

Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts

Diether Höger

- 2.1 Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirischer Forschung – 16**
 - 2.1.1 Erste Anfänge – 16
 - 2.1.2 Der eigene Ansatz – 18
 - 2.1.3 Rogers als Bahnbrecher für die Psychotherapieforschung – 21
- 2.2 Besondere Merkmale des Klientenzentrierten Konzepts – 21**
 - 2.2.1 Wachstum in einer therapeutischen Beziehung – 22
 - 2.2.2 Nicht-Direktivität – 22
 - 2.2.3 Gegenstand der Behandlung ist nicht das Symptom, sondern die Person – 24
 - 2.2.4 »Klient« oder »Patient«? – 24
- 2.3 Das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts – 25**
 - 2.3.1 Ist der Mensch »gut«? – 25
 - 2.3.2 Wie lässt sich die skeptische Sicht Freuds erklären? – 26
 - 2.3.3 Die Kontroverse mit Skinner – 27
- 2.4 Funktion und Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft – 29**
- 2.5 Die Einführung des Klientenzentrierten Konzepts in Deutschland – 31**
 - Weiterführende Literatur – 31**

In diesem Kapitel wird kurz die Entstehungsgeschichte der Gesprächspsychotherapie skizziert und das ihr zugrunde liegende Menschenbild erörtert. Letzteres wird dem der Psychoanalyse und dem des verhaltenswissenschaftlichen Ansatzes gegenüber gestellt. Erkenntnistheoretische Aspekte und ein Blick auf das wissenschaftstheoretische Konzept des Paradigmas nach Kuhn (1967, 1977) verdeutlichen die Bedeutung dieser Unterschiede für die gegenwärtige und zukünftige Theorie und Praxis Psychotherapie. Schließlich wird kurz die Einführung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland geschildert.

2.1 Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirischer Forschung

Drei Sachverhalte sind für die Entstehungsgeschichte der Gesprächspsychotherapie bedeutsam: die persönliche Entwicklungsgeschichte ihres Begründers Carl R. Rogers (geb. 1902), die Inhalte seiner akademischen Bildung sowie seine frühzeitige Konfrontation mit der Praxis als Berater und Psychotherapeut.

Rogers war seit seiner Jugend nicht nur an wissenschaftlichen Methoden interessiert, sondern forschte selbst aktiv (Kirschenbaum 1979). So hatte er auf der Farm seines Vaters Versuche über den Einfluss bestimmter Futter- und Düngemittel auf die landwirtschaftliche Produktion geplant und durchgeführt. Der Vergleich von Kontroll- mit Experimentalgruppen, das konstant Halten von Bedingungen, die Prinzipien der Zufallsauswahl usw. waren ihm von Jugend an geläufig. Dabei wurde er – quasi nebenher – mit dem Verhalten und den Eigenheiten lebendiger Organismen unmittelbar vertraut.

2.1.1 Erste Anfänge

Seine akademische Ausbildung als Psychologe erhielt Rogers am Teachers College der Columbia University. Damals lehrte und forschte dort Edward Lee Thorndike, einer der prominentesten

Begründer der klassischen Lernpsychologie. Hier lernte er das experimentell-statistisch orientierte Lehr- und Forschungsprogramm der akademischen Psychologie kennen, das er sich weitgehend zu eigen machte. In der Endphase seines dortigen Studiums bekam er 1926 eine Assistentenstelle in dem Institute for Child Guidance (Institut für Erziehungsberatung), bei der er mit den vielfältigen Problemen von Rat und Hilfe suchenden Menschen unmittelbar in Berührung kam. Vor allem machten ihn seine dortigen Kollegen mit dem psychoanalytischen Gedankengut bekannt, das ihre Arbeitsweise bestimmte und in dem die Persönlichkeitsdynamik und die Emotionen eine besondere Rolle spielten. Rogers glaubte damals, in zwei völlig verschiedenen Welten zu arbeiten, die sich nie begegnen könnten. In späteren Jahren war er dann der Ansicht, die Notwendigkeit, diesen Konflikt in sich zu lösen, sei eine höchst wertvolle Lernerfahrung für ihn gewesen (Rogers 1973a, S. 25).

Im Jahre 1928 wechselte er in die entwicklungspsychologische Abteilung der Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children (Gesellschaft zur Verhinderung von Grausamkeiten an Kindern), wo es seine Aufgabe war, mit unterprivilegierten und häufig straffällig gewordenen Kindern sowie deren mit ihren Problemen überforderten Eltern möglichst effektiv zu arbeiten. Was die Methoden betraf, mit ihnen umzugehen, so gab es für ihn letztlich nur ein Kriterium: »Klappt es? Ist die Methode effektiv?« (Rogers 1973a, S. 26). Weil er in seinem Studium der Psychologie darauf nicht vorbereitet worden war, musste er sich anderweitig nach geeigneten Verfahrensweisen umsehen.

Was er dabei in der einschlägigen Literatur fand, folgte dem Prinzip, die **Art des Problems** der Kinder und Jugendlichen **genau zu verstehen**, ein Verfahren das er beschrieb als »ziemlich ähnlich einer Autowerkstatt – Sie bringen ein Problem dort hin, erhalten die Diagnose eines Experten und erhalten eine Empfehlung, wie die Schwierigkeit korrigiert werden kann« (Kirschenbaum 1979, S. 67; Übersetzung v. Verf.). Die Instrumente für die Diagnose waren die Exploration der Eltern, das Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen, psychologische Tests und das Aktenstudium. In einer Fallkonferenz berieten dann die Mitglieder des Teams (Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegeeltern,

Heimerzieher, Lehrer, Arzt usw.) über die Hintergründe des Problems und über geeignete Maßnahmen zu dessen Lösung. Grundlage für diese Problemanalyse waren auch hier psychoanalytische Vorstellungen, und die Behandlung beruhte u. a. auf der Erwartung, Probleme ließen sich am besten bewältigen, wenn ein Patient zur Einsicht in die Hintergründe seiner Probleme gebracht werde.

Rogers wissenschaftliche Einstellung brachte es mit sich, dass er sich um die Ergebnisse dieser Bemühungen kümmerte mit dem Ergebnis, dass er nachdrücklich mit den Grenzen dieser Vorgehensweise konfrontiert wurde. Über eine besonders eindrucksvolle Fallgeschichte berichtete er:

» Während meiner Ausbildung faszinierten mich William Healys Schriften, die den Schluss nahe legen, jugendliche Kriminalität basiere oft auf sexuellen Konflikten und höre auf, wenn diese Konflikte aufgedeckt würden. Während meines ersten oder zweiten Jahres in Rochester arbeitete ich sehr intensiv mit einem Jugendlichen, der einen unerklärlichen Trieb hatte, Feuer anzuzünden – ein Pyromane. Nach vielen Gesprächen im Erziehungsheim stellte sich mir sein Drang als sexuelles Verlangen im Zusammenhang mit Masturbation dar. Heureka! Der Fall war gelöst. Allerdings, nachdem der Jugendliche auf Bewährung entlassen war, wurde er wieder rückfällig.

Ich erinnere mich noch an den Stoß, den mir das gab. Healy hatte vielleicht nicht Recht. Vielleicht war ich dabei, etwas herauszufinden, was Healy nicht wusste. Irgendwie beeindruckte mich dieser Vorfall, er zeigte mir die Möglichkeit, dass es in den anerkannten Lehrgebäuden Mängel und dass es noch neues Wissen zu entdecken gab.

(Rogers 1973b, S. 26) «

William Healy war seinerzeit in den USA eine anerkannte Autorität für die Behandlung von delinquenten und Problemkindern.

Unzufrieden mit dem theoretischen wie praktischen Rüstzeug, das er in der damaligen einschlägigen Literatur vorfand, sah er sich aufgerufen, nicht mehr anderen Autoritäten zu folgen, sondern eigenständig nach Neuem zu suchen. Seine Erfahrungen bei der Behandlung von Menschen – über einige Episoden berichtet er ausführlicher in Ro-

gers (1973a, S. 26 f.) – brachten ihn zu der Einsicht, »dass der Klient derjenige ist, der weiß, wo der Schuh drückt, welche Richtungen einzuschlagen, welche Probleme entscheidend, welche Erfahrungen tief begraben gewesen sind. Langsam merkte ich, dass, wenn ich es nicht nötig hätte, meine Cleverness und Gelehrsamkeit zu demonstrieren, ich besser daran täte, mich auf den Klienten zu verlassen, was die Richtung des Prozessablaufs anging.« (Rogers 1973a, S. 27 f.)

Damit hatte er die für sein therapeutisches Konzept entscheidende Erkenntnis gewonnen: So merkwürdig es für eine Gesellschaft auch klingen mag, die daran gewöhnt war (und immer noch ist), sich auf die Kenntnisse wissenschaftlich geschulter Experten zu verlassen: Die besten Experten für die Lösung ihrer Probleme des Verhaltens und Erlebens sind die Patienten selber. Gibt man ihnen die nötigen Bedingungen, treten sie aus ihrer ausschließlich passiven Rolle der Empfänger professionellen Expertenwissens heraus und entdecken ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen und entwickeln sie weiter mit dem erstaunlichen Ergebnis, dass nicht nur ihre Symptome verschwinden und sie ihre Probleme bewältigen, sondern dass sich in einem therapeutischen Entwicklungsprozess auch stabilisierende Veränderungen der Persönlichkeit ergeben.

