgenommen wird, von diesen positiv erlebt wird. Sie verhilft den Klienten dann zu freiem Ausdruck ihrer Gefühle, vermittelt die Freiheit, neue Wege zu suchen und zu gehen. Eine gute, förderliche therapeutische Beziehung, welche die Entwicklung trägt, kann sich etablieren.

3.2.10 Der Einfluss therapeutischer Erfahrung auf Nicht-Direktivität

Die Therapeutinnen und Therapeuten stimmen darin überein, dass es mit zunehmender Erfahrung leichter wird, nicht-direktiv zu sein. Anfangs könne es passieren, dass man von Nicht-Direktivität abweicht,

„aus einer Angst heraus, dass da zuwenig entsteht, an Material, oder wie immer man das nennen sollte, dass sozusagen ein Prozess ins Laufen kommt. Es kann sein, dass ich da anfangs vielleicht a bissl ungeduldig war und das Gefühl gehabt habe, ich mach was nicht richtig und so aus dem heraus vielleicht sogar manchmal mehr direktiv war, als gut gewesen wäre“ (I3, S. 5, Z. 11).

Man sei möglicherweise zu zielorientiert und lasse sich von Erwartungshaltungen leichter unter Druck setzen.

Anfangs habe man das Gefühl, das Direktive sei etwas zum Festhalten, gebe Sicherheit, wenn man eine bestimmte Vorstellung habe, wie die Stunde ablaufen solle. Mit zunehmender Erfahrung werde man gelassener, könne besser gewähren lassen, offen sein (Th. F). Da brauche es gerade am Anfang viel Supervision. Es komme vor, dass man denkt, man wäre ohnehin nicht-direktiv, erkenne dann in der Reflexion aber die Direktivität mancher Interventionen. Später falle dies leichter und meist schon in der Situation auf.

Mit zunehmender Erfahrung steigt auch das Vertrauen in Nicht-Direktivität und die Möglichkeiten der Klientinnen. Dadurch wird noch mehr Offenheit und Zurückhaltung möglich (Th. D).

Es sei ihm besonders wichtig, zu reflektieren, „auf mich zu schauen, was ich da tue, insbesondere, was Direktivität betrifft. Da bin ich sehr wachsam und merke, wie wichtig das ist, ... dass ich da dran bleib, dass ich da nicht abgehe von diesem non-direktiven Weg, sonst würde ich da auch wirklich mir untreu werden“ (I5, S. 4, Z. 2). Dies sei eine Herausforderung, gerade am Anfang, da oft alles rasch gehe und man auch unmittelbar in der therapeutischen Situation für sich die Möglichkeit der Langsamkeit und Reflexion schaffen müsse. Supervision sei diesbezüglich natürlich hilfreich. Gerade für ihn als Berufsanfänger sei besonders erfreulich, wieviel an Entwicklung mit dieser Haltung möglich sei.

Mit zunehmender Erfahrung habe sich der Fokus verändert. Nicht-Direktivität im Sinne von Verboten für die Therapeutin habe für sie heute wenig Stellenwert. Was bleibe, sei die allgemeine Definition, im Sinne von „der Klient ist Experte für sich“, dies unterstreiche sie auch heute noch (I2, S. 6, Z. 26).

3.2.11 Der persönliche Zugang der Therapeutinnen und Therapeuten

In diesem Themenfeld möchte ich zeigen, inwieweit ein Zusammenhang besteht zwischen Therapeutenpersönlichkeit und Nicht-Direktivität.

So betont beispielsweise Therapeut A, dass Nicht-Direktivität auch in seinem privaten Leben eine Rolle spiele, im Sinne von Vertrauen in eine Selbstorganisation, „im Sinne von nicht reglementieren, weil sonst der Handlungsfreiraum im System eingeschränkt wird, sodass ein lebendiger Prozess nicht mehr möglich ist“ (I1, S. 17, Z. 23ff.). Dieser Stellenwert wird erst in einem Reflexionsschritt bewusst. Er sei im Privatleben aber direkter als als Therapeut. Sehr persönlich ist auch die Erinnerung an die Lehrtherapie. Hier sei der Lehrtherapeut zwar nicht-direktiv gewesen in dem Sinne, dass er keine Fragen beantwortet und keine Ratschläge gegeben habe, allerdings habe er oft subtil einen „versteckten Zeigefinger“ (I1, S. 3, Z. 15) gezeigt. Zwischen den Zeilen sei so eine direktive Haltung herüber gekommen. Dies sei eine zum Teil sehr schmerzhaft Erfahrung gewesen. Daher sei er dieser Form von Nicht-Direktivität gegenüber äußerst skeptisch.

