

Prof. Dr. Mark Helle
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Vortrag zum Thema:

Der therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie: Entwicklung und Stand.

Großes Forum der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
(DPGPT)
Hamburg, 26.04.2008

Sehr geehrte Damen und Herren, Liebe Kolleginnen und Kollegen,
zunächst möchte ich mich herzlich für die Einladung bedanken. Ich freue mich durch diese
Einladung die Gelegenheit zu haben, mal wieder nach Hamburg, meinem Geburtsort,
kommen zu können.

Das Thema über das ich heute sprechen werde lautet:

„Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie: Entwicklung und Stand“

Wo, wenn nicht unter Gesprächspsychotherapeuten, ist es erlaubt, als Ausgangspunkt den
eigenen persönlichen Bezug zu dem herzustellen, worüber ich im Folgenden referieren
möchte.

Vor 16 Jahren, also 1992, durfte ich mich in Freiburg im Breisgau im Rahmen der Ausbildung
in „Klientenzentrierter Gesprächsführung“ zum ersten Mal intensiv mit den Besonderheiten
des klientenzentrierten Beziehungsangebotes auseinandersetzen. Meine typischen Fragen, die
ich damals in die Supervision einbrachte, waren: „War ich zu direktiv?“ „Bin ich zu wenig
auf die Gefühle meines Gegenübers eingegangen?“ „War diese Äußerung wirklich
empathisch?“ Immer wenn ich im Rahmen von Rollenspielen die Klientenrolle einnahm,
konnte ich mich überzeugen, wie wohltuend dieses Beziehungsangebot war und wie sehr ich
mich in einen Prozess der Selbstexploration begeben konnte, ohne dass mein Gegenüber, also
mein Berater, allzu viel dafür tun musste. Er sollte einfach für mich da sein und mich
verstehen wollen.

Das war faszinierend!

Ganz anders erging es mir aber, wenn ich die Rolle des Therapeuten einnahm. All das, was
ich spontan hätte sagen, fragen oder auch erklären wollen, musste ich mir mit einem Mal
verbieten, denn ich sollte und wollte ja klientenzentriert arbeiten. Ich drängte mich also in
eine Passivität und Non-Direktivität und kämpfte darum, die emotionalen Erlebnisinhalte
meines Gegenübers adäquat wiederzugeben. Ich merkte wie ich als Person in dieser Rolle
zunehmend verschwand, wie ich immer mehr meiner Spontaneität beraubt wurde.

Meine Beraterische Hochbegabung, von der ich so überzeugt war, die ich bereits seit der
dritten Klasse in meinem familiären Umfeld unter Beweis stellen konnte und ab der
Gymnasialzeit praktisch in meiner gesamten sozialen Umgebung erfolgreich eingesetzt hatte,
kam mit einem Mal zum völligen Erliegen.

Die schwierige Aufgabe bestand für mich darin, mich mit meiner ganzen Person in die Rolle
des Beraters zu begeben und gleichzeitig in der Lage zu sein, das Erleben, die Wünsche und
Bedürfnisse meines Klienten ganz unmittelbar wahrzunehmen. Es war meistens ein entweder
oder: Entweder war ich der Begleiter meines Klienten, dann war ich nicht greifbar, oder ich
brachte mich in die Beratungssituation ein, dann verschwand mein Klient zusehends und
reagierte nur noch auf mich.

Es ist dieses scheinbar unspektakuläre und schlichte Beziehungsangebot, das in einem professionellen Kontext erfolgen soll, das mich damals forderte und oft auch überforderte. Während der Psychoanalytiker die Chance hat, sich durch seine Abstinenz als Person zu schützen, und der Verhaltenstherapeut sich schützt, in dem er die Führung über das, was geschehen soll, inne hat, bin ich im klientenzentrierten Ansatz als Person meinem Klienten zunächst schutzlos ausgeliefert. Um so arbeiten zu können, brauche ich nicht nur ein unglaubliches Vertrauen in meinen Klienten sondern ein mindestens ebenso großes Vertrauen in meine eigene Person.

Und hier bin ich schon mitten in der Komplexität der Thematik angelangt, nämlich: Die Therapeut-Klient Beziehung in der Gesprächspsychotherapie.

