

Die Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers

Mark Helle

*Der wahre ungewöhnliche Mensch ist
der wahre gewöhnliche Mensch.
Je mehr von dem Allgemein-Menschlichen
das Individuum in seinem Leben realisiert,
desto mehr entfernt es sich von dem Gewöhnlichen.
(Kierkegaard, 1885, S. 551)*

Einleitung

Im April 2008 startete Heinrich Bertram vom Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP), ein Verband im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), unter dem Namen „Großer Ratschlag“ eine Initiative zur Stärkung der humanistisch-psychologisch orientierten Psychotherapieverfahren in Deutschland. Es gelang ihm, interessierte Einzelpersonen sowie Vertreter der entsprechenden Fachverbände zu regelmäßigen Treffen an einen Tisch zu bringen. Hauptthema dieser Treffen war die aktuelle Entwicklung der Psychotherapie vor allem in Deutschland und hier vor allem das zunehmende Vergessen bzw. Ignorieren der humanistisch-psychologisch orientierten Verfahren.

Aus dem „Großen Ratschlag“ ging wenig später die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT), ein neu gegründeter Dachverband der Humanistischen Psychotherapie hervor, dem mittlerweile elf Fachverbände angehören. Neben der Gesprächspsychotherapie sind in der AGHPT die Gestalttherapie, die Körperpsychotherapie, die Transaktionsanalyse, die Logotherapie und Existenzanalyse sowie Psychodrama vertreten.

Ziel der AGHPT ist es, „die Humanistische Psychotherapie in Wissenschaft und Anwendung zu fördern und zu verbreiten“ (www.aghpt.de). Unter Federführung von Jürgen Kriz erstellte die AGHPT im Oktober 2012 einen Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat auf wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie als Psychotherapieverfahren gemäß § 11 PsychThG (Kriz, 2013; AGHPT, 2012).

Durch diese und andere Aktivitäten der AGHPT, insbesondere mit dem im Jahr 2012 in Berlin ausgerichteten Kongress zur Humanistischen Psychotherapie, ist eine Aufbruchsstimmung entstanden, die auch die Zeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung“ erreicht hat, und die sich darin zeigt, dass in den Ausgaben dieses Jahres die einzelnen Psychotherapieverfahren, die sich unter dem Dach der Humanistischen Psy-

chotherapie versammeln, in Form von einzelnen Beiträgen überblicksartig vorgestellt werden.

Mir fällt in diesem Zusammenhang die ehrenvolle Aufgabe zu, die Gesprächspsychotherapie (GT) darzustellen. Ich habe beschlossen, diesen Beitrag sehr eng auf das ursprüngliche Verständnis der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers auszurichten und sowohl die diversen Kontroversen als auch die neueren Entwicklungen, die aus dem personzentrierten Ansatz hervorgegangen sind, nicht zu berücksichtigen, da dies den für diesen Beitrag vorgesehenen Rahmen übersteigen würde. Da die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie eng mit der Biographie und beruflichen Entwicklung von Carl Rogers verknüpft ist, soll ein biographischer Zugang zum Begründer der Gesprächspsychotherapie den Ausgangspunkt darstellen.

1. Carl Rogers und die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie

Carl Rogers wurde am 08. Januar 1902 in Oak Park im Bundesstaat Illinois, USA geboren. Nach Abschluss seiner Schulzeit begann er im Jahre 1924, also im Alter von 22 Jahren, mit dem Studium der Theologie, das auch den Besuch mehrerer Psychologieseminare vorsah und ihn zwei Jahre später zum Wechsel zur Klinischen Psychologie auf das Teacher College der Columbia University inspirierte.

Seine erste Anstellung als Psychologe erhielt Carl Rogers von 1928 bis 1939 in Rochester im Child Study Department der Society for Prevention of Cruelty to Children. In diesen gut zehn Jahren arbeitete er ausschließlich praktisch orientiert mit einer höchst schwierigen Klientel an der Schnittstelle zwischen Klinischer Psychologie und Sozialarbeit. In Folge der Weltwirtschaftskrise und der damit einhergehenden Massenarbeitslosigkeit war die vorrangige Aufgabe die Durchführung von Resozialisierungsmaßnahmen und die Wiederanpassung der Kinder und der Familien an das normale Leben. Es gab keinen Raum für langwierige psychotherapeutische Prozesse, vielmehr handelte es sich um eine experimentelle und offene Arbeitssituation, in der die praktische Problembewältigung so stark im Vordergrund stand, dass die Grenzen der Fachdisziplinen keine Rolle spielten (Groddeck, 2002). Unter dem Klinikpersonal in Rochester gab es u.a. einige Sozialarbeiter, die an der Akademie für Sozialarbeit an der Universität von Pennsylvania ausgebildet worden waren, wo Otto Rank, der Begründer der „Willens- und Beziehungstherapie“ seit dem Jahr 1926 lehrte.

