

Bedingungsfreie Positive Beachtung in der Gesprächspsychotherapie¹

Jana Lammers und Eva-Maria Biermann-Ratjen

Unser Thema ist die Bedingungsfreie Positive Beachtung in der Gesprächspsychotherapie.

Rogers hat als eine der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den erfolgreichen Therapieprozess „That the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“ benannt.

Wir haben uns schon in der Vorankündigung des heutigen Forums dafür entschieden, „unconditional positive regard“ als Bedingungsfreie Positive Beachtung zu übersetzen, und wir werden dabei bleiben.

Ich beginne - in enger Anlehnung an Diether Högers Text im Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie von Eckert, Biermann-Ratjen, Höger (2006) - mit einer Erläuterung des englischen Begriffs „unconditional positive regard“. In Langenscheidts Wörterbuch Englisch-Deutsch findet man als Übersetzung des Verbs to regard: „betrachten, ansehen“.

Als Substantiv heißt es: Achtung, (Be-)Achtung und kann durch ein Adjektiv (z.B. „to hold someone in high or low regard“, was dann hieße jemanden hochachten oder jemanden gering achten) näher beschrieben werden. Ohne eine weitere Charakterisierung, also ohne Wertung bedeutet regard: **(Be-)Achtung, aufmerksame Beachtung.**

Für das englische Adjektiv „positive“ finden sich die Bedeutungen „ausdrücklich“, „definitiv“, „fest“, „sicher“, „eindeutig“, „greifbar, konkret“, „konstruktiv“, aber eine bewertende Bedeutung wie „gut“ oder „begrüßenswert“ findet sich nicht! „Positive regard“ bedeutet demnach so viel wie **„ausdrückliche aufmerksame Beachtung“.**

„Unconditional“ heißt „bedingungslos“. „Diese Übersetzung könnte aber“, Zitat Höger, S.121, 2006, „wegen Assoziationen wie „bedingungsloser Gehorsam“ im

¹ Unpubliziertes Manuskript eines Vortrags auf dem Forum Gesprächspsychotherapie der DPGG und des IfP am 28.04.2012 in der Universität Hamburg. Zitierungen sind nur mit Bezug auf die Internetadresse der DPGG erlaubt.

Sinne von Kritiklosigkeit und Aufgeben des eigenen Standpunkts verstanden werden. Worum es aber geht, ist, dass der Therapeut seine aufmerksame Zuwendung von keinerlei Bedingungen abhängig macht, dass er erlebt, dass er sich **allen** Facetten des Patienten mit der gleichen hohen Aufmerksamkeit zuwenden kann. Um diesen Aspekt zum Ausdruck zu bringen, bevorzugen wir (die Autoren des Lehrbuchs) den Ausdruck „**bedingungsfrei**“ und übersetzen daher „unconditional positive regard“ mit „**Bedingungsfreie Positive Beachtung**“ - und zur Kennzeichnung, dass es sich um einen eigenen Begriff handelt, schreiben (sie) wir alle drei Wörter groß.“

Soviel zur deutschen Bedeutung von unconditional positive regard.

Bei der Darstellung dessen, was genau Rogers darunter verstanden hat, „that the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“, werde ich mich an einem Artikel von Jerold D. Bozarth, 2009, in dem Buch *The Social Neuroscience of Empathy*, herausgegeben von Jean Decety und William Ickes orientieren, in dem er auch die Entwicklung des Konzepts der Bedingungsfreien Positiven Beachtung im Verlauf von Rogers Leben nachgezeichnet hat.

Bozarth schreibt, Rogers habe die Klientenzentrierte Psychotherapie zunächst als eine Selbstentwicklungstheorie dargestellt, in der dem Selbstkonzept, den Selbsterfahrungen und auch dem Idealen Selbst große Bedeutung zugemessen wurde. Es wurde davon ausgegangen, dass die Selbstentwicklung des Klienten durch die Mitteilung des Therapeuten an diesen, dass er ihn in seinen Erfahrungen bedingungsfrei empathisch beachtet, unterstützt werde. Der Fokus lag auf den Antworten des Therapeuten auf die Äußerungen des Klienten, auf der Frage, ob sie die empathische bedingungsfreie Beachtung zum Ausdruck brachten. Angemessene Äußerungen wurden geübt und auf Skalen bewertet.