Ein Grund, warum ich damals nicht kapituliert hatte sondern sogar die gesprächspsychotherapeutische Ausbildung angeschlossen hatte, war die wiederholte Feststellung meiner Ausbilderin, dass gute Therapeuten nicht vom Himmel fallen.

Das hat damals mir Mut gemacht.

Was sie mir allerdings nicht gesagt hatte, ist, dass eine solche Ausbildung im Grunde nie abgeschlossen ist.

Im Folgenden habe ich nun vor, anhand der Biographie von Carl Rogers die Entwicklung der Therapeut-Klient-Beziehung nachzuzeichnen. Ich habe diesen Zugang gewählt, weil die Entwicklung seines therapeutischen Verständnisses nichts anders als einen Spiegel seiner persönlichen Entwicklung darstellt.

Die Entwicklung der Therapeut – Klient Beziehung aus einer biographischen Perspektive:

Carl Rogers kam am 8. Januar 1902 in Oak Park, einer Vorstadt von Chicago, Illinois, als viertes von sechs Kindern zur Welt. Sein Vater war ein erfolgreicher Ingenieur, seine Mutter Hausfrau und hingebungsvolle Christin.

Rogers Kindheit und Jugend sind geprägt von großer Einsamkeit. Einerseits grenzte sich seine Familie gegenüber der verwerflichen und unmoralischen Außenwelt ab, um so der Bedrohung für die eigenen engen und rigiden protestantischen Ideale und Werte zu entgehen. Gleichzeitig war es Rogers in den Beziehungen zu seinen Familienmitgliedern unmöglich, Erfahrungen wie Nähe, persönliche Vertrautheit und Intimität zu machen.

Rogers charakterisiert die Haltung seiner Familie gegenüber der Außenwelt folgendermaßen:

“Other persons behave in dubious ways which we don’t approve in our family. Many of them play cards, smoke, go to the movies, dance, drink and engage in other activities, some of them unmentionable.

So the best thing to do is to be tolerant of them, since they may not know better, but to keep away from close communication with them and to live your life within the family” (Rogers, 1972)

Dieses Zitat stammt aus dem Vortrag: „My philosophy and how it grew“, den Rogers auf dem Kongress der Association of Humanistic Psychology 1972 auf Hawaii gehalten hatte. Im Folgenden werde ich mich weiter auf diesen Vortrag beziehen:

Rogers wusste, dass ihn seine Eltern liebten. Er wäre aber nie auf die Idee gekommen, ihnen persönliche Gedanken und Gefühle mitzuteilen, da er davon ausgehen musste, dass diese immer für unzulänglich befunden worden wären.

Zu keinem Zeitpunkt in seiner Kindheit konnte er die Erfahrung einer engen und vertrauensvollen Beziehung machen. Vielmehr waren seine Beziehungen geprägt von Reserviertheit und Distanz. Er erlebte Bewertung, Kontrolle und hohe Ansprüche. Er erlebte Unzulänglichkeitsgefühle, die von den hohen und nicht erreichbaren Idealen ausgelöst

wurden. „Im Angesicht Gottes fühlte sich Rogers als ein Nichts, als ein Sünder, der allein durch viel Arbeit und durch gute Taten vor diesem strengen Gott bestehen konnte.“ So beschreibt es Norbert Groddeck in dem sehr empfehlenswerten Buch: „Carl Rogers Wegbereiter der modernen Psychotherapie“ (Groddeck, 2002, S.10).

Während seiner Adoleszenz wurde Rogers zunehmend bewusst, dass er ein eigenbrötlicher Einzelgänger und kompletter Außenseiter war, der – wäre er jemals einem Psychologen in die Finger geraten - vermutlich als schizoid diagnostiziert worden wäre.

Diese kurze Schilderung seiner Kindheitsjahre, die sich in erster Linie auf seine eigenen Aussagen stützt, lässt erahnen, dass er in seiner Kindheit und Jugend wohl selten empathische Zuwendung und vermutlich nie bedingungslose Wertschätzung erfahren hat.