Therapeutin B wird von ihrer Umgebung teilweise auch bestimmend wahrgenommen. Sie könne deutlich formulieren, was sie wolle und was nicht. Dass ihr eine der Nicht-Direktivität ähnliche Haltung aber auch persönlich sehr wichtig ist, erkennt sie in der Erziehung ihrer Kinder. Hier ist ihr besonders wichtig, dass diese die Freiheit haben, sich zu entwickeln, „auch wenn ich oft mit manchem nicht so einverstanden bin, aber es mir ganz wichtig ist, dass sie`s trotzdem tun (...), denn sie sollen sich so entwickeln, wie es ihnen entspricht und nicht, wie`s in meinem Kopf drinnen ist, wie es sein sollte“ (I2, S. 14, Z. 4f.).

Für Therapeutin C war Nicht-Direktivität von Anfang an ein sympathisches Konzept und einer der Gründe, Personenzentrierte Psychotherapie als Fachrichtung zu wählen, „aus Überzeugung, dass es das ist, was heilsam sein kann. Ich könnte mir nicht wirklich etwas anderes vorstellen“ (I3, S. 12, Z. 30f.).

Für Therapeut D waren die Erfahrungen in einer nicht-direktiv geleiteten Encounter-Gruppe ausschlaggebend dafür, diese Richtung zu wählen. „Außerdem gefällt mir das Menschenbild bis hin zu seiner politischen Relevanz“ (I4, S. 13, Z. 4-7).

Auch Therapeut E betont die persönliche Sehnsucht nach „diesem Zutrauen und Vertrauen, dass Entwicklung möglich ist“ (I5, S. 9, Z. 11f.). Nicht-Direktivität sei nötig, dass dieses Vertrauen erlebt werden kann. Das spüre er auch in seiner Lehrtherapie.

Therapeutin F wählte ihre Fachrichtung, weil sie „viel offen lässt, viel ermöglicht, ..., aber keine eindeutige Richtung vorgibt, nicht einschränkt. (...) Mich festnageln zu lassen, kann ich gar nicht leiden. Die Offenheit, wie es weitergeht, ist noch immer da und wichtig für mich“ (I6, S. 15, Z. 1).

3.2.12 Reflexion

Als abschließendes Themenfeld bringe ich reflexive Betrachtungen der Therapeutinnen und Therapeuten zu den Interviews. Wie sich schon zuvor gezeigt hat, braucht es regelmäßige Reflexionsschritte, um konsequent eine nicht-direktive Haltung beizubehalten. Daher ist mir wichtig, zu zeigen, wie die Gesprächspartner das Nachdenken über Nicht-Direktivität erlebt haben.

So betont Therapeut A nochmals seine ablehnende Haltung gegenüber einer Nicht-Direktivität, die sich Therapeuten „hinhängen“, um wenig greifbar zu sein. Dies werde zuwenig kritisch betrachtet. Wichtig sei, den Handlungsfreiraum nicht einzuschränken, um einen lebendigen Prozess zu ermöglichen. Abschließend fügt er hinzu, „dass i froh bin über das Interview und Ihnen auch dank, weil`s mich dazu gebracht hat, mich mit einem bestimmten Thema nocheinmal klar auseinanderzusetzen und einfach im Reden immer wieder ich die Erfahrung mach, es wird einfach etwas klarer“ (I1, S. 18, Z. 26ff.).

Therapeutin B reflektiert vor allem die Entwicklung, die sie als Therapeutin genommen hat. Hier habe sich ihr Verständnis von Nicht-Direktivität stark verändert. Wichtig sei nur mehr die Grundhaltung.

Therapeutin C meint, dass sie das Gespräch einerseits als Anregung erlebt habe, sich auch wieder mit den Grundlagen Personenzentrierter Psychotherapie theoretisch auseinanderzusetzen. Andererseits wolle sie ihr therapeutisches Handeln mehr reflektieren, speziell im Falle eines Klienten, wo gerade ganz wenig Entwicklung passiere wolle sie wieder mehr Nicht-Direktivität leben: „Ich glaube schon, dass ich da wahrscheinlich automatisch jetzt öfter dran denken werde in meiner Arbeit und mich vielleicht ein bissl zurücknehmen werde“ (I3, S. 14, Z. 12ff.).

Auch für Therapeut D war das Gespräch interessant, da er sich dazu aufgefordert gefühlt habe, Nicht-Direktivität und den eigenen Umgang damit wieder zu reflektieren.

Eine ähnliche Aussage kommt von Therapeut E. Das Gespräch habe ihm gezeigt, „wie wichtig mir das erscheint, dieses Konzept der Non-Direktivität, (...) sich immerwieder

kritisch damit auseinander zu setzen und auch im therapeutischen Arbeiten da immer dran zu bleiben“ (I5, S. 11, Z. 12ff.). Diese Auseinandersetzung sei wahrscheinlich oft notwendig, um die Haltung nicht über die Jahre zu verlieren. Es wäre schade, wenn sie verloren ginge.

Schließlich sagt Therapeutin F, dass das Gespräch für sie sehr spannend war: „Ich habe das Gefühl, das wird mich jetzt weiter beschäftigen. Ihre Fragen – das haben sie jetzt wahrscheinlich schon öfter gehört – (...) haben sie gut gewählt. Sie sind sehr anregend für weitere Reflexion. Es war sehr spannend, darüber nachzudenken“ (I6, S. 15, Z. 11f.).