Bestätigt in dieser Sichtweise wurde Rogers durch die Schriften von Rank, insbesondere durch dessen Schüler Jessie Taft und Frederick Allen: sich nicht einzumischen, sondern auf die dem Individuum eigene Tendenz in Richtung auf Wachstum zu vertrauen. In der Therapie gilt die Aufmerksamkeit nicht – wie in der klassischen Psychoanalyse – der Interpretation des Vergangenen, sondern der jeweils gegenwärtigen Einsicht des Patienten in sich selbst, ebenso seiner Selbstakzeptanz in der therapeutischen Beziehung. Während es in der klassischen Psychoanalyse für den Patienten das Ziel war, die eigene psychische Entwicklung zu **verstehen**, indem er seinen Widerstand und seine Übertragung durcharbeitet, war in der Rankschen Schule **die therapeutische Beziehung selbst** das hauptsächliche therapeutische Agens. Ihre Vertreter meinten: Wenn der Patient in der Therapiestunde die Fähigkeit entwickelt, als gesundes Individuum zu leben, würde er dies anschließend auf sein tägliches Leben übertragen (Kirschenbaum 1979).

Das Ziel war nun, die für diese konstruktive Entwicklung förderlichen Voraussetzungen zu finden und nach wissenschaftlichen Kriterien zu überprüfen.

Daraus ergaben sich drei Aufgaben:

1. Zu erkunden, **unter welchen Bedingungen** sich solche eigenständigen Entwicklungsprozesse ereignen. Damit müsste es möglich sein, Richtlinien für effizientes Therapeutenverhalten zu formulieren,
2. **Empirisch zu belegen**, dass sich mit einem solchen Vorgehen bei den behandelten Personen die behaupteten Veränderungen auch tatsächlich ergeben – eine Aufgabe, die für Rogers als empirisch-methodisch ausgebildeten Psychologen selbstverständlich war – sowie
3. Eine **Theorie der Persönlichkeit** zu entwickeln und zu formulieren, die erklärt, warum ein an den Ergebnissen von Punkt 1 und 2 orientiertes Therapeutenverhalten zu konstruktiven Veränderungen bei Menschen führen kann.

2.1.2 Der eigene Ansatz

Die weitere Entwicklung des eigenen therapeutischen Ansatzes von Rogers, des Klientenzentrierten Konzepts, erfolgte im Rahmen seiner wissenschaftlicher Karriere. Im Jahre 1940 wurde er auf eine Professur für Psychologie an der Ohio State University berufen, wo er u. a. für die Leitung von Seminaren über Psychotherapie und Beratung verantwortlich war. Seine therapeutische Kompetenz fand ihre öffentliche Anerkennung, als er 1943 von der Regierung der USA dazu berufen wurde, mit Soldaten der US Air Force zu arbeiten, um sie bei der Verarbeitung ihrer Kriegserlebnisse zu unterstützen, ebenso nach Kriegsende zur Hilfe bei ihrer Wiedereingliederung.

Nachdem Rogers bereits im Sommer 1944 als Gastprofessor an der Chicago University gelehrt hatte, wechselte er 1945 endgültig dort hin. Mit dieser neuen Stelle war der Auftrag verbunden, ein Therapie-Zentrum einzurichten und zu leiten. Im lebhaften Austausch mit seinen Mitarbeitern und den Studierenden wurde das Klientenzentrierte Konzept weiter präzisiert, wobei die Psychothera-

pie gegenüber der Beratung immer mehr im Vordergrund stand.

Nach einigen Jahren (1957–1964) an der Universität Wisconsin, wo er sich mit der Therapie besonders schwer gestörter Menschen befasste, ließ sich Rogers – inzwischen 62 Jahre alt, in La Jolla in der Nachbarschaft von San Diego (California) nieder. Dort galt seine Arbeit der Verbreitung des Klientenzentrierten Konzepts und dessen Anwendung auch außerhalb der Psychotherapie u. a. auf Probleme des menschlichen Zusammenlebens, der Politik und der Pädagogik, womit es zum »Person-zentrierten Konzept« wurde.

Während dieser Jahre waren Rogers und sein therapeutischer Ansatz in der Fachwelt zunehmend anerkannt worden. Sichtbar wurde dies, als ihm zusammen mit Kenneth W. Spence und Wolfgang Köhler die erstmals vergebene höchste Auszeichnung der American Psychological Association (APA) verliehen wurde, der »Distinguished Scientific Contribution Award« (Preis für hervorragende wissenschaftliche Beiträge). In der Begründung heißt es: »Für die Entwicklung einer originellen Methode zur Beschreibung und Analyse des psychotherapeutischen Prozesses, für die Formulierung einer überprüfbaren Theorie der Psychotherapie und ihrer Wirkung auf die Persönlichkeit und das Verhalten, ebenso für die umfassende systematische Forschung, um die Bedeutung der Methode zu demonstrieren und die Implikationen der Theorie zu erkunden und zu überprüfen. Sein Einfallsreichtum, seine Beharrlichkeit und flexible Anpassung der wissenschaftlichen Methodik, womit er an die riesigen Probleme heranging, die das Verstehen und die Veränderung der Person mit sich bringen, haben diesen Bereich der wissenschaftlichen Psychologie voran gebracht« (zitiert nach Kirschenbaum 1979, S. 221; Übersetzung v. Verf.).

Außerdem wurde Rogers 1954 für die Amtsperiode 1956/57 zum Präsidenten der APA gewählt. Er wurde zu mehreren Gastprofessuren eingeladen, u. a. von der University of California in Los Angeles, der Harvard University und der University of California in Berkeley. Auch war er Vorsitzender zahlreicher wissenschaftlicher Vereinigungen. Entsprechend groß war die Wirkung seiner Arbeiten für die Klinische Psychologie und darüber hinaus für die gesamte Psychologie.

Was speziell den Klientenzentrierten Ansatz betrifft, so galt es für Rogers und seine Mitarbeiter, therapeutische Handlungsweisen für die Förderung einer eigenständigen konstruktiven Entwicklung von Klienten zu finden. Anregungen dafür gewannen sie zunächst aus der Durchsicht der gesamten damals verfügbaren einschlägigen Literatur. Entscheidendes Kriterium für den Nutzen dieser Anregungen ebenso wie eigener Ideen war deren erkennbare Wirksamkeit was zu einem innovativen Kreislauf führte: ausgehend von der Beschreibung eines voraussichtlich effizienten therapeutischen Vorgehens folgte dessen Anwendung mit anschließender Überprüfung seiner Wirksamkeit, was ggf. zur Modifikation der therapeutischen Handlungsweise führte mit deren erneuter Beschreibung und Umsetzung, seiner Überprüfung usw. Zunächst lag dabei der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit auf dem konkreten Therapeutenverhalten, zunehmend aber auch auf der theoretischen Formulierung übergeordneter theoretischer Prinzipien, die dem effizienten Therapeutenverhalten zugrunde lagen und deren Wirksamkeit erklären konnten.

Eine wesentliche Rolle für die Forschungsmethodik spielten dabei die damals neu verfügbaren Möglichkeiten der **Aufnahmetechnik**. Therapiegespräche wurden (natürlich nur mit Einverständnis des Patienten) mit dem »Phonographen« aufgenommen und anschließend wieder abgehört. Diese Tonaufzeichnungen waren ein ausgezeichnete Spiegel für die Therapeuten. Sie mussten sich nicht mehr mit ihrer täuschungsanfälligen Selbstwahrnehmung bzw. -erinnerung zufrieden geben, sondern konnten gemeinsam mit anderen direkt hören, wie sie sich als Therapeuten tatsächlich verhalten hatten. Und im Hinblick auf die Forschung ermöglichten die Tonaufzeichnungen zudem, einzelne Passagen wiederholt abzuhören und die Wirkungen der verschiedenen therapeutischen Interventionen auf das nachfolgende Verhalten der Patienten zu beobachten. Rogers hatte dadurch die Gelegenheit, in ständiger Diskussion mit Studierenden und Mitarbeitern aus diesen Beobachtungen Schlussfolgerungen zu ziehen und sie in psychologische Konzepte einzuordnen, diese wiederum auf die folgenden therapeutischen Gespräche anzuwenden, erneut deren Wirkung zu überprüfen usw. Ein ständiger Austausch zwischen Theorie und Praxis.

Ein solcher Kreislauf war für die damalige Zeit absolut ungewöhnlich, ja revolutionär. Im Anfang der Psychoanalyse war es sogar üblich gewesen, auch die Patienten zu strengstem Stillschweigen über das Geschehen in den Therapiestunden zu verpflichten. Zwar war das inzwischen nicht mehr aufrecht zu erhalten, jedoch die Therapeuten aller Richtungen ließen sich (oft auch heute noch) nicht gerne in die Karten sehen. Dieser direkte Zugang zum konkreten Geschehen in der Psychotherapie ermöglichte nicht nur die stetige Verfeinerung des therapeutischen Vorgehens. Er war vor allem geeignet, die Theorie der Psychotherapie vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Einige zentrale Veröffentlichungen Rogers geben Einblick in die Ergebnisse bei der Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts.

Den Anfang machte das Buch *The Clinical Treatment of the Problem Child* (Rogers 1939), in dem er sich mit den damals gängigen therapeutischen Richtungen auseinandersetzte und seine Erfahrungen aus dem Institute for Child Guidance und vor allem in der Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children (s. oben) zusammenfasste.

Die erste geschlossene Darstellung des Klientenzentrierten Ansatzes erschienen 1942 mit dem Originaltitel *Counseling and Psychotherapy*. Der Titel dessen deutscher Übersetzung *Die nicht-direktive Beratung* (Rogers 1972b) ist insofern irreführend, weil darin die »Psychotherapie« des Originaltitels fehlt, während sich Roger darin sowohl mit Beratung als auch Psychotherapie befasste. Neu war, dass es darin um die Behandlung Erwachsener ging, wobei Rogers seine theoretisch-konzeptionellen Aussagen durch konkrete Beispielen – vorwiegend anhand von Tonbandprotokollen – konkretisierte, weshalb seine Lektüre auch heute noch äußerst lohnend ist. Für damalige Verhältnisse ein absolutes Novum war das im letzten Teil komplette, von Rogers selbst kritisch kommentierte Transkript des Tonbandprotokolls einer therapeutischen Behandlung.