Diese personelle aber auch inhaltliche Nähe zu Otto Rank wird zwar von Rogers eher am Rande erwähnt (Rogers, 1942), scheint allerdings für die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie von zentraler Bedeutung zu sein (Pfeiffer, 1980; 1990; Kramer, 1995).

Den Ursprung der Gesprächspsychotherapie selbst stellt Carl Rogers als eine eher zufällige Begebenheit dar, bei der der klassische Behandlungsansatz und das alte Störungsverständnis völlig versagt hatten. Rogers begibt sich daraufhin in eine neue unbekanntere Situation, in der er als Therapeut seinen Anspruch auf Expertentum aufgibt und sich offen und authentisch auf seine Klientin einlässt. Diese „Improvisation“, die im Grunde bereits alle wesentlichen Elemente des Personenzentrierten Ansatzes beinhaltet, führte zu einem Ergebnis, welches er mit seiner „Expertise“ zuvor nicht erreichen konnte. In einem Vortrag im Jahre 1972 berichtet er von diesem Erlebnis:

*„Eine intelligente Mutter bringt ihren schlecht angepassten und sich auffällig verhaltenden Jungen in die Klinik. Es folgt Anamnese der Mutter und Testung des Jungen. Wir kamen zum Schluss, dass die Ursache für das Verhalten des Jungen in der Ablehnung der Mutter gegenüber ihrem Sohn zu sehen ist. Ich arbeitete mit der Mutter, ein anderer Psychologe nahm den Jungen in Spieltherapie. In den Gesprächen mit der Mutter war es mein Ziel, sie mit den Mustern ihrer Ablehnung gegenüber ihrem Sohn vertraut zu machen, so dass sie die Auswirkungen dieser Ablehnung auf den Jungen erkennt. Als dies jedoch ohne Erfolg blieb, teilte ich ihr nach ca. 12 Sitzungen mit, dass wir wohl beide alles versucht hätten, wir so aber nicht weiterkommen, so dass es wohl das Beste sei, die Therapie an dieser Stelle zu beenden. Sie wollte gerade den Raum verlassen als sie sich noch mal umdrehte und fragte, ob ich auch Erwachsene beraten würde. Als ich dies bejahte kehrte sie um, setzte sich wieder hin und erzählte von den massiven Schwierigkeiten, die zwischen ihr und ihrem Mann bestehen und ihrem dringenden Wunsch nach Hilfe jedweder Art. Das, was sie mir nun erzählte, hatte überhaupt nichts mit der ausführlichen Anamnese gemeinsam, die ich erhoben hatte. Ich wusste nicht so richtig, was ich nun tun sollte, so dass ich in erster Linie zuhörte. Nach einer ganzen Reihe von Sitzungen, wurde die Beziehung zu ihrem Mann besser und auch das auffällige Verhalten des Jungen nahm ab, je mehr die Mutter eine echte und freie Person wurde. Das besondere war, dass es eine sehr persönliche mit Sicherheit aber auch wenig professionelle Beziehung war. Die Ergebnisse jedoch sprachen für sich.“ (Rogers, 1972, *My Philosophy and how it grew*; Übers. M.H.)*

Im Jahr 1940 erhielt Rogers einen Ruf als Professor an die Ohio State University und im gleichen Jahr veröffentlichte er in der Zeitschrift *Journal of Consulting Psychology* einen Beitrag mit dem Titel „The Process of Psychotherapy“, der bereits zentrale Aspekte des personenzentrierten Ansatzes beinhaltete. Zwei Jahre später, im Jahr 1942, veröffentlichte Rogers das Buch „*Counseling and Psychotherapy*“, welches oft als die Geburtsstunde der

Gesprächspsychotherapie bezeichnet wird. Unglücklicherweise wurde in der deutschen Ausgabe der Titel mit „Die nicht-direktive Beratung“ übersetzt, was oftmals zu der folgenschweren Verwechslung einer non-direktiven Grundhaltung mit einer non-direktiven Technik führte und führt (Moon & Rice, 2012).