4 Zusammenfassende Darstellung und Diskussion

Am Beginn dieser Arbeit stand die Frage nach der Bedeutung des Konzeptes der Nicht-Direktivität in aktueller personenzentrierter Theorie und Praxis. Dieser Abschnitt soll die vorliegenden Ergebnisse vor dem Hintergrund dieser zentralen Fragestellung zusammenfassen.

Nicht-Direktivität ist ein von Carl Rogers entwickeltes Konzept, das personenzentrierte Ansätze von analytischen, lerntheoretischen und systemischen Ansätzen unterscheidet. Um den Begriff ausreichend zu verstehen, ist es nötig, verschiedene Abstraktionsebenen zu unterscheiden. Die Auseinandersetzung mit den Arbeiten Rogers' zeigt, dass er seine therapeutischen Konzepte stets auf der Ebene zusammenfassender Merkmale einer therapeutischen Beziehung formuliert. Daher ist auch Nicht-Direktivität als Begriff dieser Abstraktionsebene zuzuordnen und als therapeutische Haltung zu verstehen, vergleichbar den „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“, die das Herzstück von Rogers' theoretischen Überlegungen bilden. Die Haltungskonzeption betont bereits RASKIN (1948). Daraus folgt, dass die Deutung von Nicht-Direktivität auf der Ebene der Verhaltensformen oder Verhaltensweisen im Sinne therapeutischer Verbote als Missverständnis bezeichnet werden muss. Auch die Ansicht, Nicht-Direktivität könne als Indifferenz, Passivität oder Unverbindlichkeit verstanden werden, stellt sich als Irrtum dar, wenn man berücksichtigt, dass sich Nicht-Direktivität in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen ausdrückt und gleichzeitig Grundlage für diese ist. Indifferenz ist mit Empathie nicht vereinbar, Wertschätzung nicht mit Unverbindlichkeit und Kongruenz nicht mit Passivität. Dennoch ist auch im Hinblick auf die Ergebnisse der Interviews anzumerken, dass diese

Fehlinterpretationen vorkommen und zu Verunsicherung führen. Missverstandene Nicht-Direktivität läuft Gefahr als Konzept verworfen zu werden.

Eine nicht-direktive Haltung drückt sich nicht zwingend und ausschließlich darin aus, dass ein Therapeut, eine Therapeutin keine Ratschläge gibt, keine Fragen stellt oder beantwortet und keine Interpretationen zur Verfügung stellt. Sie wird vielmehr bestimmt durch die dem Therapeutenverhalten zugrunde liegenden Absichten und Annahmen. Diese sind im Menschenbild Personenzentrierter Psychotherapie begründet, das beeinflusst ist durch die anthropologischen Voraussetzungen Humanistischer Psychologie. Wesentliches Merkmal ist die Annahme einer Aktualisierungstendenz im Individuum. Rogers beschreibt diese als „eine grundlegende Tendenz, den Erfahrungen machenden Organismus zu aktualisieren, zu erhalten und zu erhöhen“ (ROGERS 2002a, S. 422, Hervorhebung im Original). In ihrer Prozesshaftigkeit ist sie gerichtet auf zunehmende Autonomie, Selbstregulierung und Differenzierung. Die Annahme der Aktualisierungstendenz ist Begründung und Voraussetzung für Nicht-Direktivität. Vertritt ein Therapeut, eine Therapeutin diese Haltung, kann und muss er/sie nicht-direktiv sein. Er oder sie geht davon aus, dass jeder Mensch die Möglichkeit hat, sich konstruktiv zu entwickeln. Gleichzeitig wird die therapeutische Beziehung von der Annahme bestimmt, dass der Klient oder die Klientin auch das Recht hat, Art, Richtung und Ziele der Entwicklung zu bestimmen. Selbstbestimmung und Autonomie sind zentrale Kategorien, Freiheit eine Invariante personenzentrierter Konzepte (STIPSITS 1999). Eine direktive, steuernde Haltung der Therapeutin stünde in Widerspruch zu diesen Grundannahmen. Direktiv anmutende therapeutische Interventionen können durchaus mit einer nicht-direktiven Haltung vereinbar sein (BOHART 1998; BRODLEY 1997; GRANT 1990). Entscheidend ist, ob sie reflektiert geschehen, dem Bezugsrahmen des Klienten entsprechen und seine Freiheit, Autonomie und sein Recht auf Selbstbestimmung berücksichtigen. Regelmäßige Reflexionsschritte des Therapeuten sind notwendig, um eine größtmögliche Annäherung an eine prinzipielle nicht-direktive Haltung zu erreichen (PÖRTNER 1994).