Speziell um Psychotherapie ging es bei der nächsten größeren Veröffentlichung *Client-Centered Therapy* (Rogers 1973b, Original 1951). Darin kritisierte Rogers sein eigenes, der therapeutischen Technik gewidmetes Vorgehen der ersten Zeit. An dessen Stelle setzte er jetzt zum einen die **Einstellung des Therapeuten**, zum anderen die **therapeu-**

tische Beziehung und damit übergeordnete Prinzipien, die er wieder mit Beispielen aus der therapeutischen Praxis verdeutlicht. Damit treten, soweit es die **Bedingungen** für therapeutisch wirksame Prozesse betrifft, neben die objektiven, außenstehenden Beobachtern zugänglichen Beobachtungsdaten vor allem auch die subjektiven Perspektiven der an der therapeutischen Beziehung unmittelbar Beteiligten in das Zentrum von Forschung und Praxis. (In der neuesten Psychotherapieforschung sollte sich für **alle** Therapierichtungen immer wieder zeigen: Am besten lässt sich der Erfolg von Psychotherapien anhand solcher Variablen vorhersagen, die das subjektive Erleben der therapeutischen Beziehung durch den Patienten wiedergeben.)

Denn bei den Analysen von Therapiegesprächen hatte sich die Technik des Therapeuten immer dann als therapeutisch wirksam erwiesen, wenn sie der Ausdruck einer angemessenen Einstellung gewesen und vom Klienten als förderlich erlebt worden war. Der Kern einer therapeutischen Einstellung bestand darin, dass der Therapeut die Verantwortung für das Handeln und Erleben des Patienten ausschließlich und konsequent diesem selbst überlässt, während im gleichen Sinne die Verantwortung für sich und sein eigenes Verhalten in der Therapie bei ihm bleibt.

Nachdem Rogers schon 1951 in *Client-Centered Therapy* in Form von 19 Thesen den ersten Entwurf einer Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens vorgestellt hatte, veröffentlichte er 1959 in dem von S. Koch herausgegebenen enzyklopädischen Werk *Psychology: A Study of a Science*, das im Auftrag der American Psychological Association (APA) den damaligen Stand und die Entwicklung der Psychologie in Amerika darstellen sollte, einen Beitrag »A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework« (Eine Theorie der Therapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes; Rogers 1959b).

Bemerkenswert an dieser umfassenden Darstellung ist ihre streng systematische Struktur. Zu Beginn benennt Rogers seine wichtigsten Quellen und legt seine wissenschaftstheoretische Position offen: Forschung sei für ihn »das beharrliche, disziplinierte Bemühen, Sinn und Ordnung in den

Phänomenen der subjektiven Erfahrung zu finden« (Rogers 1959b, S. 188; Übersetzung v. Verf.). Sie könne auf jeder Stufe der Entwicklung einer Theorie einsetzen und beginne mit scharfem Beobachten, sorgfältigem und kreativem Denken, und nicht mit dem Ansammeln von Geräten im Labor. Bedeutsam sei Forschung nur dann, wenn sie eine Weise des Erkundens sei, die sich auch ihrerseits **entwickelt**, denn jede Theorie enthalte jeweils zum Zeitpunkt ihrer Formulierung eine unbekannte Anzahl von **Irrtümern** und **Fehlschlüssen**. Insofern komme den beobachteten Fakten stets mehr Gewicht zu als Theorien. Schließlich unterstreicht Rogers seine Überzeugung von der vorherrschenden Bedeutung des Subjektiven, die für alle seine Theorien maßgeblich sei. Der Mensch lebe hauptsächlich in seiner eigenen persönlichen und subjektiven Welt, und auch anscheinend objektive Gebiete wie Naturwissenschaft, Mathematik usw. seien das Ergebnis von subjektiven Zielen und subjektiven Entscheidungen. Wissenschaftliche Methoden seien zwar der beste Weg, um Selbsttäuschungen zu vermeiden, aber auch mit ihrer Hilfe seien nur Aussagen zu gewinnen, die einer oder mehreren Personen **subjektiv** als objektive Wahrheiten **erscheinen**. Interessanterweise hat damit Rogers genau das vorweg genommen, was Kuhn (1967) acht Jahre später systematisch ausformulierte (► Abschn. 2.4).

Nachdem der wissenschaftstheoretische Ausgangspunkt transparent ist, setzt sich die Systematik seiner Darstellung des Klientenzentrierten Konzepts fort, indem Rogers mit der Definition und Erläuterung der von ihm verwendeten Begriffe (beispielsweise Aktualisierungstendenz, Erfahrung, Bewusstsein usw.) beginnt. Und nachdem somit die Terminologie geklärt ist, benutzt er sie bei der Formulierung einer Reihe von Theorien:

- Der Therapie und der Veränderung der Persönlichkeit
- Der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung
- Der vollkommen funktionsfähigen Person
- Der interpersonellen Beziehungen sowie von
- Der Anwendung des Konzepts auf
 - Das Familienleben
 - Erziehung und Lernen
 - Gruppenführung
 - Gruppenspannung und -konflikt

In dieser Aufzählung zeigt sich, dass Rogers die Gültigkeit des Klientenzentrierten Konzept über die Psychotherapie hinaus auch auf andere Bereiche des Menschlichen Lebens erweiterte, und es damit zum **Personenzentrierten** Konzept wurde. Dies war bereits 1951 in *Client-Centered Therapy* sichtbar geworden: Ganz allgemein können nach dem Klienten-/Personenzentrierten Prinzipien gestaltete zwischenmenschliche Beziehungen konstruktiv und für die Beteiligten zufrieden stellend sein (vgl. hierzu u. a. Rogers 1974).

2.1.3 Rogers als Bahnbrecher für die Psychotherapieforschung

Das schon seit seiner Kindheit bestehende Interesse an empirisch-wissenschaftlicher Forschung sowie seine akademische Ausbildung in den Forschungsmethoden der Psychologie brachten es mit sich, dass Rogers die Effekte seines therapeutischen Vorgehens systematisch überprüfte.

Er selbst schreibt, dass die (empirische) Therapieforschung für ihn eine immer größere Bedeutung gewonnen habe.

➤ Das klientenzentrierte Junktim von Heilen und Forschen:

»Therapie ist die Erfahrung, in der ich mich subjektiv geben kann. Forschung ist eine andere Form, bei der ich zur Seite trete und versuche, diese reiche subjektive Erfahrung mit Objektivität zu betrachten, all die eleganten Methoden der Wissenschaft anzuwenden, um festzustellen, ob ich mich selbst betrogen habe« (Rogers 1973a, S. 30).

Forschungsgegenstand war für ihn nicht nur die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern vor allem auch der therapeutische Prozess, der anhand von Verlaufsdaten verfolgt wurde. Rogers verwendete nicht nur die Mehrzahl der damals etablierten Testverfahren, sondern entwickelte zusammen mit seinen Mitarbeitern eigene Messmethoden, die besondere Aspekte des Klientenzentrierten Konzepts abbildeten. Die Stärke seines Vorgehens bestand in dessen Realitätsnähe, indem die Forschungsmethodik an die Erfahrungen aus den Therapien angepasst wurden, anstatt dass

umgekehrt die geläufigen Forschungsmethoden bestimmten, welche der konkreten Gegebenheiten wie untersucht wurden.

Störungshomogene Patientengruppen?

Ein Beispiel für letzteres ist das heute verbreitete und sogar geforderte Vorgehen, die Wirksamkeit von Therapien nur an störungshomogenen Patientengruppen (z. B. ausschließlich an depressiven Patienten, die keine anderen Symptome aufweisen) zu prüfen. Diese aus der Pharmaforschung übernommene Methodik ignoriert allerdings, dass erwiesenermaßen in der psychotherapeutischen Praxis Patienten mit mehreren Diagnosen (z. B. Depression **und** Bulimie) die Regel sind. Um »reine« Patientengruppen zu erhalten, müssten dann entweder Patienten mit Mischdiagnosen unbehandelt bleiben oder aber die Diagnosen unsauber gestellt werden (z. B. die Bulimie zugunsten der Depression vernachlässigen oder umgekehrt – je nachdem, welche Störung untersucht werden soll).

Das Problem eines solchen »methodisch sauberen«, aber wissenschaftlich nicht vertretbaren Vorgehens ist erstens, dass solche durch die Methodik bestimmten »Ergebnisse« letztlich nicht interpretierbar sind und dass sie zweitens für die therapeutische Praxis, in der Mehrfachdiagnosen weit überwiegen, so gut wie bedeutungslos sind.

Die Alternative wäre, nach Methoden zu suchen, die das Wissen um die überwiegenden Mehrfachdiagnosen berücksichtigen.

Die bedeutendste Veröffentlichung über die Methoden und Ergebnisse der Forschung zum Klientenzentrierten Ansatz war das von Rogers zusammen mit Dymond verfasste Buch *Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach* (Rogers u. Dymond 1954), dem seinerzeit eine bahnbrechende Bedeutung für die weitere Psychotherapieforschung zukam. Es enthält eine Reihe von Studien, bei denen die systematisch zu Beginn, am Ende und während der Therapien erhobenen Daten aus den Tonaufzeichnungen der Therapien sowie den diagnostischen Tests statistisch analysiert wurden, erstmals auch in Designs mit Kontrollgruppen, d. h. die ersten RCT-Studie (Randomised Clinical Trial) in der Psychotherapieforschung überhaupt.