Während sich Rogers in der Darstellung des neuen Therapieansatzes zunächst um die Abgrenzung der Therapeut-Patient-Beziehung gegenüber dem Beziehungsverständnis in Psychoanalyse und Psychiatrie bemühte, verlässt er in seinen Schriften ab den 50er Jahren zunehmend den „klassischen“ psychotherapeutischen Rahmen und verlagert sich immer mehr auf ein Psychotherapieverständnis, das die existentielle Begegnung zweier Menschen in den Vordergrund rückt. Er arbeitet immer klarer heraus, dass es ihm nicht um die Realisierung von beschreibbaren Techniken sondern um eine bestimmte therapeutische Grundhaltung geht, die einen Raum für die unmittelbare zwischenmenschliche Begegnung schaffen soll und so einen therapeutischen Prozess ermöglicht.

Im Jahr 1958 veröffentlicht Rogers einen Beitrag, in dem er sich ausschließlich mit den Besonderheiten einer „hilfreichen“ Beziehung auseinandersetzt. Im Vordergrund stehen hier die Kongruenz, die Authentizität sowie die Selbstempathie des Therapeuten:

„Ich bin zu der Erkenntnis gekommen, dass Vertrauenswürdigkeit nicht heißen kann, sich auf gleichmäßige Verlässlichkeit zu versteifen; vertrauenswürdig zu sein bedeutet auch ehrlich zu sein. (...) – wenn ich eine hilfreiche Beziehung zu mir selbst herstellen kann, wenn ich mir meiner eigenen Gefühle eindringlich bewusst sein darf und bereit bin diese zu akzeptieren, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass ich eine hilfreiche Beziehung mit einer anderen Person eingehen kann. (...) – Kann ich als Mensch stark genug sein, um mich neben dem anderen zu behaupten? Kann ich meine eigenen Gefühle, meine eigenen Bedürfnisse genauso wie seine voll respektieren? Wenn ich diese Stärke, ein besonderer Mensch zu sein, ungehindert empfinden kann, dann, so glaube ich, kann ich es mir erlauben, viel weiter in meinem Verstehen und Akzeptieren ihm gegenüber zu gehen; dann habe ich keine Angst, mich selbst zu verlieren. (...) Der Grad, in dem ich Beziehungen eingehen kann, die die Entfaltung anderer als eigenständige Menschen fördern, entspricht dem Maß der Entfaltung, die ich in mir selbst erreicht habe. Das ist in einiger Hinsicht ein beunruhigender, aber auch vielversprechender und anregender Gedanke. Er bedeutet, dass ich, wenn ich daran interessiert bin, hilfreiche Beziehungen zu schaffen, eine faszinierende, lebenslange Arbeit vor mir habe, in der ich meine Anlagen auf Entfaltung hin ausrichte und entwickle.“ (Rogers, 1958 / 1998), S. 64 ff)

Hier wird der hohe Anspruch an den Therapeuten erkennbar, der im Grunde das Beziehungsideal „from person to person“ zu dem der Therapeut-Klient-Beziehung erhebt.

Anfang der 60er Jahre verlässt Rogers nach und nach den ausschließlich therapeutischen Kontext. Die von ihm entwickelte Grundhaltung der Gesprächspsychotherapie soll nicht auf die Psychotherapie begrenzt bleiben, sondern hat das Potential, zwischenmenschliche Interaktionen auf Mikro- und auf Makroebene grundlegend zu verändern. Rogers zieht nach Kalifornien und konzentriert sich zunehmend auf die Arbeit mit Encounter-Gruppen. Bei der von Rogers angestoßenen Encounter Bewegung handelt es sich um eine Gruppenselbsterfahrung, bei der die Prinzipien der Gesprächspsychotherapie auf die Gruppe übertragen werden. Im Kontext der Gruppe, die über ihre eigenen konstruktiven Wachstumspotentiale verfügt, werden die Teilnehmer für ein offenes und klares Wahrnehmen der verbalen und non-verbalen Mitteilungen der Gruppenmitglieder sensibilisiert. Es wird in der Gruppe eine wertschätzende und offene Atmosphäre geschaffen, in dem eigene unmittelbare Gefühle und Gedanken eingebracht werden können. In diesem un gelenkten Prozess entwickelt sich eine Eigendynamik, die zu einem besseren gegenseitigen Zuhören und Verstehen sowie zu stabileren Beziehungen unter den Gruppenmitglieder beiträgt.

Die folgenden Jahre sind von dem Bemühen geprägt, gesellschaftspolitische Themen mit dem Personzentrierten Ansatz zu verknüpfen. So äußerte sich Rogers z.B. zu Fragen der Pädagogik oder auch der „offenen Ehe“. Die letzten Jahre seines Lebens war er vor allem in weltweiter Friedensmission unterwegs und bot mit seinem Team aus dem Center of the Studies for the Person Encounter-Gruppen unter anderem in Russland, Südafrika und Deutschland an. Am 04. Februar 1987 starb Carl Rogers in La Jolla, Kalifornien.