1951 hat Rogers den theoretischen Schwerpunkt nachhaltig verschoben. Es hieß nun, dass die Worte – sowohl die des Klienten als auch die des Therapeuten – wenig zu sagen hätten verglichen mit der im Hier und Jetzt bestehenden emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Als Aufgabe des Therapeuten galt nun, „den Inneren Bezugsrahmen des Klienten (zu übernehmen), die Welt so wahrzunehmen, wie der Klient sie wahrnimmt, den Klienten so zu sehen, wie der Klient sich selbst sieht, dabei alle Wahrnehmungen aus einem äußeren Bezugsrahmen heraus zur Seite zu stellen und dem Klienten etwas von diesem

empathischen Verstehen mitzuteilen“ (Rogers, 1951, p. 29, nach Bozarth, 2009 S. 102, übersetzt von E.-M. B.-R.). Die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist nun ganz davon bestimmt, wie der **Klient** seine Erfahrungen emotional bewertet, auch die, dass der Therapeut ihn darin empathisch - und zwar in allen seinen Erfahrungen gleichermaßen empathisch - beachtet.

Dieser Begriffsrahmen bildete die Grundlage der 1955 formulierten sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess und seinen Erfolg – nicht nur des Klientenzentrierten! Therapeut und Klient begegnen sich in einer Atmosphäre, die dadurch geprägt ist, dass beide die bedingungsfreie empathische Beachtung des Klienten durch den kongruenten Therapeuten erfahren. Und Empathie und Bedingungsfreie Positive Beachtung sind Teil der Kongruenz des Therapeuten.

Rogers Begriff der Empathie unterscheidet sich von allen anderen dadurch, dass er unlösbar mit der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbunden ist.

Rogers sieht in dieser mit der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbundenen Empathie – anders als das in anderen Therapieansätzen gesehen wird -

1. Ein zentrales Element der Therapie – nicht eine Vorbedingung für andere Behandlungselemente
2. Etwas, das der Klient erfährt – und nicht so sehr ein Verhalten des Therapeuten
3. Eine Haltung des Therapeuten, die er non-direktiv nennt
4. Einen Prozess zwischen zwei Personen auf der Grundlage dieser Haltung.

Er definiert dann Empathie wie folgt:

„Der Zustand der Empathie oder empathisch sein bedeutet den Inneren Bezugsrahmen des anderen genau wahrzunehmen mit allen emotionalen Komponenten und Bedeutungserfahrungen, die dazu gehören, so als wäre man die andere Person, aber ohne jemals dieses “als ob“ aus den Augen zu verlieren“ (Rogers, 1959, p. 210, nach Bozarth, a.a.O., S. 103, übersetzt von E.-M. B.-R.).

Entscheidend ist nicht nur, dass es dem Therapeuten gelingt, empathisch zu sein, sondern vor allem, dass die Mitteilung des empathischen Verstehens gelingt.

Das gilt genau so für die dazugehörige Bedingungsfreie Positive Beachtung:

Auch bei dieser sind drei Komponenten voneinander zu unterscheiden:

1. Der Therapeut erfährt sich als den Klienten bedingungsfrei positiv beachtend.
2. Der Therapeut teilt diese seine Erfahrung dem Klienten mit.

3. Der Klient nimmt wahr, dass der Therapeut ihn in allen seinen Erfahrungen gleichermaßen aufmerksam beachtet.

Rogers (1959, S. 208, Übersetzung Höger, a.a.O.) definiert die Bedingungsfreie Positive Beachtung wie folgt:

„Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen von mir so wahrgenommen werden, dass keine von ihnen sich von irgend einer anderen dadurch unterscheidet, dass sie der aufmerksamen Beachtung (positive regard) mehr oder weniger wert ist, dann erfahre ich für dieses Individuum Bedingungsfreie Positive Beachtung.“

Es ist bemerkenswert, dass die Skalen (z.B. von Carkhuff) zur Erfassung von z.B.

„The communication of respect in interpersonal processes“, ein Synonym für unconditional positive regard, keine inhaltlichen Beschreibungen des

Therapeutenverhaltens enthalten. Auf der Stufe 1 heißt es, die erste Person kommuniziert mit dem, was sie sagt und wie sie sich verhält, einen klaren Mangel an „respect“ oder „negative regard“ für die zweite Person, und auf der 5., der höchsten: die erste Person „communicates the very deepest respect for the second person`s worth as a person and his potential as a free individual“.

Und um deutlich zu machen, was mit „respect“ gemeint ist, heißt es im Beispiel zur Illustration der Stufe 1: Die erste Person teilt der zweiten mit, dass deren Gefühle und Erfahrungen es **nicht** wert sind bedacht zu werden und dass sie **nicht** fähig ist, sich konstruktiv zu verhalten. Nur die Bewertungen des Therapeuten gelten, und auf Stufe 5: Die erste Person „cares very deeply for the human potentials“ des Klienten.

Der Schlusssatz am Ende dieser Skala, die für Berater auf der Grundlage einer Skala für die Messung von „unconditional positive regard“ entwickelt worden ist, lautet: „In summary, the facilitator is committed to the value of the other person as a human being“.