Unter dem Begriff „Experienzielle Therapien“ werden zahlreiche Weiterentwicklungen Personenzentrierter Psychotherapie zusammengefasst. Deren Rezeption von Nicht-Direktivität stellt sich wie folgt dar:

Im Focusing (GENDLIN 1998) sind alle Konzepte und Methoden potentiell verwendbar. Entscheidendes Kriterium für die Zulässigkeit ihrer Anwendung ist das Erleben des Klienten. Praxisbezogene Anweisungen und teilweise aus anderen psychotherapeutischen

Fachrichtungen entlehene Methoden sollen erlebnisaktivierend wirken. Das Konzept der Nicht-Direktivität wird nicht mehr explizit ausgeführt. Inwieweit Focusing-Therapie noch mit einer nicht-direktiven Haltung arbeitet, kann nicht allgemein gesagt werden. Der einzelne Therapeut, die einzelne Therapeutin dürfte diesbezügliche Entscheidungsgewalt haben.

Die Prozessorientierte Psychotherapie betont die Prozessexpertise des Therapeuten. Sie identifiziert unterschiedliche Phasen im therapeutischen Prozess, die ausdifferenziert sind, nach psychopathologischen Erscheinungsbildern. Der therapeutische Prozess in der Arbeit mit Personen mit psychoneurotischen Beschwerden unterscheidet sich demnach von jenem in der Arbeit mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen. SWILDENS (2002) betont, dass das Beziehungsangebot aus Echtheit, Akzeptanz und Empathie für viele Patienten nicht ausreiche. Die von Rogers postulierten Bedingungen seien also notwendig, aber nicht hinreichend. Der Begriff der Prozessdirektivität entsteht. Swildens betont jedoch, das Paradigma Personenzentrierter Psychotherapie nicht aufgeben zu wollen. In Bezug auf Nicht-Direktivität ist, denke ich, eine Grenzregion erreicht. Auch Swildens Konzepte werden von einigen Autoren als nicht mehr dem Personenzentrierten Ansatz zugehörig eingeordnet.

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (SACHSE 2002) schließlich gibt das Konzept der Nicht-Direktivität gänzlich auf. Sie stellt eine Manualisierung psychotherapeutischer Methoden dar. Ziele und der Weg zu deren Erreichung werden vom Therapeuten vorgegeben. Damit befindet sich diese Schule in deutlich größerer Nähe zu behavioristisch fundierten Psychotherapien als zu Personenzentrierter Psychotherapie und kann meiner Ansicht nach nicht als Weiterentwicklung letzterer gesehen werden.

Die These, dass Nicht-Direktivität nur bei manchen Klienten bzw. Diagnosen einsetzbar ist, wird in einer Metaanalyse zur Wirksamkeit experienzieller Psychotherapien (ELLIOTT e.a. 2004) nicht ausreichend bestätigt. Auch die Ergebnisse der Themenanalyse sind diesbezüglich nicht eindeutig. Therapien mit Klienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen könnten mehr Direktivität erfordern, als solche mit neurotischen Klienten. Direktivität dürfte sich dabei aber hauptsächlich auf das Durchsetzen der Einhaltung der Rahmenbedingungen beziehen. Dies muss einer prinzipiellen Nicht-Direktivität, die von der Frage geleitet wird „Does it respect the client?“ (GRANT 1990, S. 81), nicht widersprechen. Diese prinzipielle Haltung ist geprägt von Absichtslosigkeit im Therapeuten, etwas Bestimmtes geschehen lassen zu wollen. Sie drückt eine Offenheit, der

Richtung der Klientin zu folgen, aus und stellt ein Paradoxon dar: „The paradox of principled nondirectiveness is that a therapist who wholeheartedly lives the attitude may at times appear to be extremely directive“¹⁴ dabei gilt allerdings: „The therapist has no stake in having things come out one way or another“¹⁵ (GRANT 1990, S. 83). In diesem Sinne ist prinzipielle Nicht-Direktivität unabhängig von Diagnose oder Lernstil von Klienten. Sie besteht nicht um etwas Bestimmtes zu erreichen. Prozessdirektivität und prinzipielle Nicht-Direktivität müssen einander nicht ausschließen. Sie können nebeneinander bestehen, wenn der Klient nicht auf den Prozess reduziert wird, und die notwendigen Bedingungen auch als hinreichend betrachtet werden.

Versteht man Nicht-Direktivität auf diese Weise, geht die kritische Argumentationsfigur, dass es gar nicht möglich wäre, immer nicht-direktiv zu sein, ins Leere. Nicht-Direktivität bestreitet nicht das Vorhandensein von Einflussnahme. Sie negiert nicht, dass Therapeutin und Klientin in der therapeutischen Beziehung unterschiedliche Rollen einnehmen und drückt sich nicht zwingend in der Abwesenheit bestimmter Interventionen (Ratschläge, Fragen) aus. Auch die Anwendung bestimmter Methoden und Techniken muss nicht ausgeschlossen werden. Eine sorgfältige Integration ist möglich, wenn sie auf Basis der personenzentrierten Grundhaltungen, die Nicht-Direktivität einschließen, geschieht. Den Irrtum des Fundamentalismus und der Beliebigkeit, des Eklektizismus vermeidend, kann der Personenzentrierte Ansatz so weiterentwickelt werden. Nicht-Direktivität kann diesbezüglich entscheidendes Kriterium sein.