2. Zentrale Aspekte der Gesprächspsychotherapie

2.1 Therapieziele

So wie alle wissenschaftlich begründeten Psychotherapieverfahren erfüllt auch die Gesprächspsychotherapie das im SGB V verankerte formale Ziel: „die Heilung des regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustands“. Das Erreichen dieses Ziel stellt für die berufsrechtliche und auch die sozialrechtliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren eine zentrale Voraussetzung dar.

Die der Gesprächspsychotherapie inhärenten Ziele lesen sich allerdings etwas anders: Im Laufe des Therapieprozesses kommt es zu einer Neuorganisation der Selbststruktur des Klienten, so dass ein größerer Teil seiner Erfahrungen als zu seinem eigenen Selbst als zugehörig erlebt wird und somit zur Selbsterfahrung werden kann (Rogers, 1958). Der Klient wird offener für all seine unmittelbaren Erfahrungen, er kann sich selbst und seine Mitmenschen realistischer und weniger eingeengt wahrnehmen. Er kann

Probleme besser lösen, entwickelt mehr Selbstvertrauen und übernimmt mehr Eigenverantwortung.

Mit J. Eckert lässt sich als Ziel der Gesprächspsychotherapie formulieren:

„Eine Gesprächspsychotherapie ist dann beendet, wenn der Patient zu sich selbst die Beziehung aufnehmen kann, die der Therapeut ihm anbietet: Er hat nun Zugang zu seinen Erfahrungen und weiß, was diese für ihn bedeuten (Selbstepathie); sein Selbstbild ist mit seinen Erfahrungen in Übereinstimmung (Kongruenz) und er kann sich als Person und das mit seinen Erfahrungen einhergehende Erleben bedingungslos positiv beachten“ (Eckert, 2012, S. 135).

Vielleicht mag es erstaunen, dass die Gesprächspsychotherapie, die sich auch als eine Form der „Krankenbehandlung“ versteht und nach wie vor um die sozialrechtliche Anerkennung kämpft, in der Formulierung ihrer Ziele keinerlei Bezug auf psychopathologische Zustände oder auch nosologische Einteilungen (z.B. ICD-10) vornimmt. Allerdings ist es offensichtlich, dass Klienten, die im Rahmen ihrer Therapie Ziele, wie sie von Rogers verstanden und formuliert wurden, erreicht haben, unmöglich die Kriterien eines in ICD-10 Kapitel F beschriebenen Störungsbildes erfüllen würden. So ist das Ziel einer Gesprächspsychotherapie eben nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern im Sinne des Gesundheitsverständnisses der WHO ein „Zustand von vollständigem physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden“.

2.2 Der Personbegriff

Wie aus der Bezeichnung „Personzentrierter Ansatz“ bereits hervorgeht, spielt der Begriff der Person bei Carl Rogers eine herausragende Rolle. Sowohl unter Rückgriff auf die Arbeiten von Kurt Goldstein (1934/1935) als auch auf Basis seiner eigenen Beobachtungen geht Carl Rogers davon aus, dass allen lebenden Organismen eine Tendenz innewohnt, sich selbst zu erhalten und weiterzuentwickeln. Diese „Aktualisierungstendenz“ findet ihren Ausdruck in einem ständigen Bemühen und Suchen, die eigenen Potentiale zu verwirklichen. Der Idealzustand ist nach Rogers die „fully functioning person“, eine Person, die offen ist für ihre Erfahrungen, die jeden Stimulus, unabhängig ob dieser aus dem Organismus oder aus der Umwelt kommt, ohne irgendwelche Verzerrungen oder Abwehrmechanismen weiterleitet. Es besteht keinerlei Notwendigkeit von unterschweligen Wahrnehmungen, die den Organismus vor möglichen Erfahrungen warnen sollen, die für die Selbststruktur bedrohlich sein könnten (Rogers, 1962).