2.2 Besondere Merkmale des Klientenzentrierten Konzepts

Eine Reihe von Merkmalen charakterisieren in Ihrer Gesamtheit das Klientenzentrierte Konzept und damit die Gesprächspsychotherapie.

2.2.1 Wachstum in einer therapeutischen Beziehung

Rogers grundlegende Idee, die sich aus seinem Menschenbild ergibt und seine Auffassung von Psychotherapie bestimmte, war, dass das Individuum eine eigene Tendenz zum Wachstum besitzt, die auch die konstruktiven Veränderungen in der Psychotherapie trägt (► Kap. 3.2). Psychotherapie ist damit ein Entwicklungsprozess, der sich in der therapeutischen Beziehung entfaltet.

Daraus ergibt sich eine Verschiebung der Aufmerksamkeit in der Klientenzentrierten Psychotherapie, im Unterschied zur Psychoanalyse weg von der Interpretation von Vergangenen und stattdessen hin auf die Wahrnehmung des Patienten von sich selbst im jeweils gegebenen Zeitpunkt, desgleichen auf seine Selbstakzeptanz in der therapeutischen Beziehung. Während es in der klassischen Psychoanalyse für den Patienten das Ziel war, die eigene bisherige psychische Entwicklung zu **verstehen**, indem er seinen Widerstand und seine Übertragung durcharbeitet, stand nunmehr **die gegenwärtige therapeutische Beziehung** selbst als das hauptsächliche therapeutische Agens im Fokus des Interesses. Die Vertreter der Rankschen Schule hatten das folgendermaßen formuliert: Wenn der Patient in der Therapiestunde die Fähigkeit entwickelt, als gesundes Individuum zu leben, würde er dies anschließend auf sein tägliches Leben übertragen (Kirschenbaum 1979).

2.2.2 Nicht-Direktivität

Die so beschriebene Auffassung von Psychotherapie bedeutet für den Therapeuten, sich nicht einzumischen, sondern auf die dem Individuum eigene Tendenz in Richtung auf Wachstum zu vertrauen. Deshalb bezeichnete Rogers die von ihm vorgeschlagene Form der Psychotherapie zunächst als »nicht-direktiv«, eine Bezeichnung, die Missverständnisse provozieren sollte und deshalb von Rogers durch »klientenzentriert« ersetzt wurde.

Die Missverständnisse beruhen auf der unreflektierten Verkürzung von »nicht-direktiv« auf passives »Nichts-Tun«. Dass dies nicht gemeint ist wird allein daraus deutlich, dass Rogers die thera-

peutische Beziehung vom Therapeuten her gesehen ausdrücklich nicht nur als gewährend, sondern als strukturiert kennzeichnete (Rogers 1972b, S. 28). Nur ist hier die Art der Strukturierung anders als beim direktiven Vorgehen.

■ Nicht-Direktivität bedeutet Aktivität

Wenn beim Patienten ein selbstgesteuerter konstruktiver Prozess in Gang kommen soll, bedarf es seitens des Therapeuten eines hohen Maßes an Aktivität. Denn er regt den Patienten dazu an und begleitet ihn dabei, sich dem eigenen Erleben, seinen Wahrnehmungen, Gefühlen, Bedürfnissen, Motiven und Zielen zuzuwenden, um sie näher zu erkunden und seine Ressourcen zu aktivieren. Er achtet auf das, was der Patient sagt und in nonverbalen Signalen ausdrückt, und er versucht zu erschließen, was in ihm im jeweiligen Moment vorgeht. Das Ergebnis teilt er ihm mit, sei es um die Selbstwahrnehmung des Patienten anzuregen, sei es, um Ungenauigkeiten und Unzutreffendes korrigieren zu lassen.

Entscheidend dabei ist, dass er dies nicht als Experte tut, der über den Patienten Bescheid weiß und ihm sagen kann, was wirklich mit ihm los ist. Vielmehr bemüht er sich, mit dem Erleben des Patienten Kontakt zu bekommen und zu behalten, und die Entscheidung, ob ihm dies gelungen ist, trifft stets der Patient. Deshalb schwingt auch in den Äußerungen des Therapeuten – sei es in der Art der Formulierung, sei es im Tonfall – stets die Frage mit: **»Habe ich das richtig verstanden? Ist das so?«**

Die Folge beim Patienten lässt sich beobachten: er drückt allmählich mehr Gefühle aus, stellt bei sich positive Impulse fest, entwickelt Einsicht, die er selbst erarbeitet hat. Zur Wahl stehende Möglichkeiten kann er klären, in seinem Alltag zu mehr konstruktiven Handlungen kommen. Dadurch wächst wiederum die Einsicht, die Unabhängigkeit nimmt zu, und die Hilfsbedürftigkeit lässt nach.

■ Es ist nicht einfach, nicht-direktiv zu handeln

Die Konzentration auf das Erleben des Patienten erweist sich als unerwartet schwierig und bedarf intensiven und geduldigen Übens (ist aber erlernbar!). Studierenden oder Ausbildungskandidaten, die noch keine einschlägigen Erfahrungen haben,

äußern gewöhnlich ungläubiges Befremden wenn ihnen mitgeteilt wird, sie könnten nicht zuhören. Einfach »nur« zuhören, das kann doch jeder. Haben sie dann in konkreten Übungen selber versucht, sich wirklich darauf zu konzentrieren, was ihr Gegenüber wirklich sagt, ohne sich dabei von ihren eigenen Meinungen, Wertungen, möglichen Vorschlägen usw. ablenken zu lassen, stellen sie fest, dass Zuhören in der Tat schwierig ist und einer besonderen Aktivität und Übung bedarf.

➤ Nicht-Direktivität:

»Nicht-direktiv« bedeutet, dass der Therapeut, um den Entwicklungsprozess beim Patienten nicht zu stören, seine eigenen Ideen über das, was der Patient im Hinblick auf die Gestaltung seines Lebens tun sollte, zugunsten von dessen Eigeninitiative zurückstellt. Er verzichtet darauf, die Themen festzulegen, über die gesprochen wird, er bewertet nicht das Verhalten und Erleben des Patienten, er hält sich mit Informationen zurück. Er vermeidet Interpretationen, die nicht den vom Patienten ausgedrückten Gefühlen gelten, sondern vom Therapeuten gesehenen Zusammenhängen oder sich auf seine eigene Einschätzung der Situation beziehen. An die Stelle all dessen tritt das Bemühen, sich der inneren Welt des Patienten zuzuwenden.

■ Was »darf« der Gesprächspsychotherapeut, was nicht?

Eine solche Beschreibung des Therapeutenverhaltens stand einer Tendenz entgegen, die auch heute noch bei vielen Therapeuten zu finden ist, nämlich Verantwortung für den Klienten zu übernehmen, in der Regel unwillkürlich und unreflektiert. Vertraute therapeutische (wie auch alltägliche zwischenmenschliche) Vorgehensweisen gelten im Klientenzentrierten Konzept als nicht angebracht. Und wenn bei der Rezeption des Klientenzentrierten Konzepts – was nur zu oft der Fall ist – dessen Begründungszusammenhang aus den Augen gerät, werden lediglich unzweckmäßige Verhaltensweisen als »verboten« aufgefasst. Es heißt dann, in der Gesprächspsychotherapie »darf« man nicht interpretieren, Informationen geben, Vorschläge für das Verhalten des Patienten machen usw.

Ein System von »Verboten« von Verhaltensweisen entspricht jedoch nicht dem Wesen des Klientenzentrierten Konzepts, das vor allem das Bestreben verkörpert, den Spielraum der persönlichen Freiheit des Patienten wie auch des Therapeuten zu erweitern. Das therapeutische Handeln orientiert sich an der Perspektive:

➤ Handlungsleitende Perspektive für Gesprächspsychotherapeuten:

Es geht darum zu erkennen, was im gegebenen Moment geeignet ist, den Patienten im Wahrnehmen und Verstehen seiner selbst und zugleich in seiner Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Alles, was diesem grundsätzlichen Ziel dient, ist angebracht, und alles, was ihm nicht dient oder gar entgegensteht, ist nicht angezeigt (Höger 2000a).

Es geht beispielsweise nicht darum, ob der Therapeut Vorschläge für das Verhalten des Patienten macht oder nicht sondern vielmehr um den momentanen Kontext und seine dahinter stehende Intention. Ist die therapeutische Beziehung etabliert, und der Patient weiß, dass es um seine eigene Verantwortung geht: Warum sollte ein Therapeut einen Vorschlag, der ihm gerade als Idee durch den Kopf geht, nicht äußern, sofern er ihn klar als eine solche deklariert und sich anschließend gemeinsam mit dem Patienten anschaut, welche Gedanken, Gefühle und Intentionen diese Idee bei diesem auslöst? Führt dies zu einer vertieften Selbstwahrnehmung seitens des Patienten, hat es dem therapeutischen Ziel gedient. Verspürt der Therapeut jedoch den Impuls, seinen Vorschlag gegen Einwände des Patienten zu verteidigen, oder tut er das gar, dann hat sein Vorschlag wohl mehr mit ihm selbst und seinen Bedürfnissen zu tun als mit dem Patienten und ist für den therapeutischen Prozess zumindest nicht förderlich, vielleicht sogar hinderlich, also unangebracht.

Wenn bei Gesprächspsychotherapeuten im Vergleich mit Therapeuten anderer Richtungen bestimmte Interventionen häufig und andere seltener oder gar nicht vorkommen, dann stehen dahinter nicht quasi-moralische Verbote, sondern Erfahrungen mit effizienten und ineffizienten Interventionen.