So ist es nicht verwunderlich, wenn Rogers feststellt:

„Mein Interesse an Psychotherapie ist mit Sicherheit als Folge meiner frühen Einsamkeit zu verstehen. Dies war eine sozial akzeptierte Möglichkeit, eine enge Beziehung zu anderen Individuen herzustellen und stillte mit Sicherheit meinen Hunger aus meiner Kindheit, den ich zweifelsohne gefühlt habe.“ (Rogers, 1972, My Philosophy and how it grew; Übers. M.H.).

Der Auszug aus dem Elternhaus und der Beginn des agrarwissenschaftlichen Studiums an der University of Wisconsin bedeuteten eine deutliche Veränderung seiner sozialen Situation. Im Rahmen seiner Aktivitäten im YMCA machte er zum ersten Mal die Erfahrung, was es bedeutete Kameraden und sogar Freunde zu haben. Dennoch wurde in diesen Beziehungen nichts geteilt und mitgeteilt, was irgendwie persönlicher Natur hätte sein oder werden können. Eine solche Erfahrung machte er erstmalig mit seiner späteren Frau Helen.

Ein weiterer zentraler Einschnitt in seiner Biographie stellt die halbjährige Reise nach China und Fernost dar, die er über das YMCA als Zwanzigjähriger 1922 antreten konnte.

Rückblickend beschreibt Rogers diese Reise als den idealen Kontext, um aus dem engen religiösen Glauben seiner Eltern auszubrechen und eine eigene spirituelle, intellektuelle und emotionale Unabhängigkeit zu erlangen.

Im Alter von 22 Jahren heiratet er Helen. Nach 2 Jahre Theologiestudium wechselte Rogers 1924 auf das Teacher College der Columbia University um Klinische Psychologie zu studieren.

Diesen ersten Abschnitt seines Lebens halte ich für ganz entscheidend in Bezug auf die Entwicklung seines späteren therapeutischen Ansatzes, insbesondere der Therapeut-Klient Beziehung. Es zeichnet einen Entwicklungsprozess, in dem Rogers sein Selbst nach und nach entdecken und zulassen darf. Aus der inneren Einsamkeit und Außenorientierung gelingt es ihm nach und nach auszubrechen und sich selbst immer mehr als eine eigenständige Person zu erleben.

Seine ersten praktischen Erfahrungen sammelte Rogers im Alter von 25 Jahren, also in den Jahren 1927/28, als Stipendiat am Institute of Child Guidance in New York.

Während sein Studium eindeutig von einem engen naturwissenschaftlichen Paradigma und behavioristischen Denken geprägt war, spielte in seiner praktischen Tätigkeit nun vor allen Dingen das psychoanalytische Verständnis eine herausragende Rolle.

Es fällt auf, dass Rogers, wann immer er auf seine frühe klinisch-psychologische Tätigkeit zurückblickt, eine kritische und distanzierte Haltung einnimmt.

Er beschreibt sich, seine Arbeit und seine damalige Sicht auf die Patienten als einen Gegenpol zu dem, wie er später als klientenzentrierter Therapeut arbeiten sollte.

Hier ein Beispiel:

„Mit dem Ende meiner Ausbildung in New York habe ich gelernt, wie ich mit Menschen auf einer professionellen Ebene umgehen muss.

Ich trage enorm viel Daten über das Individuum zusammen, erfasse seine persönliche Geschichte, messe seine Intelligenz, erhebe spezielle Fähigkeiten und diagnostiziere seine Persönlichkeit. Mit all diesen Informationen kann ich eine sorgfältig ausgearbeitete diagnostische Zuordnung vornehmen, aus der die Ursachen seines gegenwärtigen Verhaltens hervorgehen und auch seine persönlichen und sozialen Ressourcen erkennbar werden. Ferner kann ich Prognosen für seine Zukunft ableiten. All diese Information kann ich dann in eine verständliche Sprache für die Eltern und das Kind, sofern es diese Ausführungen schon verstehen kann, übersetzen. Ich spreche Empfehlungen aus, wie das störende Verhalten zu ändern sei. Und durch die mehrmaligen Kontakte verstärke ich meine Empfehlungen. Hierbei bin ich durch und durch objektiv, professionell, und insoweit persönlich involviert als es nötig ist, einen persönlichen Rapport herzustellen.“ (Rogers, 1972, My Philosophy and how it grew; Übers. M.H.)