P. F. Schmid hat zwei sich widersprechende Perspektiven zum Personverständnis aufgegriffen, die sich auf jeweils unterschiedliche philosophische Traditionen beziehen (Schmid, 2008). Der

eine Zugang, den Schmidt mit dem substantiellen Personbegriff umschreibt, fokussiert auf die Autonomie, die Einzigartigkeit und die Freiheit der Person. Aus dieser Perspektive existiert die Person deshalb, weil sie aus sich heraus ist, was sie ist. Alle Potentiale sind bereits in der Person vorhanden. Der zweite Zugang bezieht sich auf das relationale Personverständnis, das die Beziehungsangewiesenheit der Person betont. Die Existenz der Person ist an das Eingebundensein in Beziehungen geknüpft. Nur in der Begegnung, durch den Dialog und der Verbindung zur Welt kann sich die Person erfahren. Schmid sieht diese beiden vermeintlich einander gegenüberstehenden Perspektiven im Personzentrierten Ansatz vereint. So ist es beispielsweise die Aufgabe des Therapeuten, in Kontakt mit seinen Klienten zu treten und so Begegnung zu ermöglichen (relationales Personverständnis). Angesprochen ist hier eine nicht-direktive Aufmerksamkeit und Absichtslosigkeit im Therapeuten, die auf einer anderen Beschreibungsebene in den Kernbedingungen der Empathie und Wertschätzung zum Ausdruck kommen. Gleichzeitig soll der Therapeut seinem Klienten als eigenständige Person begegnen (substantielles Personverständnis). Der Therapeut ist ein reales Gegenüber, das Begegnung zwischen zwei Personen ermöglicht und erfahrbar macht. Eine der Voraussetzungen für die Realisierung als wirkliches Gegenüber ist der Zustand der Kongruenz. So geht es nach Schmid in der Gesprächspsychotherapie sowohl um ein „Mit-Sein“ als auch um ein „Gegenüber-Sein“.

Die Verknüpfung dieser beiden Verständnisse von Person veranschaulichen einen wesentlichen Teil der Therapeut-Patient Beziehung, die im nächsten Abschnitt eingehender behandelt werden soll; sie ist durch eine ständige Pendelbewegung zwischen Einfühlung in das Erleben des Klienten (Mit-Sein) und dem Fokus auf das eigene Selbsterleben (Gegenüber-Sein) charakterisiert.

2.3 Die Therapeut-Patient Beziehung

Nach Carl Rogers ist die therapeutische Beziehung eine Beziehung, „(...) in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jedweden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohl strukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit und der aggressiven Handlung, die besonders für den Klienten gelten, und Begrenzungen der Verantwortlichkeit und der Zuneigung, die der Berater sich selbst auferlegt. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotioneller Freiheit innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen wie in keiner anderen Beziehung“ (Rogers, 1942 / 1992, S. 107).

Die Therapeut-Patient Beziehung, und hier unterscheidet sich dieser Ansatz von allen anderen Psychotherapieverfahren, ist eben

nicht eine wichtige Vorbedingung oder Unterstützung der eigentlichen Therapie, sie selbst ist die Psychotherapie (Auckenthaler, 2008). Die zentralen Elemente dieses Beziehungsangebots charakterisierte Carl Rogers mit den sogenannten hinreichenden und notwendigen Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung (Rogers, 1957).

Diese lauten:

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt
2. Die erste Person, der Klient, befindet sich im Zustand der Inkongruenz, ist verletzlich bzw. ängstlich.
3. Die zweite Person, der Therapeut, ist in der therapeutischen Beziehung kongruent.
4. Der Klient erfährt gegenüber seinem Therapeuten bedingungsfreie positive Beachtung.
5. Der Therapeut versteht empathisch den inneren Bezugsrahmen des Patienten.
6. Der Patient nimmt zumindest in Ansätzen die bedingungsfreie positive Beachtung und das empathische Verstehen des Therapeuten wahr.

Wenn, so Rogers, diese sechs Bedingungen über eine gewisse Zeitspanne erfüllt sind, kommt es im Klienten zu einer konstruktiven Veränderung der Persönlichkeit (Rogers, 1957). Eine solche resolute Behauptung war vor allem in der damaligen Zeit nicht nur mutig, sondern stellte, insbesondere für die Gruppe der eher konservativen Psychoanalytiker, eine große Provokation dar (Hill, 2007). Das gesamte Expertenwissen erscheint hier bedeutungslos, da „lediglich“ die Realisierung dieser Kernbedingungen eine erfolgreiche Psychotherapie verspricht.

Rogers stand mit seinem damaligen Denken allerdings keinesfalls allein da, sondern reihte sich in einen Kreis von innovativen und kreativen Psychotherapeuten ein, die sich gegen das von Freud geprägte klassisch-psychoanalytische Psychotherapeutenverständnis, welches eher an einen weisen oder gar allwissenden, aber eben auch strengen und unnahbaren Vater erinnerte, wendeten. So ergänzten beispielsweise die Ichpsychologen um Anna Freud, Edith Jacobson und Margaret Mahler das von Freud konzipierte Strukturmodell um das Selbst und rückten somit das Selbsterleben in den Fokus. Diese theoretischen Erweiterungen mussten zwangsläufig die Grundhaltung und das Handeln des Therapeuten verändern, der nun eher an die *gute Mutter* erinnerte, die den Patienten in seinem Erleben halten (containment) und korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen soll (Samstag, 2007).