- **Nicht-Direktivität ist in der Gesprächspsychotherapie kein Selbstzweck, sondern ein Mittel: Sie soll bewirken, dass der Patient sich nicht mit den Ideen des Therapeuten befasst und dadurch von dem eigentlich therapeutisch wirksamen Prozess, sich mit seinem persönlichen Erleben eigenständig auseinander zu setzen, abgelenkt wird. Nicht-Direktivität soll den therapeutischen Prozess fördern anstatt ihn zu behindern.**

2.2.3 Gegenstand der Behandlung ist nicht das Symptom, sondern die Person

Diese Art des Vorgehens bringt es mit sich, dass das **unmittelbare (!)** Ziel des therapeutischen Handelns nicht ist, die Probleme des Patienten zu lösen bzw. die Symptome zu beseitigen, die ihn in die Therapie geführt haben. Vielmehr gilt es, ihn dabei zu unterstützen, sich eigenständig zu entwickeln und dadurch eine bessere Integration seiner Person in sich und in seine Umgebung zu erreichen. Damit wird er in die Lage versetzt, seine gegenwärtigen wie auch künftigen Probleme besser zu bewältigen, wobei die Symptome verschwinden oder sich zumindest wesentlich bessern (► Kap. 7).

2.2.4 »Klient« oder »Patient«?

Zu den von Rogers (1972b) präsentierten inhaltlichen Neuerungen gehört, anstatt von Patienten von Klienten zu sprechen. Diese Terminologie ist programmatisch zu verstehen, denn darin wird dem Gegenüber des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung eine neue, spezifische Rolle zugewiesen, für die die aus der ärztlich-psychiatrischen Praxis stammende Bezeichnung »Patient« nicht mehr angemessen ist.

Mit »Patient« verbindet sich die Vorstellung von einer kranken Person, die vom Arzt erwartet, dass dieser weitgehend die Verantwortung für sie übernimmt, **etwas mit ihr macht und sie auf diese Weise heilt**. Diese Sichtweise wird in der deutschen ärztlichen Fachsprache auch heute noch in dem

Fachausdruck »Compliance« deutlich, mit dem die Mitarbeit des Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung bezeichnet wird. Er ist aus dem Englischen übernommen und bedeutet dem Wörterbuch nach so viel wie: Einwilligung, Befolgung, Willfährigkeit. Dahinter steht die Annahme, dass der Arzt/Therapeut kraft seiner Ausbildung besser als der Patient weiß, was diesem fehlt und was zu tun ist, damit es ihm besser gehen wird.

Rogers sah, dass sich eine solche Haltung in der Psychotherapie nicht bewährt. Klienten wehren sich in der Regel gegen eine solche Bevormundung oder sie geraten in eine Abhängigkeit von der Autorität des sie leitenden Therapeuten. Rogers setzte stattdessen auf die **Eigenverantwortung** des Klienten. Er allein ist es, der über sich und sein Leben Bescheid weiß, und er ist auch in der Lage, seine Angelegenheiten in die Hand zu nehmen und aktiv zu gestalten, selbst dann, wenn er an seine Grenzen gekommen ist und deshalb Hilfe sucht. Entsprechend wandelt sich die Aufgabe des Therapeuten: Es handelt sich um eine Dienstleistung, wenn er für diejenigen Bedingungen sorgt, unter denen der Hilfesuchende, in die Lage versetzt wird, selbst den speziell für ihn passenden Weg zu finden. Insofern ist die Bezeichnung »Klient« in der Tat passender als »Patient«.

Verbunden mit dieser Auffassung ist auch die Erwartung, ein in dieser Weise behandelter Klient werde sich auch nach Beendigung der Therapie in günstiger Weise weiter entwickeln. In einer Synopse von Katamnesestudien zur Gesprächspsychotherapie hat Frohburg (2004b) gezeigt, dass diese Erwartung auch empirisch bestätigt wird: Der therapeutische Gewinn, den Klienten aus einer Gesprächspsychotherapie gezogen haben, ist zum Zeitpunkt der Katamnese – 1 bis 12 Jahre nach Behandlungsende – weiterhin vorhanden oder es sind sogar weitere Verbesserung zu verzeichnen.

Inzwischen ist die von Rogers eingeführte Bezeichnung »Klienten« in der internationalen psychotherapeutischen Literatur unabhängig vom therapeutischen Verfahren weitgehend übernommen worden. In Deutschland ist in der berufspolitisch bestimmten Debatte über die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftlich begründetes und durch die Krankenversicherung erstattungsfähiges Verfahren die Bezeichnung

»Klienten« von ihren Gegnern instrumentalisiert worden mit dem Argument, mit der Gesprächspsychotherapie könnten gar keine Störungen mit Krankheitswert behandelt werden, da ihre Vertreter selbst »nur« (!) von »Klienten« sprächen und nicht von »Patienten«, also kranken Menschen.

Zwar wird diese Behauptung durch die vorliegenden Wirksamkeitsstudien bei Kranken vielfach widerlegt (► Kap. 10.1). Dennoch zeigte diese Polemik bei den fachlich zumeist nicht näher informierten Entscheidungsträgern in der Politik und bei den Krankenkassen Wirkung. Und um den ungunstigen Konsequenzen dieser realen Gegebenheiten und den sich ständig wiederholenden zermürbenden Diskussionen zu entgehen, sprechen inzwischen in Deutschland auch Gesprächspsychotherapeuten oft von »Patienten«.

2.3 Das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts

Den Mittelpunkt des Klientenzentrierten Konzepts bildet seine besondere Vorstellung von der Natur des Menschen, die im Gegensatz zur Sicht der klassischen Psychoanalyse steht. Folgen wir Freud, so ist der Mensch seinem eigentlichen Wesen nach wild, unsocial, selbstsüchtig und destruktiv. Sobald das Es sein Verhalten beherrscht, ist das Ergebnis asozial und zerstörerisch. Lediglich die Gewissensfunktion des Überich halten es in Schach, und das Ich entwickelt sich mit der Aufgabe, zwischen den Ansprüchen des Es, des Überich und den Gegebenheiten der Realität zu vermitteln (Freud 1941).

Dem setzte Rogers entgegen, dass der Mensch seinem eigentlichen Wesen nach sozial, konstruktiv und vertrauenswürdig sei. Das hat ihm den Vorwurf der Naivität eingebracht, gegen den er sich vehement gewehrt hat: »Es stört mich, für einen Optimisten gehalten zu werden. Zu meiner gesamten beruflichen Erfahrung gehört die dunkle und oft schmutzige Seite des Lebens, und ich kenne besser als die meisten das unglaublich destruktive Verhalten, zu dem der Mensch fähig ist« (zitiert nach Kirschenbaum 1979, S. 246 f., Übersetzung v. Verf.). Dennoch hat er an seiner Sicht fest gehalten.

2.3.1 Ist der Mensch »gut«?

Rogers hat sich in einem eigenen Artikel mit dem »Wesen des Menschen« auseinander gesetzt (Rogers 1957b). Er nennt darin Merkmale, die auf das eigentliche Wesen des Menschen **nicht zutreffen**, und solche, die darauf **zutreffen**. Danach

- Ist der Mensch **nicht** feindselig, antisozial, destruktiv, böse.
- Es fehlt ihm **nicht** an Eigenständigkeit, und er ist **kein** leeres Blatt (tabula rasa), auf das alles geschrieben werden kann, oder Wachs, das sich in jede beliebige Form bringen lässt.
- Er ist aber auch **kein** ursprünglich vollkommenes Wesen, das leider durch die Gesellschaft verfälscht und verdorben worden ist.

Stattdessen kommen ihm die Eigenschaften positiv, vorwärts gerichtet, konstruktiv, realistisch, vertrauenswürdig zu.

Rogers begründet diese Auffassung vom Wesen des Menschen mit seinen Erfahrungen als Psychotherapeut. Danach wird ein Patient in einer therapeutischen Beziehung, die ihm ein Maximum an Sicherheit und Freisein von Bedrohung bietet und die ihm die völlige Freiheit des Daseins und der Wahl lässt, u. a. alle Arten erbitterter und mörderischer Gefühle, abnormer Impulse, bizarrer und antisozialer Wünsche zu äußern. In einer so gear teten Beziehung zeige sich aber auch, je mehr er von sich selber ausdrücke und er selbst sei, umso deutlicher seine menschliche Natur. Und diese bestehe darin, ein grundsätzlich vertrauenswürdiges Mitglied der Spezies Mensch zu sein, dessen tiefste Tendenzen letztlich in Richtung Entwicklung, Differenzierung, kooperativer Beziehungen gehen, dessen Leben sich grundsätzlich von Abhängigkeit weg und in Richtung auf Unabhängigkeit bewege und dessen Impulse ein komplexes und wechselndes Muster der Selbstregulation bilden. Sein ganzer Charakter strebe letztlich dahin, sich selbst ebenso wie Andere zu bewahren und zu fördern.

Die asozialen wie die antisozialen Handlungsweisen von Menschen sind nach Rogers das Ergebnis von Abwehrprozessen. Sobald jedoch einer Person ihr **gesamtes** Spektrum des Erlebens zugänglich sei, würde sich ihr Handeln **aus der Balance**

sämtlicher Regungen ergeben und letztlich in eine positive Richtung gehen.

Folgen wir den Ausführungen von Rogers, dann sind Menschen nicht einfach »gut« – eine ohnehin pauschale und damit nichtssagende Formulierung, denn die für dieses Urteil maßgeblichen Kriterien sind vage. Ein Beispiel für eine entsprechende Fehlinterpretation ist, dass der kämpferische Titel des politisch motivierten Buches von Rogers *On personal Power – Inner Strength and its Revolutionary Impact* bei dessen deutscher Übersetzung in *Die Kraft des Guten* (Rogers 1978) verwandelt wurde. Vielmehr geht es darum, wie sich Menschen verhalten, sobald sie nicht nur vorübergehend, sondern überdauernd und wirklich frei von Kontrolle sind und sich unbehindert entfalten können: Ob sie sich dann als asozial, aggressiv und destruktiv erweisen oder ob sie dann ihre Bestimmung als Mensch finden, nämlich »einzutreten in den komplexen Prozess, eines der empfindsamsten, empfänglichsten, kreativsten und anpassungsfähigsten Geschöpfe auf diesem Planeten« zu sein (Rogers 1957b, S. 201, Übersetzung v. Verf.).