Mit dieser Art der Schilderung lassen sich sehr klar seine ersten Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung ableiten: Der Therapeut ist der Experte und weiß besser als sein Klient, was zu tun ist. Als Person ist der Klient in dieser Schilderung nicht vorhanden. An anderer Stelle vergleicht Rogers sein damaliges Arbeit mit der Arbeit in einer Kfz-Werkstatt (vgl. Höger, 2006).

Von 1928 bis 1939 war Carl Rogers in Rochester im Child Study Department der Society for Prevention of Cruelty to Children tätig. Rogers arbeitete hier beinahe 10 Jahre ausschließlich praktisch orientiert an der Schnittstelle Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit einer höchst schwierigen Klientel.

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. Jährlich wurden 600 – 700 Kinder vorgestellt, die bettnässten, stotterten, stahlen, in Lügenwelten lebten, aggressiv waren oder auch Opfer sexueller Übergriffe waren.

In dieser Einrichtung gab es keinen Raum für langwierige psychotherapeutische Prozesse. Es handelte sich vielmehr um eine experimentelle und offene Arbeitssituation, in der die praktische Problembewältigung so sehr im Vordergrund stand, dass die Grenzen der Fachdisziplinen keine Rolle zu spielen schienen (vgl. Groddeck, 2002).

Unter dem Klinikpersonal in Rochester gab es 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 1926 lehrte.

Ich halte diese Verknüpfung für enorm wichtig für Rogers' weitere therapeutische Entwicklung, da Rank in Hinblick auf sein praktisches Therapieverständnis – nicht unbedingt in Hinblick auf seine Theorie – eine große Nähe zu Rogers aufweist. Zwar bezieht sich Rogers in seinem Werk an keiner Stelle auf eine konkrete Veröffentlichung von Rank, jedoch ist davon auszugehen, dass er sich durch die von Rank ausgebildeten Sozialarbeiter intensiv – wenn auch eher auf intuitiver bzw. rein anwendungsbezogener Ebene – auseinandergesetzt hat.

Pfeiffer hat sich in mehren Beiträgen intensiv mit den Gemeinsamkeiten von Rank und Rogers auseinander gesetzt und stellt sogar die Hypothese auf, dass es aus europäischer Sicht in manchen Fällen sogar einfacher sein könnte, über Rank ein Verständnis für Rogers Menschenbild und therapeutischen Ansatz zu entwickeln (vgl. Pfeiffer, 1980; 1990).

Zentrale Gemeinsamkeiten zwischen Rogers und Rank sind die folgenden fünf Punkte:

- Betonung der Realbeziehung
- Orientierung an der Individualität der Person
- Hinwendung auf das aktuelle Erleben
- Bevorzugtes Eingehen auf die Gefühle und ihre Verbalisierung

- Betonung der Gegenwart

Der Ursprung der Gesprächspsychotherapie selbst, so zumindest in der Darstellung von Rogers, ist eine anscheinend zufällige Begebenheit, bei der zuvor der klassische Behandlungsansatz und das alte Störungsverständnis völlig versagt hatten. Es entsteht eine neue unvorhersehbare Situation zwischen Therapeut und Klient, in der der Therapeut seinen Anspruch auf Expertentum abgibt und sich offen und authentisch auf seine Klientin einlässt. Diese „Improvisation“ führt zu einem Ergebnis, welches er mit seiner „Expertise“ zuvor nicht erreichen konnte:

„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 und 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 schicken Anamnese gemeinsam, die ich erst 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 reale 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.)

1940 erhielt Rogers einen Ruf als Professor an die Ohio State University.

Während seiner ersten Seminare kam er nach und nach immer mehr an den Punkt, dass er möglicherweise aus seinen klinischen Erfahrungen heraus, eine eigenständige therapeutische Position entwickelt haben könnte.

Auch hier wird deutlich, dass Rogers die Entwicklung seines therapeutischen Ansatzes als einen bottom process versteht, der sich für ihn beinahe selbstverständlich aus der praktischen Erfahrung ergibt und bei dem andere ihn erst darauf aufmerksam machen müssen, dass es sich hier um einen neuen therapeutischen Ansatz handelt.