Die Auswertung der sechs halbstrukturierten Interviews mit Therapeutinnen und Therapeuten zeigt, dass auch in der therapeutischen Praxis keine geschlossene Deutung von Nicht-Direktivität vorherrscht. Nicht-Direktivität wird sowohl auf der Haltungsebene als auch auf der Handlungsebene verstanden. Bemerkenswert ist, dass alle InterviewpartnerInnen, wenn sie auf der Haltungsebene argumentieren, Nicht-Direktivität befürworten, während die Beschreibungen auf der Verhaltensebene in Form von therapeutischen „don'ts“ großteils abgelehnt werden. Therapeuten, die Nicht-Direktivität auf dieser Ebene verstehen, neigen dazu, das Konzept als Ganzes infrage zu stellen. Im

¹⁴ Das Paradoxon prinzipieller Nicht-Direktivität ist, dass eine Therapeutin, die von ganzem Herzen diese Haltung lebt, manchmal außerordentlich direktiv erscheinen kann.

¹⁵ Die Therapeutin setzt sich nicht dafür ein, die Dinge in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Zuge der Reflexion während des Interviews, tritt in allen Gesprächen die Haltungskonzeption in den Vordergrund. Alle Gesprächspartner beziehen sich in der Begründung von Nicht-Direktivität auf das Menschenbild Personenzentrierter Psychotherapie. Die Annahme der Aktualisierungstendenz findet sich explizit oder implizit ebenfalls in allen Gesprächen. Es wird darauf verwiesen, dass sich Nicht-Direktivität durch die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen ausdrückt und in ihnen vermittelt wird. Nicht-Direktivität zeigt sich in der Offenheit für das, was vom Klienten kommt. Als therapeutische Haltung braucht sie regelmäßige Reflexion (GUTBERLET 2003).

Dabei ist es wichtig, als Therapeutin nicht in der Beziehung abhanden zu kommen. Im Sinne der Kongruenz können bestimmte Situationen ein höheres Ausmaß an Aktivität der Therapeutin erfordern, etwa was die Einforderung der Rahmenbedingungen betrifft. Es ist auch denkbar, dass der Therapeut aktiv hilft, einen von der Klientin eingeschlagenen Weg wieder frei zu machen. Dabei ist darauf zu achten, dass stets reflektiert wird, dass diese aktivere Haltung nicht einem Wunsch des Klienten nach Abhängigkeit oder der Angst des Therapeuten vor Stillstand und Entwicklungslosigkeit entspringt. Letzteres kann vor allem am Beginn der therapeutischen Tätigkeit auftreten und zu ungewollter Direktivität führen. Die Therapeutinnen liefern Beispiele dafür, dass Klienten selbst die subtilsten oder ungewollten Momente von Direktivität wahrnehmen und negativ darauf reagieren, während eine nicht-direktive Haltung im Allgemeinen nicht zu Negativreaktionen führt.

Mit zunehmender therapeutischer Erfahrung tritt die nicht-direktive Handlungsebene mehr in den Hintergrund, das Vertrauen in die Klientinnen und deren Potentiale und in die Wirksamkeit der therapeutischen Haltungen, Nicht-Direktivität eingeschlossen, steigt dagegen an. Mehr Offenheit und Zurückhaltung werden möglich. Die Therapeuten können freier agieren. Nicht-Direktivität ist Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund ihrer eigenen Persönlichkeit und eigener positiver und negativer Erfahrungen ein Anliegen. Die Tatsache, dass alle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner die durch die Interviews hervorgerufene Reflexion anregend oder bereichernd erlebt haben, unterstreicht die These, dass Nicht-Direktivität ein bedeutendes Konzept Personenzentrierter Psychotherapie bleibt.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit zeigen die Notwendigkeit, Nicht-Direktivität im Rahmen fachspezifischer personenzentrierter Aus- und Weiterbildung bzw. Supervision zu berücksichtigen. Darüber und über weitere Themen etwa „Nicht-Direktivität bei Klienten mit unterschiedlichen Diagnosen“ oder „Nicht-Direktivität in der Wahrnehmung von

Klientinnen und Klienten“ wäre eine weiterführende Auseinandersetzung auf wissenschaftlicher Ebene wünschenswert.

Ich möchte nun zum Ausgangspunkt dieser Arbeit zurückkehren: Am Beginn von Rogers' Arbeit stand der Wunsch, ein neues, revolutionäres Konzept therapeutischer Arbeit zu entwickeln. Ich denke, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Nicht-Direktivität Teil der Einzigartigkeit von Rogers' Gedanken ist. Wenn die von HUTTERER (1992b) konzedierte paradigmatische Verwahrlosung hintangehalten werden soll, muss Nicht-Direktivität lebendiger Teil personenzentrierter Theorie und Praxis bleiben. So kann verhindert werden, dass personenzentrierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Identität verlieren und dass sich Personenzentrierte Psychotherapie und ihre Grundlagen im Zeitgeist von Wirksamkeitswettbewerb und Beliebigkeit auflösen.