Wie lässt sich »unmenschliches« Verhalten fördern?

Für die These, eine Person sei umso konstruktiver und sozial verantwortungsvoller, je umfassender sie Zugang zu ihrem **gesamten** Erleben habe – negativem wie positivem, sprechen u. a. die umfangreichen und intensiven Vorkehrungen, die getroffen werden müssen, um Menschen für kriegerische Auseinandersetzungen zu möglichst hemmungslos aggressivem und destruktivem Handeln zu bringen: Zu diesem Zweck werden dem »Feind« menschliche Züge aberkannt und es wird verhindert, dass er als Mitmensch erlebt werden kann, z. B. indem direkte Kontakte unterbunden werden. Elitetruppen werden speziellen Trainingsprogrammen unterzogen, die natürliche Reaktionen wie Mitgefühl und Mitleid gegenüber dem »Feind« erst gar nicht aufkommen lassen.

In die gleiche Richtung geht das berühmte Gefängnisexperiment von Zimbardo, Haney, Banks und Jaffee (1973). Versuchspersonen, die zuvor hinsichtlich emotionaler Stabilität, körperlicher Gesundheit, Reife und Gesetzestreue überprüft worden waren, wurden per Zufall entweder der Gruppe der »Wärter« oder der »Gefangenen« zugeteilt, wobei den »Wärtern« lediglich die Aufgabe gestellt wurde, in einem als Gefängnis ausgestatteten Labor »für Ordnung zu sorgen«. Entgegen den Erwartungen von Zimbardo et al. geriet das Experiment schon nach wenigen Tagen außer Kontrolle und musste abgebrochen werden. Die »Gefangenen« waren von ihren »Wärtern« dermaßen aggressiv schikaniert und drangsalieret worden, dass ernsthafte Schäden zu befürchten waren.

Das Wesentliche an diesem Experiment war, dass gezielt verhindert wurde, dass sich »Gefangene« und »Wärter« als

Menschen wahrnehmen und begegnen konnten. Erstens war nach der »Gefängnisordnung«, die eingangs verlesen worden war, die Machtverteilung extrem einseitig gestaltet. Zweitens waren die Beteiligten ihrer Individualität beraubt worden: die »Wärter« durch Uniformen und spiegelnde, die Augen verdeckende Sonnenbrillen, die »Gefangenen« trugen einheitliche Kittel ohne Unterkleidung, dazu Mützen aus Nylonstrümpfen. Einander durften sie nur mit ihrer Identitätsnummer und die »Wärter« mit »Herr Besserungsoffizier« (»correctional officer«) ansprechen. Jegliche persönliche Habe war ihnen weggenommen worden.

An sich war allen Beteiligten klar, dass sie eigentlich »nur« an einem Experiment teilnahmen. Aber aufgrund der experimentell gestalteten Situation waren »Wärter« wie »Gefangene« für einander wechselseitig bedrohlich womit ihnen der Zugang zum gesamten Spektrum ihres Erlebens systematisch versperrt worden war. Den jeweils Anderen konnten sie nicht mehr als Mitmenschen wahrnehmen. **Fazit:** Wenn Menschen ihrer Menschlichkeit beraubt werden, verhalten sie sich unmenschlich.

2.3.2 Wie lässt sich die skeptische Sicht Freuds erklären?

Rogers schätzte Freud außerordentlich als scharfsichtig beobachtenden Wissenschaftler. Er fragte sich, wie es sein könne, dass zwei Forscher bei der gleichen Tätigkeit zu dermaßen unterschiedlichen Ergebnissen über die Natur des Menschen kommen können. Zwei Hypothesen bot er als Erklärung an:

Nach der ersten war Freud verständlicherweise von seiner für seine Zeit gewaltigen Entdeckung hochgradig beeindruckt, wonach der Mensch unterhalb einer konventionellen bzw. »guten« Oberfläche jede Art aggressiver und sexueller Gefühle hegte, die er erfolgreich vor sich selbst und den anderen verbarg. Diese Entdeckung war für die damalige Zeit dermaßen schockierend, dass sowohl Freud als auch seine Kritiker sich auf diese »bösen« Gefühle konzentrierten.

Obwohl Freud bei seinen Patienten gesehen haben müsste, dass man ihnen als normalen selbst-gesteuerten und sozial orientierten Personen vertrauen konnte, sobald sie diese »bösen« Gefühle erkannt, akzeptiert und verstanden hatten, nahm er dies nicht zur Kenntnis. Dieser Umstand wurde auch angesichts der damaligen heftigen Kontroverse über die Psychoanalyse übersehen, und Freud blieb bei seiner – nach der Ansicht von Rogers – allzu oberflächlichen Sicht über die Natur

des Menschen stehen. Diese sei allerdings wesentlich fundierter gewesen als die seiner Zeitgenossen, wenn auch nicht so umfassend, wie dies seine eigene Erfahrung gerechtfertigt hätte, meinte Rogers.

Bei der zweiten Hypothese ging Rogers davon aus, dass nach seinen Erfahrungen Patienten einige ihrer verleugneten und unterdrückten »schrecklichen« Gefühle bis zu einem gewissen Grade selbst entdecken, nicht aber aus eigenem Vermögen voll akzeptieren können. Dies könne erst in einer fürsorglichen Beziehung geschehen, in der diese Gefühle zuerst vom Therapeuten akzeptiert werden und danach auch vom Patienten selbst. Bei seiner Selbstanalyse habe Freud einer solchen warmen akzeptierenden Beziehung entbehrt. Deshalb dürfte er die verborgenen und verleugneten Aspekte seiner selbst zwar selbst gesehen und bis zu einem gewissen Grad auch verstanden haben. Es sei aber fraglich, ob er sie auch als einen bedeutsamen, akzeptablen und konstruktiven Teil seiner selbst habe voll anerkennen können. Viel eher habe er sie vermutlich auch weiterhin als unannehmbar und feindliche, der Kontrolle bedürftige Aspekte seiner selbst angesehen, und nicht als Impulse, die, wenn sie in freier Balance mit seinen anderen Impulsen stünden, konstruktiv wären (Rogers 1957b).

2.3.3 Die Kontroverse mit Skinner

Neben der Auseinandersetzung mit dem Menschenbild der klassischen Psychoanalyse wird die Position von Rogers in einer anderen Debatte deutlich, die er mit B.F. Skinner, einem der prominentesten Vertreter der **behavioristischen Lerntheorie** direkt führen konnte. Bemerkenswert an dieser Diskussion ist, dass die beiden Kontrahenten einander nicht nur als Wissenschaftler, sondern auch als Personen ausgesprochen wertschätzten.

Beide, Rogers als Therapeut und Skinner als Lerntheoretiker, hatten ihren Ansatz auch auf Fragen der Erziehung und der Gesellschaft erweitert. Dabei war die Gegensätzlichkeit ihrer Sichtweisen vom Wesen des Menschen deutlich geworden. Skinner hatte die Pädagogik mit dem Prinzip der programmierten Unterweisung maßgeblich beeinflusst (auch wenn damals die damit verbundenen Erwartungen im Vergleich zu heute wesentlich hö-

her gespannt waren). Seine Vorstellungen von einer durch die Ergebnisse der Verhaltenswissenschaft bestimmten Gesellschaft hatte er in einem utopischen Roman (*Walden Two*) beschrieben (Skinner 1948).

Die beiden unterschiedlichen Standpunkte über die Steuerbarkeit des menschlichen Verhaltens und die Nutzung psychologischer Erkenntnisse dafür beschäftigten damals die amerikanische Psychologie sehr, sodass die APA (American Psychological Association) anlässlich ihrer jährlichen Mitgliederversammlung im September 1956 ein Symposium mit dem Titel »Some issues concerning the control of human behavior« organisierte, das anschließend in der renommierten Zeitschrift *Science* veröffentlicht wurde (Rogers u. Skinner 1956; Braun 1983).

Skinner's Auffassung Nach Skinner ist das menschliche Verhalten absolut von außen gesteuert und deshalb auch von dort aus kontrollierbar. Zwar gebe es Widerstand gegen diese Einsicht, der jedoch auf vorgefassten nichtwissenschaftlichen Meinungen beruhe und die wissenschaftliche Analyse behindere.

Die äußere Verhaltenskontrolle sei keine Erfindung der Verhaltenswissenschaft, sondern sei von je her benutzt worden und wirksam gewesen, etwa privat in den persönlichen Beziehungen wie der Familie, unter Freunden oder in Gruppen durch Belohnung (Anerkennung, Bewunderung, Lob, Liebe) bzw. Bestrafung (Tadel, Missachtung), wodurch erwünschtes Verhalten wahrscheinlicher, unerwünschtes unwahrscheinlicher werde. Gleiches gelte für die Pädagogik, die Beratung oder die Psychotherapie, ebenso finde man sie in der staatlichen Kontrolle.

Das menschliche Verhalten sei die Konsequenz der in der bisherigen Lebensgeschichte erfahrenen Belohnungen und Bestrafungen. Begriffe wie Verantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit seien ohne eigenen Hintergrund und würden lediglich benutzt, um strafende Kontrolltechniken zu rechtfertigen.