1975 hat Rogers präzisierend betont (zit. nach Bozarth, a.a.O., p. 104), dass es sich beim empathischen Verstehen und dessen Mitteilung um einen **Prozess** handelt, nicht um einen **Zustand** oder eine Seinsweise des Therapeuten. Und er hat betont, dass dieser beinhaltet, dass der Klient beim Therapeuten Achtung vor und wirkliche Anerkennung der Person, die er, der Klient, ist, spüre, was er früher als die Erfahrung des bedingungsfrei positiv Beachtetwerdens beschrieben habe.

Hier unterscheidet Rogers zwischen dem Prozess, in dem der Therapeut bedingungslos empathisch beachtet, und dem Gefühl, das der Therapeut dabei gegenüber der Person des Klienten empfindet und der Klient wahrnehmen kann.

Rogers (Baldwin, 1987, S. 45, nach Bozarth a.a.O., p.110) hat sich mehrmals zu diesem Prozess wie folgt geäußert:

„Ich stelle fest, dass, wenn ich mich intensiv auf den Klienten konzentriere, meine bloße Gegenwart heilsam zu sein scheint, und ich denke, dass gilt wahrscheinlich für jeden guten Therapeuten“ (übersetzt von E.-M. B.-R.).

Bozarth kommt zu dem Schluss, dass Rogers die Identifizierung der relevanten Komponenten der menschlichen Empathie, wie diese heute von den Neurowissenschaftlern gesehen werden, vorweggenommen habe:

1. Empathie als die Fähigkeit, an der emotionalen Erfahrung des anderen teilzuhaben
2. Empathie als die kognitive Fähigkeit, diese zu reflektieren und zu verstehen und
3. Die zur Empathie gehörende Fähigkeit, zugleich das eigene emotionale Erleben so zu steuern, dass die Unterscheidung zwischen den eigenen Gefühlen und denen des anderen aufrechterhalten werden kann.

Die Neurowissenschaften wiederum haben dazu beigetragen, Rogers Konzepte der Empathie und der Bedingungslos Positiven Beachtung besser zu verstehen und auch zu verstehen, wieso die Erfahrung, bedingungslos empathisch beachtet zu werden, eine heilsame ist. Ich werde darauf zurückkommen.

Das Klientenzentrierte Konzept von Rogers ist nun von verschiedenen Personen und zu verschiedenen Zeitpunkten seiner Entwicklung und auch immer wieder neu in Deutschland rezipiert worden. Dabei sind die es konstituierenden Begriffe nicht nur unterschiedlich verstanden sondern auch unterschiedlich benannt worden.

Reinhard Tausch (1970) hat von „positiver Wertschätzung“ und „emotionaler Wärme“ als Übersetzung von Bedingungslos Positiver Beachtung gesprochen. Offenbar hat er mehr das betont, was der bedingungslos empathisch beachtende Therapeut

erlebt oder zu erleben und zum Ausdruck zu bringen sich bemühen sollte als die Bedingungsfreiheit der empathischen Beachtung selbst.

Wilfried Weber, dessen Buch „Wege zum helfenden Gespräch“ (1974) nun (2012) in die 16. Auflage geht, bringt Tauschs Bevorzugung der Begriffe „Positive Wertschätzung“ und „emotionale Wärme“ – aus der dann später die Akzeptanz hervorgehen wird - in einen Zusammenhang mit Beschreibungen der Bedingungsfreien Positiven Beachtung durch Rogers, wie der folgenden:

„Die positiven Gefühle (des Klienten) werden ebenso als Teil der Persönlichkeit akzeptiert wie die negativen. Dieses Akzeptieren sowohl der reifen wie der unreifen Impulse, der aggressiven wie der sozialen Einstellungen, der Schuldgefühle wie der positiven Äußerungen bietet dem Individuum ... Gelegenheit, sich so zu verstehen wie es ist ... (Rogers, Die nicht-direktive Beratung, München 1972, 46).

Zur positiven Wertschätzung gehören nach Weber Achtung und Ehrfurcht. „Mit diesen Bezeichnungen wird der strapazierte Begriff „Liebe“ umschrieben und zugleich konkretisiert und spezifiziert. Gleich welche Aussage der (Gesprächs-) partner macht, er wird akzeptiert“ (Weber, 1976, 4. Aufl. S. 55).

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz haben in ihrem Buch Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen, 1979, versucht zu verdeutlichen, dass mit der Haltung der Bedingungsfreien Positiven Beachtung – sie nennen sie Unbedingte Wertschätzung - nicht eine Interventionsform gemeint sein kann. Sie haben vorgeschlagen, das Erleben der Bedingungsfreien Positiven Beachtung als etwas anzusehen, an dem der Therapeut erlauben kann, in wie weit er den Klienten vollständig empathisch versteht, ob es ihm gelingt, tatsächlich mit dem Klienten zu fühlen, als ob er der Klient wäre, oder ob er eigene Gefühle oder z.B. Ziele für den Klienten verfolgt.