5 Literaturverzeichnis

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

Bohart, A. C. (1998): Review of the book Successful psychotherapy: A caring, loving relationship. In: Person-Centered Journal, 5, S. 66-70

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

Bozarth, J. (2002): Nondirectivity in the person-centered approach: Critique of Kahn's critique. In: Journal of Humanistic Psychology, 42, 2, S. 78-83

Brodley, B. (1990): Client-Centered and Experiential: Two different Therapies. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Hg.), S. 87-107

Brodley, B. (1997): The nondirective attitude in client-centered therapy. In: Person-Centered Journal, 4, S. 18-30

Buber, M. (2002): Das dialogische Prinzip. Gütersloh: Lambert Schneider

Bugental, J.F.T. (1964): The third force in psychology. In: Journal of Humanistic Psychology 4, S. 19-26

Bühler, C., Allen, M. (1974): Einführung in die humanistische Psychologie. Stuttgart: Klett

Cain, D. (1989): The paradox of nondirectiveness in the person-centered approach. In: Person-centered review 4, 2, S. 123-131

Cain, D. (1990): Further thoughts about nondirectiveness and client-centered therapy. In: Person-centered review 5, 1, S. 89-99

Danner, H. (2006): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. Stuttgart: Reinhardt

- Elliott, R. (2002): *Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies*. In: *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, Volume 1, Numbers 1 & 2, S. 102-117
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G. (2004): *Research on Experiential Psychotherapies*. In: Lambert, M.J. (Hg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley & Sons
- Flick, U. (2009): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt
- Freire, E. (2005): *The Experience of Non-directivity in Client-Centered Therapy: A case study*. In: Levitt, B. (Hg.)
- Frenzel, P. (1998): *Vielfalt versus Beliebigkeit. Wie das Vermächtnis von Carl. R. Rogers im Institut für Personenzentrierte Studien (IPS) als Herausforderung verstanden wird*. In: *Person*, 1998, 1, S. 45-56
- Freud, S. (2006): *Zur Dynamik der Übertragung: Behandlungstechnische Schriften*. Frankfurt: Fischer tb
- Froschauer, U., Lueger, M. (2008): *Das qualitative Interview*. Wien: WUV
- Garbsch, M. (2000): *Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personenzentrierten Ansatzes*. In: *Person*, 2000, 1, S. 32-42
- Gendlin, E. (1994): *Focusing ist eine kleine Tür...* In: *Personzentriert*, 1994, No. 2, S. 21-57
- Gendlin, E. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Grant, B. (1990): *Principal and instrumental nondirectiveness in person-centered and client-centered therapy*. In: *Person-centered review*, 5, 1, S 77-88
- Grant, B. (2005): *Taking Only What is Given: Self-determination and empathy in non-directive client-centered therapy*. In: Levitt, B. (Hg.)
- Greening, T. (2001): *Carl Rogers als „direktiver“ Psychotherapeut*. In: *Person*, 2001, No. 2, S. 37f.

- Gutberlet, M. (2003): Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?
In: Person, 2003, No. 1, S. 15- 23
- Höger, D. (1989): Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft.
In: Sachse, R., Howe, J. (Hg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie.
Heidelberg: Asanger
- Hutterer, R. (1992a): Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In Stipsits, R., Hutterer, R. (Hg.) S. 146-171
- Hutterer, R. (1992b): Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psychoboom und Identitätskrise. In: Stipsits, R., Hutterer R. (Hg.) S. 71-82
- Hutterer, R. (1998): Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien: Springer
- Kahn, E. (1985): Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison, In: American Psychologist, 40, S. 893-904
- Kahn, E. (1989): Carl Rogers and Heinz Kohut: Toward a constructive collaboration. In: Psychotherapy, 26, S. 555-563
- Kahn, E. (1999): A critique of nondirectivity in the Person-centered approach. In: Journal of Humanistic Psychology, 39, 4, S. 94-110
- Keil, W. (1997): Zum gegenwärtigen Stand der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Person 2, S. 128-137
- Keil, W. (1998): Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Person 1998, No. 1, S. 32-44
- Keil, W. (2001): Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personzentrierter und Experiencieller Ansatz gehören zusammen. In: Person 2001, No. 2, S. 90-97
- Keil, W., Stumm, G. (Hg.) (2002): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz

- Langer, I. (2000): Das Persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung. Köln: GwG-Verlag
- Levitt, B. (Hg.) (2005): Embracing Non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice for the 21st century. Ross-on-Wye: PCCS Books
- Levitt, B., Temaner Brodley, B. (2005): ‚It Enlightens Everything You Do‘: Observing non-directivity in a client-centered therapy demonstration session. In: Levitt, B. (Hg.)
- Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Hg.) (1990): Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties. Leuven: University Press
- Lietaer, G. (1992): Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“: Über die zentrale Bedeutung eines Kernkonzepts. In: Sachse, G., Lietaer, G., Stiles, W. B. (Hg.): Neue Handlungskonzepte der klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung. Heidelberg: Asanger
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz
- Merry, T., Brodley, B. (2002): The nondirective attitude in client-centered therapy: A response to Kahn. In: Journal of Humanistic Psychology, 42, 2, S. 66-77
- Meuser, M., Nagel, U. (2010): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B. e.a.: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa
- Parmentier, M., Rittelmeyer, Ch. (2007): Einführung in die pädagogische Hermeneutik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Pörtner, M. (1994): Praxis der Gesprächspsychotherapie: Interviews mit Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta
- Prouty, G. (2001): Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? In: Person, 2001, No. 1, S. 52-57
- Prouty, G. (2005): Forms of Non-directive Psychotherapy: The non-directive tradition. In: Levitt, B. (Hg.)