Die früher allgemein akzeptierte weil unreflektierte Kontrolle lasse sich durch die Ergebnisse der Verhaltenswissenschaft in zweierlei Hinsicht optimieren: Zum einen könnten die Techniken verfeinert werden, um Lernen leichter und effizienter zu machen, zum anderen könnte und müsse deren

Anwendung angesichts des möglichen Missbrauchs eines solchen Machtpotentials verantwortungsbewusst erfolgen.

Der utopische Roman *Walden Two* (Skinner 1948) enthält Skinners Entwurf einer Gesellschaft, in der eine wissenschaftlich begründete Verhaltenstechnologie angewendet wird, die ohne Strafen auskommt, um eine praktikierbare und produktive Staatsform zu schaffen. Es sei dies eine

» Welt, in der es Nahrung, Kleidung und Wohnraum für alle gibt, in der jeder seine eigene Arbeit aussucht und im Durchschnitt nur vier Stunden pro Tag arbeitet, in der Musik und die Künste blühen, in der sich die interpersonellen Beziehungen unter den günstigsten Umständen entwickeln, in der die Erziehung jedes Kind auf das vor ihm liegende soziale und intellektuelle Leben vorbereitet, in der – kurz gesagt – die Menschen wirklich glücklich, sicher, produktiv, kreativ und fortschrittlich sind. Was ist falsch daran? Offenbar nur eines, nämlich dass jemand es so geplant hat.

(Rogers u. Skinner 1956, S. 1059, Übersetzung v. Verf.) «

Rogers Auffassung Rogers setzt an den Anfang seiner Replik die Punkte, in denen er mit Skinner übereinstimmt:

- Schon immer haben Menschen versucht, das Verhalten anderer ebenso wie das eigene zu verstehen, vorherzusagen, zu beeinflussen und zu kontrollieren.
- Jetzt und in Zukunft werden durch die Fortschritte der Verhaltenswissenschaften die Möglichkeiten, menschliches Verhalten zu verstehen, vorherzusagen und zu kontrollieren rasch und in hohem Maße zunehmen.
- Das enorme Machtpotential einer Wissenschaft, die es erlaubt, das Verhalten vorherzusagen und zu kontrollieren, könnte missbraucht werden und ist eine ernste Bedrohung.
- Die wissenschaftliche Verhaltenskontrolle ist ein ernsthaftes Problem, mit dem sich die Psychologenschaft und die Öffentlichkeit dringend befassen müssen.

Rogers zog also die Ergebnisse der Verhaltenswissenschaft bzw. der Lerntheorie nicht in Zweifel. Wo-

rum es ihm ging, war deren Interpretation und Bedeutung sowie die aus ihnen zu ziehenden Konsequenzen. Die für Rogers strittigen Punkten waren:

Die Frage nach der Macht In Skinners Konzept sei mehreres nicht geklärt: Wer soll kontrollieren? Wer soll kontrolliert werden? Welcher Art soll die Kontrolle sein? Skinner habe das Problem der Macht unterschätzt, denn die Verhaltensforscher werden stets denen dienen, die die Macht haben. Ein Beispiel dafür seien die deutschen Raketenforscher. Sie hätten im zweiten Weltkrieg unter Hitler hingebungsvoll daran gearbeitet, die Sowjetunion und die USA zu zerstören. Nach ihrer Gefangennahme hätten sie jeweils für die gearbeitet, von denen sie abhängig waren: in den USA, um die Sowjetunion zu zerstören, und in der Sowjetunion, um die USA zu zerstören.

Die Subjektivität der Wahl einer wissenschaftlichen Fragestellung Rogers betonte, dass die Wahl, Planung und Durchführung eines wissenschaftlichen Vorhabens nicht objektiv aus derjenigen Wissenschaftsdisziplin heraus begründet werden kann, der es angehört:

» Der springende Punkt, um den es mir geht, ist ..., dass jedes wissenschaftliche Vorhaben, sei es der Grundlagen- oder der Anwendungsforschung, betrieben wird, um einen Zweck oder einen Wert zu verfolgen, der von Menschen subjektiv gewählt wurde. Wichtig ist, diese Wahl offen zu legen, denn der in ihr angestrebte Wert kann niemals durch das wissenschaftliche Vorhaben, das er hervorbringt, geprüft oder bewertet, bestätigt oder bestritten werden.

(Rogers u. Skinner 1956, S. 1062) «

Deshalb müsse sich jede Diskussion über die Kontrolle von Menschen durch die Verhaltenswissenschaften zuerst und gründlich mit den stets subjektiv gewählten Zielen befassen, die durch ein solches wissenschaftliches Unternehmen verwirklicht werden sollen. Und eben diese Diskussion fehle bei Skinner.

Wenn wir beispielsweise Lesen, Schreiben und Rechnen als Ziele einer guten Schulbildung setzen, dann könne die Wissenschaft zeigen, wie diese Ziele am besten zu erreichen sind. Ähnlich liege

es, wenn wir Problemlösen als Ziel setzen. Sofern wir dann aber wissen wollen, ob Lesen, Schreiben und Rechnen »besser« sei als Problemlösen, kann die Forschung dies zwar ebenfalls überprüfen, allerdings nur hinsichtlich anderer Werte, für die wir uns zuvor subjektiv entschieden haben: In welcher Hinsicht »besser« oder »wichtiger«?

Die Frage nach den Zielen Im Hinblick auf Skinners Konzept sei diese Frage unabdingbar: Mit welchem Ziel, zu welchem Zweck und nach welchen Werten soll die Kontrolle ausgerichtet sein? Die Frage nach den Zielen offen zu legen und öffentlich zu diskutieren sei in einer demokratischen und humanen Gesellschaft unerlässlich.

Skinner hatte in seinem Beitrag explizit keine Ziele genannt, allerdings erkennen lassen, dass nach seinen Vorstellungen die Menschen seines Gesellschaftsentwurfs die Merkmale »glücklich« (»happy«), »sicher«, »produktiv«, »kreativ« und »fortschrittlich« (»forward-looking«) (s. oben) aufweisen sollten. Rogers hatte aus anderen Schriften Skinners außerdem noch »gebildet« (»informed«), »geschickt« (»skillful«) und »wohlerzogen« (»well-behaved«) entnommen.

Hier liegt nun, was das klientenzentrierte Menschenbild betrifft, der eigentliche kritische Punkt, denn Rogers bezeichnet diese Ziele als starr und festgelegt und setzt ihnen als Alternative dynamische Ziele entgegen, und zwar solche, die dem Wesen des Menschen mehr entsprächen. Für ihn gilt »der Mensch als ein Prozess des Werdens, als ein Prozess des Erlangens von Wert und Würde durch die Entwicklung seiner Möglichkeiten; das individuelle menschliche Wesen als ein sich selbst verwirklichender Prozess, der voranstrebt zu immer mehr herausfordernden und bereichernden Erfahrungen; der Prozess, durch den sich das Individuum in kreativer Weise an eine stets neue und sich ändernde Welt anpasst; der Prozess, durch den die Erkenntnis über sich hinauswächst, wie beispielsweise die Relativitätstheorie über Newtons Physik hinausreichte, um selbst künftig durch eine neue Sichtweise überboten zu werden« (a. a. O., S. 1063).

Werte, die aus dieser Sicht erwachsen, richten andere Fragen an die Wissenschaft, nämlich die nach Möglichkeiten, diesen Prozess zu fördern, beispielsweise nach Wegen, befriedigende Möglichkeiten zwischenmenschlicher Beziehungen zu

erreichen, Kreativität freizusetzen, effiziente individuelle Anpassung zu erzielen usw.

Dass dies möglich sei, zeige die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie. Auch dort werde, genau wie bei Skinner, Verhalten vorhergesagt und beeinflusst. Hier jedoch bestimme der Patient immer mehr über sich selber, werde weniger rigide, offener für das, was ihm seine Sinne zeigen, besser organisiert und integriert und seine Idealvorstellung von sich und sein Selbstkonzept werden ähnlicher.

➤ **Fakt sei: Das Verhalten des menschlichen Organismus könne durch die äußeren Bedingungen, denen er ausgesetzt wird, maßgeblich beeinflusst werden. Aber es könne auch durch verantwortungsvolle persönliche Entscheidungen bestimmt werden, die auf einer kreativen und integrativen Einsicht des Organismus selbst beruhen. Damit leugnet Rogers in keiner Weise die Gültigkeit von Skinners Forschungsergebnissen, ebenso wenig ihre Bedeutsamkeit, aber er betont, dass sie nicht die ganze Wahrheit sind.**

2.4 Funktion und Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft

Die Ansicht von Rogers, dass jegliche Wissenschaft von subjektiven, wissenschaftlich nicht begründbaren Vorentscheidungen bestimmt sei, war unabhängig von ihm davon kurze Zeit darauf der Kernpunkt der viel beachteten wissenschaftstheoretischen Ausführungen des Physikers und Philosophen Kuhn (1967, 1977). Eine zentrale Rolle spielt dabei der Begriff »Paradigma«. Kuhn versteht darunter:

Definition

Paradigmen sind »...das, was den Mitgliedern einer wissenschaftlichen Gemeinschaft, und nur ihnen, gemeinsam ist. Umgekehrt macht der Besitz eines gemeinsamen Paradigmas aus einer Gruppe sonst unverbundener Menschen eine wissenschaftliche Gemeinschaft« (Kuhn 1977, S. 390).

Paradigmen, so Kuhn weiter, haben die Funktion, innerhalb der Gemeinschaft die fachliche Kommunikation zu erleichtern und verhältnismäßig einheitliche fachliche Urteile zu ermöglichen.

Was kennzeichnet Paradigmen?

