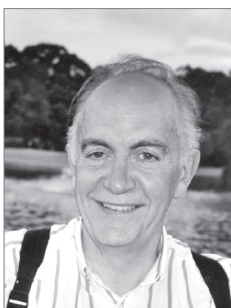


Jobst Finke

## Rogers richtig verstehen: Vom Selbst-Miss-Verständnis der Personzentrierten Psychotherapie



Dr. Jobst Finke

Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie Neurologie und Psychiatrie. Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG). Tätig in der klinisch-fachärztlichen Weiterbildung und als Supervisor. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen. Buchpublikationen zu den Themen Empathie und Interaktion; Beziehung und Intervention und Gesprächspsychotherapie (alle erscheinen bei Thieme).

Kontakt: [jobst.finke@uni-due.de](mailto:jobst.finke@uni-due.de)

Als jungem Assistenzarzt waren mir in einer psychiatrischen Klinik eines Tages gewissermaßen unversehens Patienten anvertraut, die eine „neurotische“ Störung hatten und die ich entsprechend, und das meinte damals schon psychotherapeutisch, behandeln sollte. Ich hatte noch keine diesbezügliche Ausbildung und fand im damaligen psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Schrifttum gedanklich recht komplexe Ableitungen, wie man solche Störungen erklären, aber kaum wie man sie behandeln konnte. In diesem letzten Punkt blieben die Ausführungen über die Kunst des Deutens immer so allgemein, dass sie wenig Hilfe für das konkrete Vorgehen, für die unmittelbare Gestaltung der Gesprächsführung darstellten. In dieser Situation war für mich das Buch von Reinhard Tausch „Gesprächspsychotherapie“ (1970) eine Offenbarung. Ich fühlte mich wie aus meiner behandlungspraktischen Ratlosigkeit befreit. Nun konnte ich nachlesen, wie ich mit meinen Patienten hilfreich „umzugehen“ hatte, wie ich das Gespräch mit ihnen konkret zu gestalten hatte. Aber hatte ich mit dieser Fixierung auf bestimmte (Be-)Handlungsmuster den Gründervater unseres Verfahrens nicht eigentlich missverstanden?

### Die Aufgabe des Therapeuten<sup>1</sup>: Nur empathisch-anteilmehendes Begleiten oder auch reflexionsbestimmtes Verstehen?

Rogers betont bekanntlich die fast ausschließliche Bedeutung der Einstellung, der Grundhaltung des Therapeuten

und er ist dabei von der Sorge bestimmt, dass durch das Ausformulieren von so etwas wie einer Therapietechnik die Therapeuten verführt sein könnten, beim möglichst gekonnten Exekutieren eben dieser Technik die nötigen Grundhaltungen und die durch diese bedingte therapeutische Beziehung zu vernachlässigen. Diese Beziehung sah er als ein tiefes teilnehmendes Verbundensein mit dem Klienten. Rogers' besonderer Verdienst für die moderne wissenschaftliche Psychotherapie besteht eben darin, dass er diese um ein zentrales Beziehungskonzept bereichert und damit vervollständigt hat. Ich meine jenes Konzept, das man die Teilnehmer-Beziehung nennen könnte und das Rogers so skizziert hat:

„Man kann auch sagen, dass wir in eben dem Maße, im dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler“ (Rogers, 1977, S. 171).

Der Therapeut soll also nicht als distanzierter Beobachter und reflektierend Urteilender, sondern als Anteilnehmender fungieren. Er soll ausschließlich ein emotional mitschwingender Teilnehmer, ein sich engagiert einbringender Mitspieler im therapeutischen Dialog sein. Damit vertritt Rogers einen Gegenentwurf zur modernen Wissenschaft mit ihrem Objektivitätsideal, das ja gerade die emotionale und interaktionale Distanz des beobachtenden und reflektierend urteilenden Forschungs-Subjekts gegenüber dem Untersuchungs-Objekt zur Voraus-

---

<sup>1</sup> Mit „der Therapeut“ oder „der Klient“ ist hier jeweils nur eine Rollen- bzw. Funktionsbezeichnung gemeint, ähnlich wie bei der Formel „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“.

setzung hat. (Und in dieser rationalitätskritischen Einstellung entspricht Rogers einem charakteristischen Merkmal der Postmoderne).