Raskin, N. J. (1948): The Development of Nondirective Therapy. In: Journal of Consulting Psychology, 1948, 12, S. 92-110

Raskin, N. (2005a): Historic Events in Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach. In: Levitt, B. (Hg.)

Raskin, N. (2005b): The Nondirective Attitude. In: Levitt, B. (Hg.)

Rogers, C. R. (1991): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG

Rogers, C. R. (1992): Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hg.) (1992)

Rogers, C. R. (1997a): Der Prozess der Therapie. In: Psychotherapieforum, 5, No. 3, S. 185-187

Rogers, C. R. (1997b): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. In: Psychotherapieforum 5, No. 3, S. 177 – 185

Rogers, C. R. (2000): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C. R. (2001): Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt: Fischer

Rogers, C. R. (2002a): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer

Rogers, C. R. (2002b): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt: Fischer

Sachse, R., Maus, C. (1991): Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer

Sachse, R. (2002): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, Stumm, G. (Hg.): Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, New York: Springer

- Sedlak, F. (1998): Rahmenbedingungen der (therapeutischen) Erkenntnis – Käfig oder Brücke? In: Sedlak, F., Gerber, G. (Hg.): Dimensionen integrativer Psychotherapie. Wien: Facultas-Univ.-Verlag
- Schmid, P.F. (2002): Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.), S. 75-105
- Schmid, P.F. (2005): Facilitative Responsiveness: Non-directiveness from anthropological, epistemological and ethical perspectives. In: Levitt, B. (Hg.)
- Sommerbeck, L. (2002): Person-centered or eclectic? A response to Kahn. In: Journal of Humanistic Psychology, 42, 2, S. 84-87
- Sommerbeck, L. (2005): Non-directive Therapy with Clients Diagnosed with Mental Illness. In: Levitt, B. (Hg.)
- Stipsits, R., Hutterer, R. (Hg.) (1992): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien: WUV-Universitätsverlag
- Stipsits, R. (1999): Gegenlicht. Studien zum Werk von Carl Rogers (1902-1987). Wien: WUV Universitätsverlag
- Stumm, G., Keil, W. (2002): Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.), S. 1-64
- Swildens, H. (2001): Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft ohne Idealisierung. In: Person 2, S. 32-34
- Swildens, H. (2002): Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.), S. 187-206
- Tausch, R., Tausch, A. (1990): Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Tyson, P., Tyson, R. (2009): Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Van Balen, R. (2002): Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.), S. 209-230

- Völker, U. (Hg.) (1980): Humanistische Psychologie. Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Weinheim: Beltz.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. D. (2011): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber
- Wilders, S. (2005): An Exploration of Non-directive Work with Drug and Alcohol Users. In: Levitt, B. (Hg.)
- Wiltschko, J. (1997): Focusing und der personzentrierte Ansatz. In: Personzentriert, 1997, No. 1, S. 54-69
- Wiltschko, J. (2002): Focusing und Focusing-Therapie. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.), S. 231-264
- Wiltschko, J. (2003): Focusing-Therapie. In: Stumm, G., Wiltschko, J., Keil, W. (Hg.): Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Witty, M. (2004): The Difference Directiveness Makes: The Ethics and Consequences of Guidance in Psychotherapy. In: The Person-Centered Journal, 11, 1-2, S. 22-32

6 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Der hermeneutische Zirkel 1</i>	47
<i>Abbildung 2: Der hermeneutische Zirkel 2</i>	48

7 Anhang

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Konzept der Nicht-Direktivität als Gegenstand personenzentrierter Therapietheorie und Praxis.

Im ersten, theoretischen Teil werden zunächst die auf Rogers zurückgehenden Wurzeln des Begriffes erläutert, die ihren Ursprung in einer Grenzziehung zu analytischen und behavioristischen Ansätzen haben und Personenzentrierte Psychotherapie als Schule Humanistischer Psychologie begründen. Es wird dargelegt, dass Nicht-Direktivität Ursprung und Begründung in anthropologischen Grundannahmen insbesondere in der Annahme der von Rogers postulierten Aktualisierungstendenz findet.