Paradigmen bestehen aus einer »disziplinären Matrix« (Kuhn 1977). »Disziplinär« bedeutet, dass sie gemeinsamer Besitz der Vertreter einer Fachdisziplin sind, und »Matrix« verdeutlicht, dass ein Paradigma aus Elementen verschiedener Art besteht. Zu ihnen gehören bestimmte Festlegungen der Gruppe, z. B.

- **Symbolische Verallgemeinerungen**, d. h. Ausdrücke, die von ihren Mitgliedern ohne Zögern angewandt werden und sich leicht in eine logische Form bringen lassen, beispielsweise bestimmte Begriffe (z. B. Reiz, Reaktion, Verstärker, Empathie).
- **Modelle**, das sind von der Gruppe bevorzugte Analogien, die, wenn sie von großer Überzeugung getragen sind, zu Ontologien werden, d. h. den Charakter von etwas tatsächlich Existierendem annehmen. Letzteres ist beispielsweise dann der Fall, wenn »das Unbewusste« seinen Charakter als Metapher verliert und als etwas aufgefasst wird, das es tatsächlich im Menschen »gibt«.
- **Musterbeispiele**, d. h. konkrete Problemlösungen, die von der Gruppe in einem ganz gewöhnlichen Sinne als paradigmatisch angesehen werden. In der Psychologie ist eines davon das statistische Verfahren der Faktorenanalyse. Diese Art der Problemlösung wird z. B. dann angewendet, wenn in einem Beobachtungsbereich wegen der großen Anzahl der erfassten Variablen die Übersicht verloren geht. Sie soll durch die mathematische Methode der Hauptachsentransformation wieder gewonnen werden, die die Variablen auf die ihnen »eigentlich« zugrunde liegenden Dimensionen (Hauptachsen bzw. »Faktoren«) reduziert. Wer die dabei geltenden Regeln einhält, kann damit rechnen, dass seine Ergebnisse von der Fachwelt akzeptiert werden.

Elemente dieser Art ergeben sich nach Kuhn aus zufälligen persönlichen und historischen Umständen und werden dann zu formgebenden Bestandteilen eines Paradigmas, d. h. der Überzeugungen, die von einer bestimmten wissenschaftlichen Gruppe in einer bestimmten Zeit geteilt werden und deren wissenschaftliche Arbeit leiten. Vor dem Hintergrund dieser Auffassung irrte also Skinner, wenn er seine »Einsichten« in ihrem Ursprung für »wissenschaftlich begründet« hielt.

In den frühen Entwicklungsstadien einer Wissenschaft – und die Psychologie, mit ihr die Psychotherapieforschung, befindet sich nach wie vor in ihrem Anfangsstadium – besteht nach Kuhn (1967) ein dauernder Wettstreit zwischen einer Anzahl

von deutlich unterschiedlichen Ansichten über die Natur ihres Gegenstandes. Und weil sie alle aus wissenschaftlichen Beobachtungen unter Verwendung von Methoden abgeleitet sind, repräsentiert jede von ihnen ein Paradigma. Was solche »Schulen« unterscheidet, sind nicht bestimmte Schwächen der Methode. Soweit sie Methoden folgen, sind sie alle »wissenschaftlich«. Was sie unterscheidet, ist ihre grundlegend unterschiedliche Art, die Welt zu sehen und Wissenschaft in ihr auszuüben. Das bedeutet, dass jeder von ihnen bestimmte Einsichten zugänglich sind, andere nicht. Und der eigentliche wissenschaftliche Fortschritt beruht letztlich nicht im Zusammentragen von immer neuen Ergebnissen innerhalb bestehender Paradigmen, sondern in wissenschaftlichen Revolutionen, d. h. im Aufkommen eines neuen Paradigmas, einer neuen Art, die Welt zu sehen.

So gesehen stellen auch die wissenschaftlich begründeten Psychotherapieverfahren wie die Psychoanalyse bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und das Klientenzentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie verschiedenartige Paradigmen dar, die letztlich alle aus zufälligen persönlichen und historischen Konstellationen entstanden sind. Und es kann – unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten – nicht ihre Aufgabe sein, die Vorherrschaft gegenüber den anderen anzustreben. Ebenso wenig ist es sinnvoll, Elemente der einzelnen Paradigmen »eklektisch« zusammenzurühren. Die Zukunft liegt vielmehr in einem übergreifenden Paradigma. Ein solches könnte auf der Grundlage eines wechselseitigen, für die Sicht der Anderen offenen Austausches entstehen.

- **So lange ein solches übergreifendes Paradigma jedoch noch nicht in Sicht ist bzw. genügend breite Anerkennung gefunden hat, bleibt für die Gesprächspsychotherapie die Aufgabe, ihr Paradigma klar zu formulieren und in die Diskussion einzubringen. Gerade weil sie in der direkten Analyse effizienter therapeutischer Prozesse ihren Ursprung hat (► Abschn. 2.1) und ihre Wirksamkeit belegt ist (► Kap. 10.1), kommt ihr dabei eine besondere Bedeutung zu.**

2.5 Die Einführung des Klientenzentrierten Konzepts in Deutschland

Dem Ehepaar Anne-Marie und Reinhard Tausch kommt das Verdienst zu, dem Klientenzentrierten Konzept, das sie während eines Forschungsaufenthalts in den USA kennen gelernt hatten, in der Bundesrepublik Deutschland unter der Bezeichnung »Gesprächspsychotherapie« (Tausch 1960, 1968) Geltung und Ansehen verschafft zu haben. Dieser Erfolg war nicht zuletzt der Tatsache zu verdanken, dass beide eine Fülle von empirischen Arbeiten zur allgemeinen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie sowie zu bedeutsamen Verhaltensmerkmalen von Therapeuten und Patienten angeregt und auch selbst durchgeführt haben. Außerdem gaben sie den Anstoß für eine fundierte Ausbildung von Psychotherapeuten in Deutschland. Damit setzten sie die von Rogers begründete Tradition fort und trugen wesentlich dazu bei, dass die Psychotherapie, die bis dahin ausschließlich Ärzten vorbehalten war, nunmehr auch von Psychologen durchgeführt werden konnte. Mit dem Psychotherapeutengesetz fand dies schließlich 1999 seine rechtliche Grundlage.

Allerdings waren Tausch und Tausch im dem vorwiegend der allgemeinen Psychologie entstammenden experimentalpsychologischen Paradigma verankert. Diesem anderen Blickwinkel waren mehrere wesentliche Aspekte des originalen Klientenzentrierten Ansatzes, wie ihn Rogers formuliert hatte, fremd und unverständlich und wurden vernachlässigt. So blieb der zentrale Begriff der Aktualisierungstendenz (► Kap. 3.2) der von ihnen vertretenen Richtung fremd, und die Wechselwirkungen zwischen Therapeut und Patient wurden weitgehend auf linear-kausale Vorstellungen reduziert, nach denen bestimmte Verhaltensmerkmale seitens des Therapeuten bestimmte Verhaltensweisen beim Patienten bedingen.

Kwiatkowski (1980) u. a. hatten demgegenüber versucht, die ursprüngliche Sicht von Rogers wieder ins Spiel zu bringen und eine stärkere Berücksichtigung subjektiver Prozesse durch sozialwissenschaftliche Methoden angemahnt. Sie blieben jedoch letztlich wenig beachtet.

Erfolgreicher waren bei diesen Bemühungen Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz

(1979/2003), die mit ihrem vielbeachteten Buch über mehrere Auflagen hinweg das ursprüngliche Klientenzentrierte Konzept weiterentwickelten, indem sie

- es mit den vorliegenden empirischen Befunden in Beziehung setzten,
- wesentliche Aspekte der konkreten klinischen Praxis berücksichtigten und
- neuere Entwicklungen der Psychologie mit einbezogen.

Andere Konzeptionen (z. B. die von Sachse 1996 oder Speierer 1994) weichen zum Teil explizit vom ursprünglichen Ansatz von Rogers ab. Verglichen mit der Entwicklung in Deutschland war die Aufnahme des Klientenzentrierten Konzepts in Österreich weniger heterogen, nicht zuletzt weil Doug Land, ein enger Mitarbeiter von Rogers, über viele Jahre hinweg regelmäßig dort zu Besuch war, 1991–1994 in Wien lebte und dort als Therapeut und Ausbilder arbeitete.

Übungsfragen

- Welche psychologischen Vorgehensweisen und Theorien waren bei Rogers der Ausgangspunkt seines therapeutischen Handelns?
- Was veranlasste Rogers, von »Klienten« zu sprechen und nicht von »Patienten«?
- Was sind die Kennzeichen von »Nicht-Direktivität« und wie ist sie begründet?
- Wie lässt sich das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts kurz charakterisieren?
- Was versteht Kuhn unter einem Paradigma und welche Bedeutung hat es für die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren?

Weiterführende Literatur

- Kirschenbaum H (1979) On becoming Carl Rogers. Delacorte Press, New York (Eine ausführliche Darstellung der Biographie von Rogers und der Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts.)
- Kriz J, Lück HE, Heidbrink H (1996) Wissenschafts- und Erkenntnistheorie: eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler 3. gegenüber der 2. unveränd.

Aufl. Leske & Budrich, Opladen (Eine kompetente und gut verständliche Einführung in für Psychotherapeuten wichtige wissenschaftstheoretische Fragen.)

Rogers CR (1973a) Entwicklung der Persönlichkeit. Klett, Stuttgart (Original erschienen 1961: On becoming a person). (Eine Sammlung verschiedener Artikel von Rogers zu seiner Entwicklung und der des Klientenzentrierten Konzepts.)

Gesprächspsychotherapie

Lehrbuch

Eckert, J.; Biermann-Ratjen, E.-M.; Höger, D. (Hrsg.)

2012, XIX, 348 S. 5 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-28649-0