Finke (1994/2004, 3. Aufl.) hat ein paar Jahre später „unconditional positive regard“ ein **Therapieprinzip** genannt, eine den gesamten Therapieprozess fundierende Grundhaltung, und übersetzt als „bedingungsfreies Akzeptieren“. Es führe „zu einer Festigung der therapeutischen Beziehung, zu einer Förderung des Selbstwerterlebens und zu einer Mobilisierung der Ressourcen“ (2004, S.22) - (Hier scheint das Wirken der Aktualisierungstendenz „Mobilisierung von Ressourcen“ zu heißen).

„Bedingungsfreies Akzeptieren“ bedeute „zunächst die Haltung des Respekts, der Wertschätzung und der Achtung für die Person des Patienten. Darüber hinaus aber bedeute es auch eine Bereitschaft zur engagierten Anteilnahme, einer tiefen Bejahung und einem sich sorgenden Interesse am Schicksal des Patienten. Diese Anteilnahme hat bedingungsfrei zu geschehen, also unabhängig von den jeweiligen Stellungnahmen und Werthaltungen des Patienten“ (S.22). Das liest sich wie eine Verhaltensanweisung und klingt auch im folgenden eher lerntheoretisch, wenn Finke festlegt: „Der Therapeut soll nicht den Patienten in seinen Meinungen und Empfindungen lenken oder gar manipulieren wollen, indem er nur bestimmte Inhalte durch Zuwendung belohnt und so den Patienten in seinem Denken, Fühlen und Werten beeinflusst“ (S. 22).

Es ist schwer, Finkes „Bedingungsfreies Akzeptieren“ und „Bedingungsfreie Positive Beachtung“ in Rogers Sinne miteinander zu vergleichen. Eine „bejahende Grundhaltung“ hat andere Konnotationen als eine „ausdrückliche aufmerksame Beachtung“, auch wenn beide in dem, der sie erlebt, so etwas wie Achtung und liebevolles Interesse (care) für den Beachteten anklingen lassen, wie ja auch Rogers beschrieben hat.

Überhaupt scheint im Verlauf der Ausbreitung der Gesprächspsychotherapie im deutschen Sprachraum immer mehr die Unterscheidung verloren gegangen zu sein

- Dass es um die Beachtung des Erleben des Klienten und um keines anderen Erlebens geht,
- **dass** der Therapeut fühlt, dass ihm die empathische Beachtung „bedingungsfrei“ gelingt
- und **wie** sich das anfühlt.

Finke jedenfalls leitet aus dem “Prinzip des Bedingungsfreien Akzeptierens“

Interventionsformen ab: Der Therapeut soll den Klienten „bestätigen, ermutigen, ihm gegenüber Solidarität bekunden und Sorge“ zeigen. Das ist nicht dasselbe wie wenn der Therapeut „Achtung vor und liebevolles Interesse“ an der Person des Klienten so deutlich spürt, dass es auch für den Klienten wahrnehmbar ist.

Auch schon vor den Veröffentlichungen von Finke z.B. und vor allem im Rahmen von Übungen im angemessenen Therapeutenverhalten oder in der Realisierung der drei therapeutischen **Basisvariablen** haben Gesprächspsychotherapeuten gern von Akzeptanz gesprochen, wenn Bedingungsfreie Positive Beachtung gemeint sein sollte. Das dürfte dazu beigetragen haben, dass der Begriff Akzeptanz sich auch bei

der Interpretation von Ergebnissen der Therapieforschung auf der Suche nach so genannten therapeutischen Wirkfaktoren etabliert hat.

Anna Auckenthaler und Jeannette Bischof haben sich in einem Artikel (2004) mit der Frage: „Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: Eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie?“ auch mit der Frage beschäftigt, was dabei aus der Bedingungslosen Positiven Beachtung geworden ist.

Sie kommen zunächst zu dem Ergebnis, dass von einer Annäherung zwischen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie keine Rede sein kann, dass Empathie und Akzeptanz in den beiden Ansätzen unterschiedliche Bedeutungen haben und dass ihnen unterschiedliche Funktionen zugeschrieben werden.

Die beiden Autorinnen haben in einem ersten Schritt eine Analyse von Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie vorgenommen. Bastine, so stellen sie fest, sei der einzige Autor, der auf die Empathiedefinition von Rogers (1959/1987, S. 37) zurückgreife: Empathisch zu sein ist ein Zustand und bedeutet „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „als ob“ -Position aufzugeben“.

In den anderen Lehrbüchern würden Empathie und Bedingungslose Positive Beachtung *durchgängig*, also auch dann, wenn sie im Rahmen der Abschnitte über die Gesprächspsychotherapie dargestellt werden, anders verstanden als von Rogers definiert. Sie werden als „Basisvariablen“ (Reicherts – in Baumann & Perrez, 1998, S. 431) oder als „Eigenschaften“ des Therapeuten dargestellt: „Der Therapeut muss während der gesamten Therapie drei wichtige Eigenschaften demonstrieren: unbedingte, positive Wertschätzung des Klienten, akkurate Empathie und Echtheit“ (Comer, 2001, S. 54; vgl. auch Davison & Neale, 2002, S. 642).