Es ist nun zwar durch vielfältige Forschung erwiesen, dass Psychotherapie dieses Objektivitätsideal in seinen Konsequenzen relativiert, dass sie ihre Praktik um Aspekte einer „Teilnehmer-Beziehung“ erweitern muss. Das Problem indes sehe ich darin, dass Rogers der wissenschaftlich tradierten „Beobachter-Beziehung“ eine „Teilnehmer-Beziehung“ in etwas einseitiger Weise gegenüber stellt. Denn er glaubt ja die beiden „klassischen“ Merkmale der angewandten Wissenschaften weitgehend ignorieren zu können oder gar zurückweisen zu müssen. Diese Merkmale sind einmal die das zu verändernde Phänomen erklärende *Theorie* und zum anderen die Beschreibung der diese Veränderung bewirkenden *Handlungskonzepte*. Darüber hinaus macht er an vielen Stellen seines Werkes, nicht nur in dem oben genannten Zitat, Äußerungen, die man als Postulieren eines generellen Reflexionsverzichts in der therapeutischen Praxis verstehen könnte. Das soll später noch deutlich werden.

Auch innerhalb der Personzentrierten Psychotherapie insgesamt zeigt sich diese Haltung in vielerlei Gestalt, z. B. in der häufig anzutreffenden Rede von der Bedeutung der „Empathie“, wobei der andere bestimmende Begriff dieses Merkmals, nämlich das Verstehen, unterschlagen wird, dies meist auch in inhaltlicher Hinsicht. Rogers hatte ja von „empathic understanding“ gesprochen, also von Empathie und Verstehen. Das Letztere ist in Abhebung zur stärker emotionsbestimmten Empathie bzw. Einfühlung nicht nur als ein „Verständnishaben“ zu sehen, sondern vor allem als ein Erfassen von Sinnzusammenhängen, als ein Begreifen von Bedeutungen. Es liegt ganz auf der Linie der hier angedeuteten Tendenz, wenn etwa Binder und Binder (2003), auch nur noch von „Empathie“ sprechend, bei ihrer Beschreibung derselben hervorheben: „Der emotional-affektive Aspekt wird betont durch strikte Abgrenzung von Verstehensdimensionen, bei

denen durchschauende, erklärende und bewertende Absichten im Vordergrund stehen“. Bedeutet dieses Zurückweisen jeder „durchschauenden Absicht“, dass der Therapeut auf jedes Verstehen-Wollen eines bisher Unverständlichen zu verzichten habe, dass er jedes Verstehen als ein Erfassen von Bedeutungszusammenhängen vermeiden soll? Aber ist es nicht gerade ein Ziel der Personzentrierten Psychotherapie, dem Klienten zu helfen, bisher undurchschaute, also nicht oder nur verzerrt symbolisierte, Erlebens-Zusammenhänge zu erkennen, zu „durchschauen“, d. h. „exakt zu symbolisieren“ (Rogers 1959/1987, S. 30f)? Denn wir rechnen uns doch zu Recht zu den hermeneutisch orientierten Verfahren, wir verstehen unsere Therapie doch als eine einsichts- bzw. klärungsorientierte.

Freilich muss man unterscheiden zwischen dem Verstehen des Therapeuten und dem, was er davon dem Klienten kommuniziert, und es wäre natürlich etwas völlig anderes, wenn mit dem o.g. Vorbehalt lediglich gemeint ist, das jeweils „Durchschaute“ bzw. Verstandene therapeutisch so zu vermitteln, dass der Klient es sich gefühlsnah und konstruktiv aneignen kann. Es ginge also darum, ein zu intellektualistisches, ein zu „kopflastiges“ Vorgehen zu vermeiden. Mit dem „Durchschauen“ und seiner Zurückweisung könnte auch ein entwertendes Verstehen (und seine Mitteilung) gemeint sein, etwa in Form eines demaskierenden und entlarvenden Interpretierens, das geradezu auf die Beschämung des Klienten aus zu sein scheint. Aber es muss wohl nicht eigens gesagt werden, dass ein solches Verstehen therapeutisch natürlich absolut kontraproduktiv ist und sich schon von daher mit Selbstverständlichkeit verbietet.

### **Personzentrierte Widersprüchlichkeit: Die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis**

Die Problematik einer Ausblendung und konzeptionellen Ausgrenzung von eher kognitiv bestimmten, im engeren Sinn „verstehenden“ therapeutischen Aufgaben und Handlungsmustern wird besonders dann deutlich, wenn man es