Das Besondere an dem Verständnis von Rogers war aber im Gegensatz zu den Ichpsychologen, dass er die Bedeutung des Selbsterlebens mit dem Prozess der „Selbstentwicklung“, und letztere im doppelten Sinne, verknüpfte (Auckenthaler, 2008). Der Therapeut schafft eben nur die „guten und hilfreichen“ Rahmenbe-

dingungen, die der Klient dann für seinen Entwicklungsprozess nutzt.

Die spätere Rezeption des Beitrags von Rogers aus dem Jahr 1957 führte zu der auch heute noch oft wiederzufindenden Verkürzung auf die sogenannten drei „Rogersvariablen“: Kongruenz, Empathie und Wertschätzung, die eher mit einem technizistischen Verständnis und als voneinander unabhängige Variablen verstanden wurden und werden. Wie sehr diese drei Kernbedingungen aber ineinandergreifen und daher nicht isoliert betrachtet werden können, soll in den folgenden Überlegungen verdeutlicht werden.

Wenn ein Therapeut in einem Zustand ist, in dem Teile seines Erlebens in der konkreten Situation nicht (wahr) sein dürfen, also nicht bewusstseinsfähig sind, da sie nicht in das Selbstkonzept integriert werden können, wird er auch in seiner Fähigkeit, sich in das emotionale Erleben seines Klienten einzufühlen, deutlich eingeschränkt sein. Er wird nicht voll und ganz in der Situation präsent sein können, da er unbewusst ständig damit beschäftigt ist, Teile seines eigenen Erlebens fernzuhalten.

Ebenso wird sein Einfühlungsvermögen stark begrenzt sein, wenn er bestimmte Haltungen oder Handlungen seines Klienten innerlich ablehnt, was ihm keinesfalls bewusst sein muss. Kommt es zu einer Situation, in der der Therapeut eine ablehnende Haltung gegenüber seinem Klienten einnimmt, ist es zudem sehr gut möglich, dass er diese Erfahrung nicht bewusst wahrnehmen wird, da dies seiner eigenen Idealvorstellung von sich als Therapeuten, der allen Klienten positiv zugewandt sein möchte, nicht entspricht. Somit befindet sich der Therapeut erneut in einem Zustand der Inkongruenz. Sowohl die mangelnde Wertschätzung als auch der Zustand der Inkongruenz wird den Therapeuten deutlich in seiner Empathiefähigkeit einschränken. Der Klient wird gleichzeitig aber sehr genau spüren, wenn ihm die bedingungslose Wertschätzung nicht (mehr) entgegengebracht wird, was eine deutliche Einschränkung bedeutet, den Therapieprozess für neue Selbsterfahrungen zu nutzen.

Eine zentrale Rolle innerhalb des Therapieprozesses kommt der Empathie zu, die in der Vergangenheit immer wieder auf die Fähigkeit, das emotionale Erleben des Klienten verbalisieren zu können, reduziert wurde. Mit Book (1988) lässt sich Empathie in zwei separate Phasen unterteilen: In der ersten Phase, Book nennt diese „process of empathy“, ist der Therapeut darum bemüht, sich in das innere Erleben bzw. in den inneren Bezugsrahmen seines Klienten einzufühlen. Diese Phase hat zunächst keinerlei Bezug zur Interaktion zwischen Therapeut und Klient. Es geht für den Therapeuten lediglich darum, einen emotionalen Zugang zum emotionalen Erleben seines Klienten herzustellen. In der zweiten Phase, die Book „being empathic“ nennt, ist es nicht die Aufgabe, das emotional Verstandene blind zu verbalisieren,

sondern mit dem Verstandenen den Klienten (weiterhin) hilfreich zu begleiten. Das kann in einzelnen Situationen auch bedeuten, dem Klienten gerade *nicht* mitzuteilen, was von seinem emotionalen Erleben gerade wahrgenommen wird, da dies eine Überforderung oder eine massive Verängstigung zur Folge haben könnte. Empathie im Sinne Rogers ist also nicht die Fähigkeit des Therapeuten, die Sätze seines Klienten beenden zu können, sondern kann sich im besonderen Fall auch darin ausdrücken, zu schweigen und seine emotionale Einfühlung zu nutzen, um z.B. zu verstehen, dass der Klient an einem für ihn so bedrohlichen Punkt seines Selbsterlebens angekommen ist, der aktuell nicht weiter vertieft werden sollte.