Anders als bei Rogers wird „Insgesamt (...) in den Lehrbüchern der Eindruck vermittelt, auf Empathie zu setzen, sei für eine Therapie keinesfalls ausreichend“.

Eine Analyse in medizinischen und psychologischen Datenbanken gefundener neuerer Artikel und einschlägiger älterer Literatur zeigte: „Besonders typisch für das verhaltenstherapeutische Verständnis von Empathie scheint ihre enge Anbindung an Bestätigung, Zustimmung und Gewährenlassen“ zu sein. „Das wird auch dadurch unterstrichen, dass Empathie häufig in einem Atemzug mit einer nicht näher definierten Akzeptanz genannt wird. Da demnach Akzeptanz in einem

alltagssprachlichen Sinn gemeint sein dürfte und daher mit „billigen“, „bejahen“, „guthießen“, „freie Hand lassen“ und sogar mit „ja und amen sagen“ assoziiert werden kann (vgl. Duden, Bd. 8, 1972, S. 34), rückt Empathie in die Nähe einer Laissez-faire-Haltung. Das würde verständlich machen, warum vor *zuviel* Empathie und der damit verbundenen Gefahr der Stagnation gewarnt wird (Kanfer et al., 1996, S. 467, zitiert von Auckenthaler und Bischkopf).

Ganz anders als in Rogers Konzepten, in denen ja ebenfalls von einer engen Verbindung von Empathie und Bedingungsfreier Positiver Beachtung ausgegangen wird und sie zusammen als das zentrale therapeutische Agens angesehen werden – wobei es auch zum Gebrauch der Vokabel Akzeptanz kommt -, scheint man unter Verhaltenstherapeuten – so Auckenthaler und Bischkopf - therapeutische Veränderung „eher außerhalb der Phasen zu erwarten, in denen der Therapeut auf Empathie setzt, und manchmal gewinnt man den Eindruck, als ob Empathie in der Verhaltenstherapie ihren Platz überhaupt außerhalb der „eigentlichen“ Therapie haben würde. Sie ist Teil der „Beziehungsarbeit“, aber diese muss offenkundig *neben* der „konkreten Verhaltenstherapie“ geleistet werden (Hoffmann, 2000, S. 366).“

„Durchgängig scheinen die Autoren der von ... (Auckenthaler und Bischkopf) analysierten Literatur der Meinung zu sein, dass Empathie ein- und ausschaltbar ist ... und dass sie vorwiegend Mittel zum Zweck ist. Sie dient dem Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung und sie kann zur Steuerung der Aufnahmebereitschaft und Motivation des Klienten für therapeutische Interventionen eingesetzt werden (vgl. Fiedler et al., 1994, S.245), ist also eine therapiebegleitende Maßnahme, die dem Therapeuten dabei hilft, die Therapie in Gang zu setzen bzw. in Gang zu halten. ... Der Therapeut scheint aber immer wieder vor der Entscheidung zu stehen, ob er sich Empathie „leisten“ kann. Denn anders als in der Gesprächspsychotherapie, wo man davon ausgeht, dass Verändern *durch* Verstehen (im Sinne des gesprächspsychotherapeutischen Empathiekonzepts) möglich wird (vgl. den Untertitel von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979), geht es in der Verhaltenstherapie offenkundig um Verändern *oder* Verstehen (Kanfer et al., 1996, S. 467). Empathie wird hier tatsächlich als strategisches Mittel konzipiert ...“ (Auckenthaler und Bischkopf, S.8).

Die aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse hingegen lassen Rogers Formulierungen und Definitionen der Bedingungen für den psychotherapeutischen

Prozess wie einen Vorgriff auf die Zukunft erscheinen. Michael Lux, der das u.a. in seinem Buch „Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften“ (2007) ausführt, stellt diesem daher das bekannte Zitat von Rogers voran, „die Tatsachen sind freundlich“. Er weist auf die folgenden - für ein Verständnis von Bedingungsfreier Positiver Beachtung und ihres Beitrags zu einem Therapieprozess mit einem positiven Ergebnis relevanten - Untersuchungsergebnisse hin.