mit schwerer gestörten Klienten zu tun hat, d. h. wenn ein Alltagsverständnis im Sinne einer spontanen, unreflektierten Empathie wegen der Besonderheit des Erlebens solcher Klienten an seine Grenzen stößt. Dann kann sich zeigen, dass oft erst ein Störungswissen, etwa um Bedürfnisse und Motive von Therapieangeboten entwertenden Borderline-Klienten, Empathie und bedingungsfreies Akzeptieren erst wieder möglich macht (Swildens, 1991; Finke & Teusch, 2002). Dies aber kann bedeuten, dass die eigene Praxis mit den theoretischen Postulaten in Widerspruch gerät. Ein Beispiel hierfür ist etwa das Buch von Mearns und Cooper *„Working at relational depth“* (2005). Die Autoren behaupten im ersten Teil dieses Buches die grundsätzliche Schädlichkeit theorieförmiger Urteils- und Ordnungsbildungen, etwa in Form von Diagnosen, Überlegungen zur typischen Inkongruenzkonstellation, Therapieplanungen, -strategien und -techniken, weil solches die Unmittelbarkeit des Beziehungsgeschehens nur behindern könne und einer emotionalen Vertiefung der therapeutischen Begegnung abträglich sei. Im zweiten Teil des Buches stellen die Autoren dann ihr therapeutisches Vorgehen bei zwei schwerer gestörten Klienten recht praxisnah vor und sie erweisen sich hier als durchaus überlegt vorgehende, sachlich urteilende, umsichtig planende, Diagnosen erwägende, „Strategien“ (so hier wörtlich!) einsetzende Therapeuten. Im dritten Teil des Buches jedoch wiederholen sie dann, so als ob es die Ausführungen des zweiten Teils gar nicht gegeben hätte, im Wesentlichen ihre Aussagen des ersten. Dieser Widerspruch bleibt hier unaufgelöst, weil die Autoren offenbar ihre eigenen Praktiken missverstehen bzw. nicht „exakt symbolisieren“.

Ich beklage nun, dass zumindest eine Andeutung von diesem Widerspruch von Theorie und Praxis sich vielfach in der Personzentrierten Psychotherapie findet, in bestimmter Hinsicht sogar bei Rogers selbst. Schon in dem berühmten Gespräch, das Rogers 1957 mit dem Dialog-Philosophen Martin Buber führte (Rogers & Buber, 1992), wurde ein Widerspruch zwischen therapietheoretischem Postulat und der strukturell

bedingten Unmöglichkeit seiner praktischen Umsetzung deutlich. Als Rogers dort sagt, dass für ihn eine Ich-Du-Begegnung, wie Buber sie mit dem dialogischen Prinzip beschrieben habe, Maßstab seiner Therapievorstellungen sei, antwortet ihm Buber, dass wegen der strukturell vorgegebenen Asymmetrie der therapeutischen Beziehung hier eine solch dialogische Begegnung in Form kommunikativer Wechselseitigkeit gar nicht möglich sei. Die Differenz zwischen der Rolle und der Aufgabe des Helfers einerseits und des Hilfesuchenden andererseits sei unaufhebbar und ermögliche so auch prinzipiell keine wirkliche Wechselseitigkeit.

Auch unabhängig von dem Merkmal dialogischer Wechselseitigkeit sehe ich einen zumindest teilweisen, bestimmte Aspekte betreffenden Widerspruch zwischen dem Theoretiker, d. h. dem sein Therapiekonzept beschreibenden Rogers und dem Praktiker, wie er etwa in Videoaufnahmen zu beobachten ist. Ausdrücklich schreibt Rogers dem Therapeuten ja die Rolle eines nicht beurteilenden, nicht planenden, nicht reflektierenden Teilnehmers zu, der sich ganz seinem spontanen, unmittelbaren Beziehungserleben überlässt:

„Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich darauf hin. Ich reagiere nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert auf das andere Individuum; meine Reaktion basiert, allerdings nicht bewusst, auf meiner ganzen Empfindungsfähigkeit für diesen Anderen“ (Rogers, 1961/1973, S. 199).

Betrachte ich jedoch anhand von Ton- und Videoaufnahmen und deren Verschriftlichungen das faktische Vorgehen von Rogers, so ergibt sich für mich der Eindruck eines sehr umsichtig operierenden, sich sehr geschickt auf die jeweilige Situation einstellenden, hoch kompetenten Therapeuten, der durchaus abwägend und überlegt vorgeht und dabei auch, Motivzusammenhänge „durchschauend“, Deutungen gibt.