3. Zur aktuellen Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes

Carl Rogers ist nicht nur der Begründer der Gesprächspsychotherapie sondern zählt zu den herausragenden Persönlichkeiten, die die Humanistische Psychologie als große psychologische Bewegung ins Leben rief und maßgeblich mitgestaltete. Bereits Anfang der 60er Jahre prophezeite er, dass es sich in naher Zukunft um eine Bewegung handeln würde, die sich in der gesamten Kultur manifestieren wird (Rogers, 1962). Gleichzeitig äußert er aber auch die Sorge, dass, wenn es nicht gelingt, sich in den gesellschaftlich relevanten Feldern fest zu verankern, die Humanistische Psychologie bestenfalls als eine zeitlich befristete Protestbewegung erinnert werden wird (Rogers, 1962).

Bis in die 80er Jahre hinein gab es wenig Anlass diese Sorge zu teilen. Die Gesprächspsychotherapie hatte einen festen Platz in der Therapielandschaft, und die Humanistische Psychologie schien in der Klinischen Psychologie etabliert. Bestätigt wird dieser Eindruck in der Begründung der APA zur Verleihung des „Distinguished Professional Contribution Award“, die Rogers im Jahr 1972 erhalten hatte:

Dieser neue psychotherapeutische Ansatz berührt die Wurzeln der menschlichen Entfaltungsmöglichkeiten und gesamten Individualität. Im Lichte dieser neuen Erkenntnisse werden alle Psychotherapeuten ihr bisheriges Handeln neu zu bewerten haben (APA 1973).

Nun haben sich die Zeiten aber verändert: Die Gesprächspsychotherapie verliert in Deutschland zunehmend an Bedeutung und die Inhalte der Humanistischen Psychologie nehmen in den entsprechenden Lehrbüchern immer weniger bzw. gar keinen Raum ein. Es stellt sich die Frage, wie diese Entwicklung zu deuten ist.

Einige sehen die Ursache in der Vergangenheit und erheben den Vorwurf, dass sich die damaligen Pioniere der Humanistischen Psychologie mit ihren revolutionären Ideen nicht ausreichend

mit dem Mainstream arrangiert haben (Cain, 2003). Auch heute noch, so Cain, sähen sich die Humanistischen Psychologen lieber als Aufwiegler und Störenfriede als dass sie zum Mainstream gerechnet werden wollten.

Andere dagegen warnen vor einer zu schnellen Zuordnung zum Mainstream, da die grundlegenden Werte und das Menschenbild der Humanistischen Psychologie noch weit von einer entsprechenden Verankerung in der Gesellschaft entfernt sind (Elkin, 2008). Ganz im Gegenteil scheint sich der Mainstream hinsichtlich des Störungs- und auch Psychotherapieverständnisses immer weiter von den Vorstellungen der Humanistischen Psychologie zu entfernen. So prägt beispielsweise die zunehmende Medikalisation in der Klinischen Psychologie ein eher technisches Verständnis von Psychotherapie, das sehr viel stärker störungs- und weniger beziehungsorientiert ausgerichtet ist (Auckenthaler, 2001).

Es ist aber keinesfalls so, dass die Inhalte des Personenzentrierten Ansatzes gänzlich zu verschwinden drohen. Der Personenzentrierte Ansatz ist in den Curricula der sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Studiengängen fest verankert (Helle, 2011) und personenzentrierte Weiterbildungen werden regelmäßig beispielsweise für Berater, Supervisoren, Coaches und Seelsorger angeboten. Die Gesprächspsychotherapie zählt zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, in denen nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung alle angehenden Psychologischen Psychotherapeuten Grundkenntnisse erwerben müssen. Auch heute noch werden die von Rogers herausgearbeiteten Wirkfaktoren therapieverfahrensübergreifend als bedeutsam gewürdigt (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Mit Gründung der AGHPT besteht die große Chance, dass sich die Humanistische Psychologie und so auch die Gesprächspsychotherapie als wichtiger Teil der Humanistischen Psychologie in Deutschland wieder (mehr) Gehör verschaffen wird. Dies kann aber nur gelingen, wenn sich die AGHPT nicht nur als Notgemeinschaft versteht, die sich über ihr systematisches Ausgegrenztsein definiert, sondern jenseits dieser berufspolitischen Thematik den Auftrag annimmt, sich mit ihren humanistisch-psychologischen Grundwerten in die gesellschaftlich relevanten Debatten einzubringen (Kollbrunner, 2012).