1. Aktivitäten, die das Erleben sozialer Verbundenheit erzeugen, sind mit einer vermehrten Ausschüttung des deswegen so genannten Bindungshormons Oxytocin verbunden. Man spricht von einem social-buffering-effect des Oxytocin, weil es eine Angst mindernde Wirkung hat. Es deaktiviert die Amygdala, die die Kampf- und Fluchtreaktion zur Verfügung stellt, und mindert insofern das Erleben von Stress. Oxytocin senkt den Blutdruck und verbessert die Wundheilung. Nach der Verabreichung von Oxytocin zeigen Versuchspersonen mehr Vertrauen in andere Personen. Das wiederum führt zu vermehrter Oxytocinausschüttung bei den Personen, denen vertraut wird. Nach der Einnahme von Oxytocin ist die Fähigkeit verbessert, mimisch zum Ausdruck gebrachte Emotionen von anderen Personen zu erkennen. Die Augenpartie des anderen wird unter der Wirkung von Oxytocin besser exploriert.
2. Der andere große Forschungsbereich, der Ergebnisse liefert, die für unser Verständnis von Psychotherapie relevant sind, befasst sich mit den Spiegelneuronen und verwandten Strukturen in unserem Gehirn. Spiegelneuronen werden die Neuronen genannt, die sowohl bei unseren eigenen zielgerichteten Verhaltensweisen und Emotionen reagieren – diese im Gehirn repräsentieren – als auch dann, wenn wir die gleichen Verhaltensweisen und Gefühle bei anderen wahrnehmen. Sie reagieren im Therapeuten auf das Erleben des Klienten, als ob es der Therapeut selbst erlebte, wie es in Rogers Definition der Empathie heißt. Dass der Therapeut empathisch versteht – und bedingungsfrei positiv beachtet - spiegelt sich wiederum im Klienten.

Die Erfahrung derart empathisch verstanden zu werden ist eine Erfahrung von sozialer Verbundenheit und hat die oben beschriebenen positiven Begleiterscheinungen der Oxytocinausschüttung.

Gesprächspsychotherapeuten haben schon immer auf diese positive Erfahrung von sozialer Verbundenheit in der Psychotherapie hingewiesen. Allerdings haben sie, wie beschrieben, unterschiedliche Schlussfolgerungen daraus gezogen. Sie haben sie auch unterschiedlich erklärt. Zum Beispiel hat Tausch angenommen, dass in einer Gesprächspsychotherapie eine unsystematische Desensibilisierung erfolge, wenn in einer angstfreien Atmosphäre, wie sie durch die bedingungsfreie positive Beachtung entstehe, üblicherweise angstbesetzte Erfahrungen ihren Schrecken verlieren.

Dass nicht nur die Spiegelneuronen des Therapeuten auf die beim Klienten empathisch erfassten Erfahrungen reagieren, sondern auch die des Klienten auf die Resonanz des Therapeuten auf das Erleben des Klienten, stellt Rogers Formulierungen der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess noch einmal in ein neues Licht. Es geht nicht nur darum, dass der Therapeut tatsächlich die Erfahrungen des Klienten, genau so wie der sie macht, bedingungsfrei positiv empathisch beachten kann, sondern auch und vor allem darum, dass der Klient genau das auch erlebt. Und was der Klient erlebt, hängt von dem ab, was sich tatsächlich im Therapeuten abspielt. Eine vorgetäuschte Achtung oder ein vergebliches Bemühen des Therapeuten, den Respekt für den Klienten auch zu empfinden, den er verbal zum Ausdruck bringt, fühlt sich für den Klienten anders an als das Erleben bedingungsfrei positiv beachtet zu werden. Rogers hat das mit dem Konzept der Kongruenz betont.

Auch die Äußerung von Rogers:

„Ich stelle fest, dass, wenn ich mich intensiv auf den Klienten konzentriere, meine bloße Gegenwart heilsam zu sein scheint, und ich denke, dass gilt wahrscheinlich für jeden guten Therapeuten“

sind auf der Grundlage der neurowissenschaftlichen Befunde leichter zu verstehen.

Die soziale Verbundenheit, die entsteht, wenn die eine Person spürt, dass die andere sie wirklich bedingungsfrei empathisch beachtet und das auch fühlt, wird von einer Oxytocinausschüttung bei beiden begleitet, die sich angenehm anfühlt und wiederum das Interesse verstärkt, zu verstehen, was im anderen vor sich geht.

Zugleich feuern die Spiegelneuronen und befördern damit auch die Voraussetzungen für die kognitive bzw. reflexive Wahrnehmung der je eigenen Erfahrungen und der des anderen.