Letzteres ist etwa in dem Gespräch mit Gloria nachzuweisen, in dem Rogers den von der Klientin beklagten Konflikt mit ihrer Tochter als eigentlich innerpsychischen Konflikt versteht, den die Klientin mit sich selber hat. (Rogers, 1977, S. 145) Den geschilderten *interpersonalen* Konflikt deutet er als einen primär *intra-personalen*, und er erschließt mit dieser Intervention eine neue Sinnenebene. Den bisher verborgenen Sinn überführt er in einen offensichtlichen Sinn, die verzerrte Symbolisierung übersetzt er in eine exakte Symbolisierung. Genau das ist die Funktion einer Deutung. Es ist also, ausgehend von den tatsächlichen Praktiken Rogers' (und das trifft auch auf andere personenzentrierte Therapeuten zu), der Gebrauch von deutenden Interventionen festzustellen, wie hier überhaupt das Vorliegen einer „durchschauen-wollenden“ Suchhaltung zu sehen ist, in der zunächst Unverständliches verstanden werden will, in der das Verstehen des Therapeuten dem des Klienten (zumindest zeitweise) voraus ist. Nun lassen manche Formulierungen von Rogers die Vermutung zu, dass er selbst dem gar nicht unbedingt widersprochen hätte, zumal ihm ja in keiner Hinsicht der Vorwurf dogmatischer Enge zu machen ist. Jedenfalls sollte man bei nicht selten kontrovers geführten Erörterungen über die „wahre“ Form Personenzentrierter Therapie immer auch die tatsächliche Praxis in den Blick nehmen und die Frage nach einem möglichen Verkennen oder gar Verleugnen des jeweiligen konkreten Tuns stellen.

### Therapie als dialektische Vermittlung polarer Positionen

Das, was Rogers therapietheoretisch postuliert, ist natürlich nicht falsch, es ist jedoch (das gilt zumindest für einige Formulierungen) gewissermaßen nur die halbe Wahrheit. Deren andere Hälfte ist den oben geschilderten, aber von Rogers nicht oder nicht genügend explizierten Praktiken abzuschauen. Die gewisse Widersprüchlichkeit zwischen beiden Wahrheiten, der des Theoretikers Rogers und der des Praktikers, oder, so können wir jetzt auch sagen, der einer reinen Teilnehmer-Beziehung und der

einer vorwiegenden Beobachter-Beziehung, ist im Prozess einer dialektischen Vermittlung aufzuheben. Die Aufgabe besteht dann darin, diesen beiden polaren Positionen gerecht zu werden, und sie nicht undialektisch auseinanderfallen zu lassen, indem man nur die eine therapietheoretisch legitimiert. (Denn z. B. nur im Rahmen der „Beobachter-Beziehung“, d. h. nur durch die reflektierende Distanznahme gegenüber sich selbst und dem jeweiligen Beziehungsgeschehen kann der Therapeut oft erreichen, sich nicht im Interaktionsprozess mit seinen unerschwelligen Rollenzuschreibungen und Rollenübernahmen zu verstricken bzw. interaktionelle Verstrickungen zu korrigieren und aus „Beziehungsfällen“ herauszufinden). Dies bedeutet für die Praxis, dass der Therapeut zwischen diesen beiden Positionen oszilliert, d. h. mal die Beobachter-, mal die Teilnehmer-Position einnimmt. Es geht hier letztlich also darum, Technik und Beziehung, Reflexion und Intuition, beobachtende Distanz und miterlebende Nähe, sachliches Urteilen und emotionales Mitschwingen, Therapieplanung und Prozessorientierung, d. h. konzeptgeleitetes und am Erleben des Klienten ausgerichtetes Vorgehen in ihren komplexen Wechselwirkungen und in ihrem Aufeinander-Bezogenheit zu sehen und therapietheoretisch zu konzeptionalisieren.

Wenn oben gesagt wurde, dass Rogers in seiner konkreten Praxis den Eindruck eines umsichtigen, auch therapietechnisch hoch kompetenten Therapeuten vermittelt, so könnte es natürlich sein, dass Rogers auf dem Hintergrund einer großen, jahrzehntelangen Erfahrung nicht mehr jeden Einzelschritt überlegend, sondern weitgehend intuitiv vorgeht. Insofern hätte er also tatsächlich keinen *ausdrücklichen* Therapieplan und er würde sich auch nicht einer *expliziten* Therapietechnik bedienen, sondern nur einer impliziten, verinnerlichten und von ihm weitgehend intuitiv vollzogenen. Nun ist es aber ein zentrales Charakteristikum moderner Wissenschaften, das Implizite zu explizieren, d. h. das unausdrücklich, das nur intuitiv Gewusste ausdrücklich zu benennen und der Reflexion zugänglich zu machen. Gerade bei

den so genannten angewandten Wissenschaften, zu denen natürlich die Psychotherapie gehört, gilt der Grundsatz, die jeweiligen Anwendungsregeln genau zu beschreiben, die Art der Einflussnehmenden Handlungsmuster zu explizieren. Außerdem schützt die Darstellung verfahrenstypischer Handlungsmuster vor einer behandlungspraktischen Beliebigkeit nach dem Motto: „anything goes, Hauptsache die Grundhaltung stimmt!“ Eine solche Beliebigkeit gefährdet die Identität eines Verfahrens, oder anders gewendet: Das Ausformulieren einer konzeptkonformen Therapietechnik wirkt auch identitätsstiftend. Darüber hinaus ist die Beschreibung konzeptkonformer Handlungsmuster hilfreich beim Erlernen und Vermitteln eines Verfahrens, was ich eingangs durch einen Blick auf die eigenen Mühen bei den ersten psychotherapeutischen Schritten anzudeuten versuchte.