In der Zeitschrift Journal of Consulting Psychology veröffentlichte Rogers im Jahr 1940 einen Beitrag mit dem Titel „The Process of Psychotherapy“

Er untergliederte den Therapieprozess in die folgenden 6 Schritte:

„1. Therapie solle einen guten menschlichen Kontakt zwischen dem Therapeuten und dem Klienten herstellen können, in dem der Klient sich sicher und akzeptiert fühlen kann. Der Therapeut müsse eine Balance finden zwischen Identifikation und Neutralität und sollte sich nicht scheuen, emotionale Wärme zu zeigen.

2. Der Klient solle sodann seine Gefühle frei ausdrücken und auch ausagieren können.

3. Der Klient solle in einem solchen Gespräch dann in den von ihm erlebten Gefühlen sein spontanes Selbst erkennen und akzeptieren.

4. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Klienten anzuleiten, dass dieser verantwortliche Entscheidungen treffen kann.
5. Der Klient solle dann zusammenfassende Einsichten aus dieser Arbeit gewinnen und formulieren können (nicht der Therapeut!)
6. Am Ende dieser therapeutischen Erfahrung solle schließlich ein Erziehungsprozess oder auch Umerziehungsprozess stehen. D.h. der Therapeut stellt in dieser Phase unterstützende Informationen bereit, damit der Klient seinen Weg alleine weitergehen kann. Lange andauernde Therapien seien nicht nützlich“ (Rogers, 1940. zit. n. Groddeck, 2002, S. 79).

Auf der einen Seite bildet sich hier bereits der Kern, den die Gesprächspsychotherapie ausmacht, in aller Deutlichkeit ab. Gleichzeitig lässt sich eine Aktivität des Therapeuten heraushören, wenn er Klienten anleiten soll oder unterstützende Informationen bereit stellen soll, die Raum für Missverständnisse hinsichtlich des therapeutischen Auftrags hinterlassen könnte.

Zwei Jahre später, also 1942, veröffentlicht Rogers das Buch „Counseling and Psychotherapy“. Unglücklicherweise wurde in der deutschen Ausgabe der Titel mit „Die nicht-direktive Beratung“ gewählt. Unglücklicherweise deshalb, weil so der Begriff Nicht-Direktivität eine herausragende Bedeutung erhält und weil lediglich Beratung als Anwendungsbereich und nicht Psychotherapie Erwähnung findet.

Diese Veröffentlichung aber auch der Wechsel nach Ohio wird in der Regel mit dem Beginn der Gesprächspsychotherapie gleichgesetzt und der sogenannten non-direktiven Phase zugeordnet.

Non-Direktive Phase: 1940 - 1945

Im Vordergrund steht hier die Abgrenzung gegenüber den bisher vorhandenen typischen Formen der Therapeut-Patient Beziehung, wie sie z.B. durch die Psychoanalyse oder auch der Psychiatrie bekannt waren.

Nicht selten wird als Charakteristikum dieser Phase eine technizistische Umsetzung des Klientenzentrierten Ansatzes beschrieben und auch zum Teil kritisiert. Mit den folgenden beiden Zitaten aus „Counseling and Psychotherapy“ möchte ich dieser Ansicht jedoch widersprechen. Es lässt sich hier nicht erkennen, dass Rogers eine „non-direktive Technik“ propagieren würde. Vielmehr belegen die Zitate, dass das grundlegende Verständnis, das die Therapeut-Klient Beziehung in der Gesprächspsychotherapie charakterisiert bereits in dieser Veröffentlichung voll entwickelt war.

„Zusammenfassung

Die therapeutische Beziehung ist 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 Erfahrungen 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).

„Am schwierigsten ist für den Berater vermutlich die Fähigkeit zu erwerben, das ausgedrückte Gefühl anzuerkennen statt lediglich dem gedanklichen Inhalt des Gesagten Aufmerksamkeit zu schenken. In unserer Kultur sind die meisten Erwachsenen geschult, auf vorgebrachte Ideen einzugehen und nicht auf Gefühle. Nur Kinder oder Dichter zeigen tieferes Verständnis für den Umstand, dass emotionelle Einstellungen alles begleiten, was wir ausdrücken. Diese

begleitenden Einstellungen zu erkennen und zu ihrem Ausdruck zu verhelfen ist eine wirkungsvolle Unterstützung zur Beratung“ (Rogers, 1942 / 1992, S. 124).