Der allgemeinen Struktur von Rogers' Konzepten folgend, ist davon auszugehen, dass Nicht-Direktivität als therapeutische Haltung zu verstehen ist. Der wissenschaftliche Blick auf die Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes und die Auseinandersetzung mit kritischen Stellungnahmen zu Nicht-Direktivität zeigt, dass diese bis heute zum Teil auf einer Handlungsebene im Sinne von bestimmten Verboten für Therapeutinnen und Therapeuten interpretiert wird. Dies kann einerseits zu Verunsicherung oder einer falsch verstandenen Zurücknahme von Therapeutinnen und Therapeuten führen, andererseits wird das Konzept als solches – zum Teil auch auf wissenschaftlicher Ebene – deswegen häufig verworfen.

Nicht alle experienziellen Therapieformen integrieren Nicht-Direktivität in ihr Theoriegebäude. Die Annahme, dass prozessdirektives Vorgehen notwendig sein kann, wirft die Frage auf, ob die von Rogers postulierten notwendigen Bedingungen tatsächlich noch als hinreichend betrachtet werden. Nicht-Direktivität gerät so in das Spannungsfeld von Bemühungen um methodische Integration und therapeutischem Eklektizismus.

Im zweiten, empirischen Teil gelangen sechs halbstrukturierte Interviews mit personenzentrierten Therapeutinnen und Therapeuten zur Auswertung. Es zeigt sich, dass auch im Praxisfeld kein einheitliches Verständnis von Nicht-Direktivität vorgefunden wird. Dennoch ist festzustellen, dass die Haltungskonzeption für alle Gesprächspartner eine bedeutende Rolle spielt. Entscheidendes Kriterium sind weniger diagnostische Überlegungen oder therapeutische Erfahrung, als die therapeutische Beziehung.

Nicht-Direktivität stellt sich als Paradoxon dar: nur in der Reflexion darüber, wie und wann eine Therapeutin oder ein Therapeut direktiv agieren, lässt sich eine weitgehende Annäherung an eine grundsätzlich nicht-direktive Haltung erreichen.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Konzept und Phänomen Nicht-Direktivität kann dazu beitragen, dass abseits von fundamentalistischen Tendenzen, das Revolutionäre der Rogersschen Gedanken bestehen bleibt und Personenzentrierte Psychotherapie nicht in zeitgeistiger Beliebigkeit absorbiert wird.

Abstract English

The present diploma thesis is concerned with the concept of non-directivity as a subject of the person-centered theory of counseling and its practice.

In the first, theoretical part I trace the origins of the term "non-directivity" and explain how, in the work of Carl Rogers, this term serves as basis for a distinction between analytic and behavioristic approaches on one hand and Person-Centered Psychotherapy as a school of Humanistic Psychology on the other. I argue that non-directivity has its roots and foundation in basic anthropological assumptions, particularly the assumption of an actualizing tendency as postulated by Rogers.

Following the general structure of his concepts, non-directivity is therefore to be seen as a therapeutic attitude. However, research on further developments and critical writings shows that it has been interpreted also on a level of actions in terms of „therapeutic don'ts“. Thus, non-directivity becomes part of the conflict between methodical integration and therapeutic eclecticism.

The second, empirical part analyzes semi-structured interviews with six person-centered therapists. The lack of a uniform understanding of the concept of non-directivity within the therapeutic field notwithstanding, non-directivity as a therapeutic attitude has proven of great value to these therapists, while the notion of „therapeutic don'ts“ has been rejected. It is the therapeutic relationship that is the deciding criterion, rather than experience or diagnostic considerations. Hence, non-directivity presents itself as a paradox of sorts: only when reflecting on how and under what circumstances a therapist acts directly, a close approximation to a fundamental non-directive attitude can be achieved.

Lebenslauf

Dominik Witzmann

Stritzelberggasse 17
3564 Plank am Kamp

geboren am 20. September 1973 in Wien

Schulbildung

1992 Reifeprüfung am BORG Wr. Neustadt

1980 – 1988 Volksschule und Gymnasialunterstufe in Mödling

Hochschulbildung

ab 1996 Studium der Pädagogik an der Universität Wien; Gewählte Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik, Heil- und Integrative Pädagogik, Projektstudium Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie (Unterbrechung im Diplomarbeitsstadium von 2004 – 2011)

2004 wissenschaftliches Praktikum am Zentrum für Sozialforschung und Wissenschaftsdidaktik Wien

weitere Ausbildungen und berufliche Tätigkeiten

seit 2010 niedergelassener Psychotherapeut in Wien und Plank am Kamp

2008 – 2010 Weiterbildungscurriculum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

2004 – 2010 Fachspezifikum in Katathym-imaginativer Psychotherapie (ÖGATAP)

2002 – 2004 Psychotherapeutisches Propädeutikum beim ÖAGG Wien

2000 – 2006 Trainer für Crew Ressource Management (Lauda-air und Austrian Airlines)

1998 – 2001 Tätigkeit in Pilot Recruitment und Initial Training

seit 1996 Linienspilot bei Lauda-air, ab 2004 bei Austrian Airlines

1993 – 1996 Tätigkeit im gehobenen Erzieherdienst im NÖ Landesjugendheim Hinterbrühl