Literatur

- AGHPT (2012). Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat. URL: <http://www.aghpt.de/index.php/wbpantrag> [Zugriff am: 19.08.2013].
- APA (1973). Carl R. Rogers: Distinguished Professional Contribution Award. *American Psychologist*, 28(1), 71-74.
- Auckenthaler, A. (2001). Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In GwG (Hrsg.), *Vision für ein gesellschaftliches Miteinander* (S. 132-139). Köln: GwG.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Beziehungsgestaltung, Bündnisprobleme, Kontexte*. (S. 1195 – 1211). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Book, H. E. (1988). Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 145; 420-424.
- Cain, D. J. (2003). Advancing Humanistic Psychology and Psychotherapy: Some Challenges and Proposed Solutions. *Journal of Humanistic Psychology*, 43; 10 – 41.
- Eckert, J. (2012) Therapieziele. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, D. Höger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie*. (S. 129 – 138). (2. überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Elkins, D. N. (2008). Why Humanistic Psychology lost its power and influence in American Psychology: Implications for advancing humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 49; 267 - 291.
- Goldstein, K. (1934/1959). The organism. A holistic approach to biology derived from psychological data in man. New York: American Book.
- Groddeck, N. (2002). Carl R. Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Darmstadt: Primusverlag.
- Helle, M. (2011). Gesprächspsychotherapie an Fachhochschulen. In J. Eckert & I. Frohburg (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. – Eine Bestandsaufnahme* (S. 115 – 131). Köln: GwG-Verlag.
- Hill, C. E. (2007). My personal reactions To Rogers (1957): The facilitative but neither necessary nor sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 44(3), 260–264;
- Kierkegaard, S. (1885). Entweder - Oder. Ein Lebensfragment . V. *Ermita (Hrsg.): Entweder-Oder. Ein Lebensfragment*. Aus dem Dänischen von Alexander Michelsen und Otto Gleiß, Leipzig: Fr. Richter, 1885.
- Kollbrunner, J. G. (2012). Neuer Biss. Mundpflege für die Humanistische Psychologie des 21. Jahrhunderts. In J. Straub (Hrsg.), *Der sich selbst verwirklichende Mensch. Über den Humanismus der Humanistischen Psychologie*. (S. 199 – 232). Bielefeld: Transcript.
- Kramer, R. (1995). The Birth of Client-Centered Therapy: Carl Rogers, Otto Rank, and "The Beyond". *Journal of Humanistic Psychology*, 35; 54-110.
- Kriz, J. (2012). Zum WBP-Antrag „Humanistische Psychotherapie“. *Report Psychologie*, 7(8), 292-293
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2007). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 139 – 193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration*. (S. 94 – 129). New York: Basic Books.
- Moon, K. A. & Rice, B. (2012). The nondirective attitude in client-centered practice: A few questions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 289-303.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy Process-Outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (S. 307 – 389). New York: John Wiley & Sons.
- Pfeiffer, W. M. (1980). Otto Rank - Wegbereiter der Psychotherapie. In W. Schulz und M. Hautzinger (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Kongressbericht Berlin: DGVT und GwG.
- Pfeiffer, W. M. (1990). Otto Rank und die klientenzentrierte Psychotherapie. In Behr, u.a. (Hrsg.): *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Bd. II (S. 8-21). Salzburg: O Müller.
- Rogers, C. R. (1942). Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1958). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: a study of science (Vol.3)* (S. 184 – 255). New York: Mc Graw Hill.

- Rogers, C. R. (1958). The Characteristics of the helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 73, 6-16. Abgedruckt in: Rogers. (1998). Die Eigenschaften einer hilfreichen Beziehung. In C.R. Rogers. *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 12. Auf. (S. 53-72). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1962). Toward becoming a fully functioning person. In A.W. Combs (Hg.), *Perceiving, Behaving, Becoming. Yearbook*. (S. 21-33). Washington D.C.: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. (1972). My philosophy and how it grew. Vortrag: AHP Annual Meeting: Hawaii.
- Samstag, L. W. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change: Reactions to Rogers' 1957 article. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 295-299.
- Schmid, P. F. (2008). Die stille Revolution. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 124-130.



Mark Helle, geboren 1964, Diplom-Psychologe, Prof. Dr. phil., Studium in Eichstätt, Freiburg und den USA, nach Anstellungen an der Freien Universität Berlin und der Charité seit 2002 Hochschullehrer für Klinische Psychologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Approbierter Psychotherapeut (Gesprächspsychotherapie) und Delegierter in der Berliner Psychotherapeutenkammer. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. und 1. Vorsitzender des Verbands Psychotherapie an Hochschulen. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapie- und Versorgungsforschung.