2. Klientenzentrierte Phase 1950 – 1960

Im Vorwort des Buches Client-Centered Therapy (1951) schreibt Rogers:

„Wovon handelt dieses Buch? Es geht um das Leiden und die Hoffnung, die Angst und die Beruhigung, die im Beratungszimmer jedes Therapeuten zum Ausdruck kommen. Es geht um die Einmaligkeit der Beziehung, die jeder Therapeut seinem Klienten herstellt, und um die gemeinsamen Elemente, die wir in all diesen Beziehungen feststellen. Es geht um die höchstpersönlichen Erfahrungen eines jeden von uns, um den Klienten, der vor mir sitzt und darum kämpft, er selbst zu sein, und der gleichzeitig tödliche Angst davor hat, er selbst zu sein – der versucht, seine Erfahrung zu sehen, wie sie ist, der diese Erfahrung sein will und sich dennoch davor fürchtet. Es geht um mich, wie ich mit diesem Klienten dasitze, ihn ansehe und an seinem Kampf so intensiv wie möglich teilnehme, wie ich versuche, seine Erfahrung und die Bedeutung, die sie für ihn hat, wahrzunehmen, wie ich verzage angesichts der menschlichen Unzulänglichkeit mit der mein Verstehen dieses Klienten behaftet ist, wie ich glücklich bin, wenn ich Hebamme sein darf bei der Geburt seiner neuen Persönlichkeit und voll Erfurcht zusehe, wenn ein neues Selbst sichtbar wird, bei dessen Geburt ich eine wichtige und förderliche Rolle spielte. Es geht um den Klienten und um mich, wie wir staunend die mächtigen Kräfte wahrnehmen, die in dieser Erfahrung sichtbar werden, Kräfte, die tief im Universum verwurzelt zu sein scheinen“ (Rogers, 1951/1972, S. 16).

Dieses Vorwort erscheint zunächst sehr pathetisch und erinnert beinahe an eine Art gesprächspsychotherapeutisches Glaubensbekenntnis. Gegenüber „Psychotherapy and Counseling“ wird eine Schwerpunktverlagerung erkennbar. Psychotherapie ist nicht mehr eine bestimmte Haltung, die der Therapeut einnimmt, um den Klienten z.B. in der Wahrnehmung seiner Gefühle zu unterstützen. Psychotherapie wird hier zu einer existentiellen Begegnung zwischen zwei Menschen. Die Kraft und Dynamik, die von einer solchen Begegnung ausgeht, soll mit diesem Vorwort zum Ausdruck gebracht werden. Die weiteren Ausführungen, die dann folgen sind allerdings weitaus nüchterner.

Zunächst kritisiert Rogers, dass er bisher zu sehr die technische Seite der Therapeut-Klient Beziehung betont habe. Anhand von Studien weist er nach, dass die therapeutische Technik nur dann Wirkung zeige, wenn sie Ausdruck einer entsprechenden Einstellung gewesen war. Somit gerät die Einstellung des Therapeuten in den Mittelpunkt des Interesses.

Ein weiterer wichtiger Punkt in diesem Buch ist, dass Rogers sich eindeutig kritisch zum Wert der Diagnostik für den therapeutischen Prozess äußert.

1958 veröffentlicht Rogers einen Beitrag, in dem er sich ausschließlich mit den Besonderheiten einer hilfreichen Beziehung auseinandersetzt. Im Vordergrund stehen hier die Kongruenz, Authentizität und Selbstempathie des Therapeuten, die im Wesentlichen die Qualität der therapeutischen Beziehung prägen.

„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 den 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.

(...)

Und deshalb hoffe ich, dass die Fragen, die ich mir stelle, auch Ihnen etwas helfen mögen, Ihre Bemühungen auf Ihre Weise recht zu sehen, dass sich ihre Beziehungen richtig entfalten mögen.“ (Rogers, 1958 / 1998), S. 64 ff)

In diesem Beitrag wird ein unglaublicher Anspruch an den Therapeuten erkennbar, der im Grunde die Realisierung des Beziehungsideals in der Therapeut-Klient-Beziehung bedeutet: Einer Beziehung from Person to Person.

Rogers verlässt mit einer solchen Beziehungsvorstellung den engen therapeutischen Kontext und begibt sich in eine begegnungsphilosophische Position.