### Handlungskonzepte der personenzentrierten Psychotherapie

Wenn wir anhand Ton- und Videoaufnahmen der Therapiegespräche von Rogers (und deren Transkripte) die Handlungsmuster untersuchen, können wir die typischen Handlungskonzepte der Personenzentrierten Psychotherapie rekonstruieren. Der aktionale Vollzug der drei Grundhaltungen lässt sich so konzeptualisieren, dass sich daraus drei übergeordnete Handlungskonzepte ergeben (Finke, 2004):

- Einfühlen und Verstehen
- Beziehungsklären
- Selbstöffnen

Das Handlungskonzept *Einfühlen und Verstehen* wurde schon vom frühen Rogers (1942/1972, S. 128ff) beschrieben als *reflecting of feelings*, von Tausch (1970) als *Verbalisieren emotionaler Erlebnisgehalte*. Die Notwendigkeit einer Ausdifferenzierung dieses Konzeptes ergibt sich insofern, als hinsichtlich ihrer Komplexität unterschiedliche Erlebnisgehalte zu beschreiben sind, die auch vom Therapeuten als unterschiedliche Aspekte dieses Erlebens aufgegriffen werden können, so u. a.

- Primär-Gefühle wie Angst und Ärger oder Wut, insbesondere sofern sie dem Klienten spontan nicht in voller Deutlichkeit gewahr sind,
- selbstreflexive, d. h. auf das Selbstkonzept (und die darin wirksamen Wertungen) bezogene, Gefühle wie Scham, Peinlichkeit und Schuld,
- der Zusammenhang zwischen einem Gefühl und seinem situativen Kontext,
- der Zusammenhang von zwei Gefühlen, also etwa von Wut und Schamgefühlen, oder von Gefühl und Bedürfnis, also etwa von Angst und dem Bedürfnis nach Geborgenheit und Nähe,
- der Zusammenhang von Gefühl und Lebensereignis, Lebensgeschichte.

Beim sogenannten *Beziehungsklären*, im Ansatz bereits von den Rogers-Schülern Carkhuff und Truax (1967; Carkhuff 1969) in den 60er Jahren beschrieben, lassen sich drei Stufen unterscheiden: 1. das Verstehen der Klienten-Äußerung als eine Beziehungsanspielung, 2. das Klären der Beziehungserwartungen sowie 3. das Verstehen dieser Beziehungserwartungen als Folge von Beziehungserfahrungen. (Finke, 2008)

Beim *Selbstöffnen* oder *Selbsteinbringen*, schon von Rogers im Sinne der Transparenz des Therapeuten erwähnt, aber dann ebenfalls von Carkhuff und Truax (ebd.) systematisierend beschrieben, gibt es sehr unterschiedliche Formen, die man grundsätzlich nach zwei Kategorien ordnen könnte, einer stützenden, Selbstwert stabilisierenden, Ressourcen aktivierenden einerseits und einer eher konfrontierenden, hinterfragenden, Selbstreflexion anregenden andererseits.

Die ausdifferenzierende Beschreibung dieser Handlungskonzepte (Finke, 2004) zeigt die ganze Komplexität personenzentrierter Behandlungspraxis und widerspricht dem von Außenstehenden oft kolportierten Vorurteil von der Anspruchslosigkeit oder gar Simplizität dieses Verfahrens, ein Vorurteil, das allerdings auch unserer eigenen Selbstdarstellung (und dem dieser Darstellung

zugrunde liegenden Selbstmissverständnis) geschuldet ist.

### Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (2003). Empathie. In G. Stumm, J. Wiltshko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 82-86) Stuttgart: Pfeiffer.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations, a Primer for Lay and Professional Helpers* (Vol. 1 Selection and Training, Vol. 2 Practice and Research). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 457-490). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147-162). Heidelberg: Springer.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Rogers, C. R. (1942/1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In: M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.) *Jahrbuch der Personenzentrierten Psychologie und Psychotherapie* (S. 184-2019). Köln: GwG.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Truax, C. B. & Carkhuff R. R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Chicago: Aldine Publishing Company.