Für alle, die wie ich vor allem aber auch gerne wüssten, was wir tun können, um für uns und unsere Klienten solche Erfahrungen der empathischen Verbundenheit etwas wahrscheinlicher zu machen, referiere ich zum Schluss noch aus einem Beitrag von Watson und Greenberg in dem schon erwähnten Buch, das Decety und Ickes (2009) herausgegeben haben. Sie diskutieren darin die Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung unter dem Gesichtspunkt, was sie für den Praktiker bedeuten, und zwar die folgenden:

1. Die Fähigkeit zur Empathie gehört zur angeborenen Grundausstattung des Menschen. Die Spiegelneuronen versetzen uns tatsächlich in die Lage, die Handlungen anderer zu verstehen. Dieselben so genannten Spiegelneuronen repräsentieren im Gehirn unsere eigenen emotionalen und motivational zielgerichteten Handlungen wie die, die wir bei anderen beobachten, und die Handlungen, die wir uns nur vorstellen. Dabei wird zwischen verschiedenen Handlungen und verschiedenen Handlungszielen unterschieden, d.h. die Spiegelneuronen informieren uns auch über die emotionale und motivationale Bedeutung von Handlungen anderer.
2. Wir besitzen die angeborene Fähigkeit und Neigung, andere nachzuahmen. Das hängt auch mit den Spiegelneuronen zusammen. Menschen erwarten und bewerten es positiv, dass sie imitiert werden. Wenn die Imitation ausfällt, verletzt das die Erwartungen. Imitation ist ein wichtiger Teil der Empathie.
3. Der Kontext, in dem eine Handlung erfolgt, ist entscheidend dafür, wie wir sie verstehen und interpretieren, und die Spiegelneuronen reagieren umso stärker, je mehr vom Kontext bekannt ist. Auf den Anblick einer Hand, die nach einer Teetasse greift, reagieren sie stärker, wenn die Tasse neben einer Teekanne und Keksen steht als wenn sie auf einem unaufgeräumten Tisch mit Krümeln oder allein auf dem Tisch steht.
4. Reaktionen auf den Schmerz eines anderen können selbstbezogen oder auf den anderen bezogen sein. Wenn eine Person sich vorstellt, was sie selbst fühlen würde, wenn es ihre Hand wäre, die sie gerade einer schmerzhaften Behandlung ausgesetzt sieht, fühlt sie etwas anderes, als wenn sie sich vorstellt, dass es sich um die Hand einer anderen Person handelt.
5. Es gibt neurologische Hinweise darauf, dass Menschen sich in ihrer Fähigkeit, empathisch zu sein, voneinander unterscheiden.

Watson und Greenberg greifen nun auf, was Therapeuten tun in ihrem Bemühen, ihre Klienten so gut wie möglich zu verstehen, und dass es unter neurowissenschaftlichen Gesichtspunkten gut ist, dass sie es tun:

1. Sich etwas aktiv vorzustellen und zu visualisieren erhöht die Aktivität der Spiegelneuronen. Therapeuten führen sich die Ereignisse im Leben ihrer Klienten bzw. die Umstände von deren Erfahrungen vor Augen, stellen sich diese so genau wie möglich vor und lassen sich dabei von den Klienten unterstützen.
2. Dabei achten sie auf ihr eigenes Körpererleben und die verschiedenen Empfindungen, die sie haben. Sie spüren dabei auch den eigenen Imitationen des Erlebens des Klienten nach, die sie auch selbst gezielt in sich verstärken können. Wenn ich darauf achte, wie ich einen anderen imitiere, bekomme ich ein besseres Gefühl dafür, was in ihm vor sich geht. Ich kann einen anderen auch offen imitieren und ihn fragen, was sich in diesem seinem Verhalten wohl ausdrückt.
3. Sie versuchen so viel wie möglich von den Details und genauen Umständen des Erlebens der Klienten früher und heute zu erfahren. Auch die früheren Lebensumstände gehören zum Kontext von Erfahrungen und haben Einfluss auf ihre Bedeutung früher und heute. Der Therapeut beachtet auch die Art, in der über sie berichtet wird, ob z.B. wie einstudiert oder weitschweifig. Er kann damit dem Klienten helfen, in engeren Kontakt zu seinen Erfahrungen zu kommen.
4. Sie konzentrieren sich auf das Erleben des Klienten, nicht auf das, was sie selbst in der Situation des Klienten erleben würden. Watson und Greenberg weisen in diesem Zusammenhang auf Rogers Konzept der Bedingungslosen Positiven Beachtung hin, das ja, wie ich ausgeführt habe, beinhaltet: dass der Therapeut fühlen kann, dass er den Klienten bedingungslos positiv beachtet, und nichts anderes fühlt; dass er sich **nicht** damit beschäftigen muss, wie er selbst anstelle des Klienten fühlen würde, und auch nicht damit, wie er die Erfahrungen des Klienten bewertet, z.B. indem er heftiges Mitleid erlebt oder indem er sich dagegen wehren muss, sich weder von der Verachtung anstecken zu lassen, die der Klient für sich selbst erlebt, noch von dessen Hoffnungslosigkeit.