Bereits ein Jahr zuvor, also 1957, veröffentlichte Rogers die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für therapeutische Veränderung der Persönlichkeit, die im folgenden wiedergegeben werden.

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.
2. Die erste, die wir Klient nennen wollen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzbar und ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen wollen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet eine unbedingte positive Zuwendung dem Klienten gegenüber.
5. Der Therapeut versteht empathisch den Inneren Bezugsrahmen seines Klienten.
6. Der Patient nimmt zumindest die bedingungsfreie positive Beachtung und das empathische Verstehen des Therapeuten ihm gegenüber wahr.

Anfang der 60er Jahre verlässt Rogers nach und nach den ausschließlichen therapeutischen Fokus. Die von ihm entwickelte Grundhaltung in der Gesprächspsychotherapie, dieses besondere Beziehungsangebot, soll nicht auf Psychotherapie begrenzt sein sondern hat das Potential, zwischenmenschliche Interaktion auf Mikro- und auf Makroebene grundlegend zu verändern.

Nach Beendigung des höchst problematischen Wisconsin Projekts und dem Wechsel nach Kalifornien, konzentrierte er sich zunehmend auf die Arbeit mit Encounter-Gruppen. Die dann folgenden Jahre waren von dem Bemühen geprägt, gesellschaftspolitische Themen mit dem Personzentrierten Ansatz zu verknüpfen. So äußerte er sich 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 an.

Als die Gesprächspsychotherapie Ende der 60er Jahre in Deutschland Einzug hielt, wurde vielfach die Therapeut-Klient-Beziehung auf die sogenannten drei Rogers-Variablen

Empathie, Wertschätzung und Kongruenz reduziert. Dieses eingeeengte Verständnis wurde dann auch noch verstärkt, in dem diese drei „Variablen“ anhand entsprechender Skalen operationalisiert wurden und nicht selten in recht unreflektierter Art und Weise für Ausbildungszwecke eingesetzt wurden. Zum Teil geistert dieses verkürzte Verständnis - gerade bei den Kritikern dieses Ansatzes - auch heute noch herum.

Schon bald nach Einführung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland wurden enorme Anstrengungen unternommen, in das System der kassenärztlichen Versorgung aufgenommen zu werden. Dieser unendliche Kampf hält bis heute an und bindet ein großes Ausmaß an Energien. Diesen Kampf nehme ich als ein enormes Dilemma war. Einerseits bedeutet die sozialrechtliche Zulassung ein Überleben der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, gleichzeitig birgt dieser Prozess um Anerkennung aber auch die Gefahr, sich um das zu bringen, was die Gesprächspsychotherapie im Grunde ausmacht.

Die Realisierung der Therapeut-Klient Beziehung, wie sie Rogers entwickelt hat, ist ein hochgradig ideosynkratischer Prozess, der nicht nur in großem Ausmaß von der jeweiligen Konstellation (Therapeut – Klient) geprägt ist, sondern auch von der Integrität des Selbst des Therapeuten.

In einer Psychotherapielandschaft, in der es zunehmend darum geht, störungsbezogen empirisch validierte Interventionen einzusetzen, rückt der Fokus auf diese besondere Beziehung zusehends in den Hintergrund.

Hierzu nur einige Stichworte:

- Psychotherapie wird auf Krankenbehandlung verkürzt, damit ist das Behandlungsziel klar vorgegeben.
- Psychotherapie als Verfahren müssen sich als wirksam bei einzelnen Störungen im Sinne von ICD-10 Kategorien erweisen: Auf dieser Betrachtungsebene wird der Raum der individuellen Beziehung, die sich zwischen Therapeut und Klient entfaltet, eine Randerscheinung.
- In dem vorgegebenen Forschungsparadigma (RCT-Studien), ist es nicht möglich eine für die Gesprächspsychotherapie gegenstandsangemessene Forschung zu betreiben.