5. Therapeuten üben sich in Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflektion. Sie wissen, dass das Ausmaß des Mitfühlens von der Intensität des Schmerzes des anderen abhängt - wenn er zu stark wird, ist der Schmerz auch für den, der sich einfühlt, schwer zu ertragen. Sie wissen auch, dass die Einfühlung von der affektiven Beziehung zwischen dem, der fühlt, und dem, der sich einfühlt, abhängt und davon, ob der Schmerz, den der andere erleidet, als verdient oder nicht angesehen wird. Sie wissen auch, dass es leichter ist, sich in Menschen einzufühlen, die einem ähnlicher und vertrauter sind. Es macht auch einen Unterschied, ob jemand Schutz, Unterstützung und Zuneigung braucht und ob die Gefühle, z.B. die aggressiven und unzufriedenen, einer anderen Person gelten oder mir, der Therapeutin. Therapeuten können sich auch dieses Wissen zunutze machen, wenn sie in der einen oder anderen Weise spüren und reflektieren, dass sie ihren Klienten im Moment nicht bedingungsfrei positiv beachten können. Sie können versuchen, sich die von der bedingungsfreien positiven Beachtung abweichenden Gefühle, auch die positiven! - bewusst zu machen und den Kontext, in dem sie entstanden sind.

Ich komme zum Schluss. Ich habe versucht darzustellen:

Bedingungsfreie Positive Beachtung gehört nach Rogers zur empathischen Beachtung des Klienten durch den kongruenten Therapeuten, wobei „Der Zustand der Empathie oder empathisch sein bedeutet den Inneren Bezugsrahmen des anderen genau wahrzunehmen mit allen emotionalen Komponenten und Bedeutungserfahrungen, die dazu gehören, so als wäre man die andere Person, aber ohne jemals dieses „als ob“ aus den Augen zu verlieren.“

Und „Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen von mir so wahrgenommen werden, dass keine von ihnen sich von irgend einer anderen dadurch unterscheidet, dass sie der aufmerksamen Beachtung (positive regard) mehr oder weniger wert ist, (dann erfahre) ich für dieses Individuum Bedingungsfreie Positive Beachtung .“

Es führt unvermeidlich zu Fehlinterpretationen von Rogers Konzepten, wenn man sie aus ihrem Zusammenhang reißt und z.B. Bedingungsfreie Positive Beachtung neben Empathie und Kongruenz operational zu definieren versucht.

Vor allem geht dann oft die Unterscheidung zwischen dem Prozess des Bedingungsfreien Positiven Beachtens im Therapeuten und dessen Erkennen durch

den Klienten auf der einen Seite und den Gefühlen, die der Therapeut dabei erlebt bzw. nicht erlebt, verloren.

Unsere Ausstattung mit Spiegelneuronen, der Neigung zur Imitation des Erlebens anderer und der Reaktion der Oxytocinausschüttung bei Erfahrungen sozialer Verbundenheit – bei der auch das Interesse am Erleben des je anderen erhöht ist, sorgt dafür, dass unser Körper zumindest vorbewusst immer unterscheiden kann, ob eine andere Person uns wirklich empathisch bedingungslos positiv beachtet und in diesem Sinne kongruent ist oder uns eine Erfahrung von Bedingungsloser Positiver Beachtung vorzuspielen versucht.

Literatur:

- Auckenthaler, A. & Bischkopf, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5, 388-392.
- Biermann-Ratjen E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979; 2006: 8. Aufl.). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bozarth, J.D. (2009). Rogerian Empathy in an organismic Theory: A Way of Being. In: Decety, J. & Ickes, W. (Ed.), *The Social Science of Empathy* (p. 101-112). A Bradford Book: Cambridge, Mass.
- Comer, R.J. (2001) *Klinische Psychologie* (2. dtsh. Aufl.) Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Fiedler, P., Albrecht, M., Rogge, K.-E. & Schulte, D. (1994). Wenn Verhaltenstherapeuten mit ihren phobischen Patienten über Ängste sprechen: Eine Episodenstudie zur prognostischen Relevanz therapeutische Lenkung und Empathie. *Verhaltenstherapie* 4: 243-253.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie, Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann, N. (2000). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1, Grundlagen – Diagnostik – Verfahren (2. Aufl.), S. 363-371. Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt.
- Reichert, M. (1998)., Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*. (2. Aufl.), S. 416-429, Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. (Deutsch: Rogers, C. R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von*

- Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers*, S. 165-184. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag).
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: a study of a science*, Vol. 3 (pp. 184-256). New York: McGraw Hill. (Deutsch: Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Original erschienen 1942: Counseling and Psychotherapy)
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*. (4. ergänzte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Watson J.C. & Greenberg, S.S. (2009). Empathic Resonance: A Neuroscience Perspective. In: Decety, J. & Ickes, W. (Ed.), *The Social Science of Empathy* (p. 101-112). A Bradford Book: Cambridge, Mass.
- Weber, W. (1976), *Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis*. (4. unver. Aufl.) München/Basel: Ernst Reinhardt.