Hinsichtlich der Frage des Verständnisses der Therapeut-Klient Beziehung lassen sich mit Wolfgang Keil gegenwärtig drei unterschiedliche Positionen wiedergeben, die jedoch meines Erachtens unterschiedliche Pointierungen darstellen, sich also in weiten Teilen überlappen:

1. Einzige Aufgabe des Therapeuten ist die Realisierung des besonderen Beziehungsangebots. Alle Absichten, Behandlungsziele und Interventionsstrategien darüber hinaus verletzen die Grundannahmen und das Wesen der Gesprächspsychotherapie. (Bozarth, Brodly)
2. Die Therapeutischen Grundhaltungen sind keine humane Qualitäten einer allgemeinen Menschenfreundlichkeit, sondern als professionelle Arbeitshaltungen des Therapeuten konzipiert. Sie sind entsprechend ihrer Funktion, die Selbstveränderung des Klienten zu ermöglichen, zu verstehen und auszuleben. (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz)
3. Ziel des therapeutischen Prozesses jedoch bleibt die volle – also wechselseitige und symmetrische – personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüberreten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtigen und vergegenwärtigen. (Schmid) (vgl. Keil, W. 2001).

Viele der Weiterentwicklungen, ich denke hier an Greenberg mit der Emotionsfokussierte Therapie, an Gendlin mit Focusing aber auch an Sachse, Speierer und auch Tscheulin, um nur einige zu nennen, stellen in irgendeiner Form Ergänzungen dar, die zur Folge haben, dass die

absolute und herausragende Bedeutung der Therapeut - Klient-Beziehung ein wenig den Hintergrund rückt, auch wenn sich alle Autoren selbstverständlich auf dieses Beziehungsangebot nach Rogers berufen.

Carl Rogers selbst hat einen Entwicklungsprozess vollzogen, der ihn in seinem therapeutischen Selbstverständnis immer weiter von dem klassischen Setting der Interaktion zwischen einem Therapeut und einem Patient hin zu einer Begegnung zwischen zwei Menschen geführt hat. Parallel hat sich Rogers aber auch in seinen Aktivitäten und Interessen immer weiter von dem rein klinischen Setting und der psychotherapeutischen Arbeit, wie es in den ersten 10 Jahren seiner Berufstätigkeit der Fall war, entfernt.

Mein Eindruck ist, dass die Gesprächspsychotherapie zwischen genau diesen beiden extremen Polen, nämlich: Therapeut – „kranker“ Patient vs. zwei Menschen im Kontakt, nach wie vor eine Lösung sucht, in der das besondere Beziehungsverständnis, wie es Rogers geprägt hat, und eine Sicht auf die Gesprächspsychotherapie im Sinne eines professionellen Behandlungsangebotes für Patienten mit psychischen Störungen gleichermaßen erkennbar ist.

Cohn & Farau (1984). Gelebte Geschichte, S. 289:

Roth Cohn Begründerin der Themenzentrierten Interaktion, stellte sich 1965 auf dem Jahreskongress der APA als Demonstrationsklientin zur Verfügung:

„Carl Rogers beeindruckte mich tief. Er arbeitet ohne Regression, ohne Interpretation, ohne Spiele ohne Übungen, ohne Gestalttechniken. Er arbeitete mit der Fähigkeit, sich voll auf den anderen zu konzentrieren und sich zugleich in sich selbst zu versenken, um aus der Tiefe heraus den Anderen zu verstehen. Ich habe keinen begabteren Therapeuten kennen gelernt.“

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

- Groddeck, N. (2002). *Carl R. Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primusverlag.
- Höger, D. (2006) Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E. Ratjen & D. Höger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis*. (S. 11 – 35). Berlin: Springer.
- 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.
- 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..
- Rank, O. (1931) *Technik der Psychoanalyse. Bd.III Die Analyse des Analytikers und seiner Rolle in der Gesamtsituation*. Wien: Deuticke
- Rogers, C.R: (1940). The Process of Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*; 4, 161 – 164.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston. Houghton Mifflin. Deutsche Ausgabe (1972): *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1972). *My philosophy and how it grew*. Vortrag gehalten auf dem Kongress der Association of Humanistic Psychology, Hawaii.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy. Client-Centered Therapy*. Boston. Houghton Mifflin. Deutsche Ausgabe (1992): *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt a.M. Fischer Taschenbuch.
- 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. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21; 2, 95 – 103.
- Keil, W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In: In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid, & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 119 - 146). Wien: Facultas.
- Farau, A. & Cohn, R. (1984). *Gelebte Geschichte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe