

# Therapietheorie

*Gerhard Stumm und Wolfgang W. Keil*

- 2.1 Die Therapiebedingungen – 16**
  - 2.1.1 Psychologischer Kontakt – 17
  - 2.1.2 Inkongruenz von Klienten – 18
  - 2.1.3 Die Kernbedingungen: Kongruenz, unbedingte positive Beachtung und einführendes Verstehen – 18
  - 2.1.4 Kommunikation und Wahrnehmung der Kernbedingungen – 27
- 2.2 Weiterentwicklungen der personzentrierten Therapietheorie – 28**
- 2.3 Der Therapieprozess – 28**
- 2.4 Fazit – 29**
- Literatur – 30**

Eine Therapietheorie sollte die theoretische Basis für die therapeutische Praxis liefern. Für die personenzentrierte Therapietheorie ist die These von den „sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie von größter Bedeutung (Rogers 1957/1991a, 1959/1987). Diese besagt vor allem, dass die persönliche Entwicklung des Klienten durch eine entsprechende Qualität der therapeutischen Beziehung nachhaltig gefördert werden kann (vgl. aus praktischer Sicht Tolan 2003; Mearns u. Thorne 2007). Dies schließt mit ein, dass bestehende Inkongruenzen sowie psychosozial bedingte Symptome und Beeinträchtigungen verringert werden.

Überzeugt von seiner eigenen Erfahrung und bestätigt durch viele Forschungsergebnisse ist Rogers so weit gegangen, die Wirkung der therapeutischen Beziehung in Analogie zu einer chemischen Gleichung zu sehen:

- » Wenn eine Substanz, (...) die als Salzsäure bekannt ist (...), mit einer anderen Substanz gemischt wird, die wir (...) als Ätznatron identifiziert haben, werden Salz und Wasser die Produkte dieser Mischung sein. (Rogers 1957/1991a, S. 177)

Dementsprechend hat Rogers die folgende Gleichung für den therapeutischen Prozess aufgestellt: Je mehr eine therapeutische Beziehung hergestellt werden kann, wie sie nachfolgend dargestellt wird, umso mehr wird sich ein Klient im Laufe des therapeutischen Prozesses in einer konstruktiven Weise verändern (► Abschn. 2.3).

Diese Konzeption fußt auf philosophischen Prämissen wie der Fähigkeit der Klienten zu **Selbstbestimmung und Selbstregulation**, auf seiner Tendenz, sich unter den jeweils gegebenen Umständen bestmöglich zu aktualisieren, auf einer **holistischen Position**, wonach die Person als Ganzes, und nicht nur ein vordergründiger Teil von ihr, ins Auge zu fassen ist, sowie auf der **phänomenologischen Haltung**, die die subjektive Realität des Klienten zur zentralen Bezugsgröße erklärt (► Kap. 1).

#### ■ Eine nicht-direktive Methode?

Sowohl historisch als auch insbesondere in der orthodoxen Variante ist die Klientenzentrierte Psychotherapie als „nichtdirektiv“ bezeichnet worden. Dies hat Anlass zu Missverständnissen gegeben.

Selbstverständlich nehmen auch Personenzentrierte Psychotherapeuten Einfluss auf den Klienten und insofern auf den Therapieverlauf. Was aber weiterhin seine Gültigkeit hat, ist die Betonung einer „nicht-direktiven“ Haltung. Diese bedeutet, dass der Therapeut in erster Linie als Experte für ein definiertes Beziehungsangebot auftritt, nicht aber die Bearbeitung des Erlebens des Klienten in inhaltlicher Hinsicht steuert. Darüber sind sich alle Strömungen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie weitgehend einig. Dissens besteht in Bezug auf prozesssteuernde Interventionen bzw. die strukturierende Gestaltung des Therapieablaufs. Wohl die Mehrheit der personenzentrierten Gemeinde vertritt die Auffassung, dass Vorschläge des Psychotherapeuten ein Teil des therapeutischen Repertoires sind, solange sie dem Klienten nicht aufgedrängt werden.

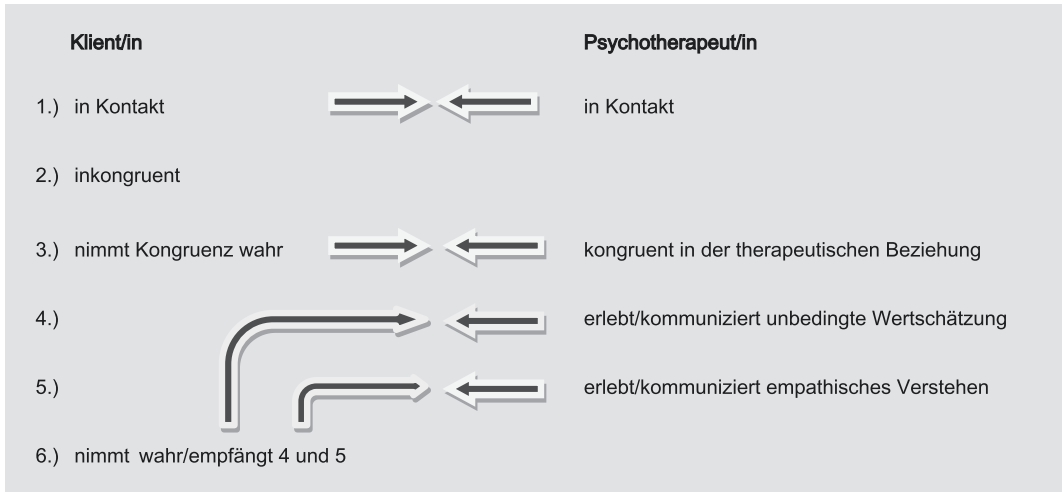
Wir sehen eine radikale Nicht-Direktivität, wie sie Grant (1990) mit der „principled non-directiveness“ beansprucht, kritisch. Vielmehr präferieren wir eine „funktionelle Sicht“: Lässt sich der jeweilige Klient von den Reaktionen des Psychotherapeuten „dirigieren“ oder behandelt er diese vielmehr als Anregung, die er in selbstbestimmter Weise verwirft oder in befruchtender Weise weiter berücksichtigt? Dies mag instrumentell sein, richtet sich aber auf den Klienten als „oberste Instanz“ aus (vgl. Mearns u. Thorne 2000, 2007).

## 2.1 Die Therapiebedingungen

Wie zuvor erwähnt, stellte Rogers (1957/1991a, 1959/1987, 1980/1991b) die Behauptung auf, dass die nachfolgend genannten Therapiebedingungen notwendig und hinreichend für Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen von Psychotherapie wären:

- » 1.) Zwei Personen sind miteinander in (*psychologischem*) Kontakt  
 2.) Der Klient befindet sich in einem Zustand von Inkongruenz; er ist verletzbar oder ängstlich  
 3.) Der Psychotherapeut ist kongruent (*oder integriert*) in Hinblick auf die therapeutische Beziehung  
 4.) Der Psychotherapeut empfindet unbedingte positive Beachtung dem Klienten gegenüber

## 2.1 · Die Therapiebedingungen



■ **Abb. 2.1** Austauschprozesse in der therapeutischen Beziehung

- 5.) Der Psychotherapeut erlebt ein einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten (*und bemüht sich, dies dem Klienten zu kommunizieren*)
- 6.) Der Klient nimmt zumindest in einem minimalen Ausmaß die Bedingungen 4 und 5 wahr (*Die Kommunikation des einführenden Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Klienten durch den Psychotherapeuten wird in einem minimalen Ausmaß erreicht*) (Rogers 1957<sup>1</sup>, 1959; Übs. d. A.)

Hier kann außer Acht bleiben, dass Rogers dabei Psychotherapie allgemein gemeint hat, und nicht nur Klientenzentrierte Psychotherapie. Dieses therapeutische Kernstück ist jedenfalls speziell für die Personzentrierte Psychotherapie maßgeblich.

Auch wollen wir hier die spezifische Bedeutung von „notwendig“ und „hinreichend“ nicht im Detail diskutieren (s. dazu Tudor u. Worrall 2006), sondern sind mit Lietaer (2008) der Meinung, dass diese sechs Bedingungen von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Wirken im psychotherapeutischen Zusammenhang sind.

- **Besonders hervorgehoben sei, dass es sich nicht nur um drei therapeutische Bedingungen (die sogenannten Kernbedingungen) handelt, wie dies oft verkürzt dargestellt wird, sondern um sechs!**

Aus einer interpersonalen Perspektive stellen sich die sechs therapeutischen Bedingungen so dar, wie in ■ **Abb. 2.1** dargestellt (vgl. Rogers 1962/1984, 1980/1991b; Tudor 2011, S. 168).

Aus **Abb. 2.1** wird ersichtlich, dass die sogenannten **Kernbedingungen** („core-conditions“) oder Grundhaltungen (Bedingungen 3–5) in Verbindung mit Bedingung 6 (und selbstverständlich mit Bedingung 1) eine interpersonelle Perspektive bzw. Dynamik beschreiben. Dies definiert Personzentrierte Psychotherapie als dialogisches Geschehen, wie es aus anthropologischer Sicht auch angelegt ist.

### 2.1.1 Psychologischer Kontakt

Der notwendige psychologische Kontakt zwischen Klient und Therapeut wurde von Rogers zunächst (1957/1991a) als erste Bedingung, einschränkend auch als eine Voraussetzung für Psychotherapie, bezeichnet (Rogers 1980/1991b). Er ging dabei von einer Dichotomie aus: Ist ein Kontakt gegeben, so ist Psychotherapie möglich – ist er nicht gegeben, so könne keine Psychotherapie stattfinden.

1 Die kursiven Passagen sind Ergänzungen (bzw. in Bezug auf Bedingung 6 Abweichungen), die aus der Publikation im Jahre 1957 stammen. Dies rührt daher, dass die Formulierung in der Veröffentlichung aus dem Jahr 1959 bereits 1954 verfasst wurde, somit eine frühere Version darstellt.

Das Konzept hat aber eine Weiterentwicklung erfahren (vgl. auch Wyatt u. Sanders 2002). So hat Prouty (vgl. Prouty et al. 1998) im Rahmen der von ihm entwickelten Prä-Therapie das Verständnis davon weiter elaboriert und mit den sogenannten Kontaktreflexionen auch therapeutische Möglichkeiten entwickelt, falls der psychologische Kontakt nicht oder nur unzureichend möglich ist (► Kap. 9). Der Therapeut muss gewissermaßen eine „Sprache“ finden, die den Klienten erreicht. Prä-Therapie kann daher als wertvoller Anbau im personenzentrierten Theoriegebäude betrachtet werden. Sie hat praktische Mittel entwickelt, die dazu beigetragen haben, die bis dahin in solchen Fällen weitgehende methodische Ratlosigkeit im Personenzentrierten Ansatz zu überwinden.

Für die gängige personenzentrierte Praxis ist zudem wichtig, dass bei manchen Klienten bzw. in bestimmten Phasen einer Therapie selbstexplorative und kontaktbeeinträchtigte Zustände von Klienten einander in oszillierender Weise ablösen. Dann ist ein Wechsel zwischen empathischem Verstehen als Hauptweg der Therapie und Kontaktreflexionen zweckmäßig, wie dies im Beitrag von Van Werde im vorliegenden Buch eindrucksvoll demonstriert wird (► Kap. 9).

Auch andere Autoren sehen Kontakt nicht nur im Sinne eines Alles-oder-Nichts-Prinzips, sondern als eine Qualität, die sich auf einem Kontinuum ansiedeln lässt. So unterscheidet Cameron (2003a, 2003b) grundlegenden, kognitiven, emotionalen und subtilen Kontakt, während Mearns und Cooper (2005) in Bezug auf das Konzept von „Relational depth“ von verschiedenen Graden an Beziehungstiefe ausgehen.

### 2.1.2 Inkongruenz von Klienten

Inkongruenz ist eine zentrale, diagnostisch relevante Kategorie in der personenzentrierten Störungslehre (► Kap. 1 und ► Kap. 28) und – um es zu wiederholen – ein psychologisches Konzept, das die Diskrepanz von Erleben einerseits und bewusster Symbolisierung desselben bzw. Integration in das Selbstkonzept andererseits fasst.

Rogers (1957/1991a) hat in seinem Statement zwei Abstufungen von Inkongruenz differenziert: Im ersten Fall erlebt der Klient die mit der Inkongruenz verbundene Spannung in Form von **Angst** und Bedrohung (eigentlich des Selbstkonzepts). Er hat eine mehr oder weniger ausgeprägte Erfahrung von seiner inneren

Spannung. Im zweiten Fall ist ihm dies aber nicht zugänglich: Die emotionale Ebene der Gespanntheit ist seinem Gewahrsein stärker entzogen, und die Bedrohung äußert sich unterschwellig. Der Klient ist dadurch aber noch stärker in seinem Selbsterleben bedroht. Er ist **verletzlich** im Hinblick darauf, dass sich Erfahrungen unkontrolliert Bahn brechen und ihn damit aus einem bereits labilen Gleichgewicht werfen.

Diese Unterscheidung lässt sich ansatzweise auch in diagnostische Klassifikationen übersetzen: So sind Personen mit Persönlichkeitsstörungen in aller Regel weniger mit ihrem Erleben in Kontakt als solche, die eher auf einem „neurotischen Niveau“ strukturiert sind. Dies hat Auswirkungen darauf, wie etwaige Leidenzustände einzuordnen sind und beantwortet werden. Tendenziell werden Klienten, die von Rogers als verletzlich eingestuft wurden, weniger selbstreflexiv sein, eher „die Schuld bei anderen suchen“ und die Gründe für ihre Probleme eher im Außen sehen. Dies hat naturgemäß auch auf die Motivation zur Psychotherapie einen gewichtigen Einfluss. Diese hängt wie der Therapieerfolg insgesamt jedenfalls davon ab, ob bzw. in welchem Maß die Inkongruenz vom jeweiligen Klienten anerkannt werden kann (► Kap. 28).

► Wenn für den Klienten die eigene Inkongruenz zumindest in Ansätzen spürbar ist, ist die Therapiebedingung 2 im Sinne eines Indikationskriteriums erfüllt und von einer aussichtsreichen Therapieperspektive auszugehen.

### 2.1.3 Die Kernbedingungen: Kongruenz, unbedingte positive Beachtung und einführendes Verstehen

Wir erörtern nun die so entscheidenden Kernbedingungen jeweils in ihrer spezifischen Bedeutung. Sie bilden als **Therapieprinzipien** (Finke 2004) das Fundament für die Behandlungspraxis. Darin werden sie in Form daraus abgeleiteter Techniken und spezieller Methoden handlungsbezogen ausgestaltet (► Kap. 3).

Mit den drei Kernbedingungen sind zunächst keine Verhaltensvorschläge verbunden, denn es handelt sich dabei um Einstellungsmerkmale, noch präziser: um Erlebensqualitäten aufseiten des Psychotherapeuten. Erst mit der Kommunikation des

empathischen Verstehens und der unbedingten positiven Beachtung des Klienten lassen sich Aussagen darüber treffen, wie die inneren Prozesse des Psychotherapeuten im Rahmen der therapeutischen Begegnung in einen Ausdruck gekleidet und vom Klienten empfangen werden können.

Erinnert sei im Hinblick auf die therapeutische Beziehung auch an die Unterscheidung verschiedener Abstraktionsebenen im Sinne einer Hierarchie (Höger 1989; Stumm u. Keil 2002, S. 32; Eckert u. Biermann-Ratjen 2011, S. 64):

**Professionelle Beziehung** Dabei steht der Umstand, dass es sich um eine professionelle Beziehung handelt, als oberstes und abstraktestes Prinzip an der Spitze.

**Drei Grundhaltungen** Darunter finden sich die drei Grundhaltungen als Wesensmerkmale des therapeutischen Beziehungsangebots.

**Verhaltenscluster** Auf der Ebene darunter lassen sich Verhaltenscluster zur möglichen Umsetzung der Einstellungen des Psychotherapeuten bilden, z. B. evozierende Reaktion, Feedback, Mitteilen der eigenen Resonanz, Zusammenfassungen.

**Konkrete Handlungen** Und schließlich sind auf der untersten Stufe ganz konkrete Handlungen in konkreten Situationen angesiedelt.

Die Praxisrelevanz dieser hierarchischen Taxonomie ist zweifacher Natur: Erstens lassen sich die Konkretisierungen auf der jeweils unteren Ebene nicht eindeutig aus den höheren ableiten. Zweitens darf die jeweils untere Ebene den Prinzipien der übergeordneten nicht widersprechen. Dies heißt z. B., dass verhaltensmäßige Umsetzungen nur dann modellkonform sind, wenn sie im Einklang mit dem Erleben der Grundhaltungen stehen. Diese Regel liefert einen wertvollen Prüfstein: Erlebe ich als Psychotherapeut in der jeweils gegebenen Situation die Kernbedingungen?

Für die Betonung der drei Grundhaltungen ist die Personzentrierte Psychotherapie weithin bekannt. In der Tat sind dazu viele Publikationen erschienen, einige davon im wahrsten Sinne des Wortes ganze Bücher füllend (z. B. Bozarth u. Wilkins 2001; Haugh u. Merry 2001; Wyatt 2001).

➤ **Die Grundhaltungen werden freilich niemals vollständig erfüllt sein, sondern bestenfalls in Form einer Annäherung. Im Normalfall ist wohl eher ein Bemühen darum anzutreffen, und es werden auch immer Abweichungen davon zu beobachten sein.**

Wir werden uns im Folgenden – mit Verweisen, wo Interessierte jeweils vertiefende Ausführungen zu den drei Grundhaltungen finden können – mit der Darlegung einiger wesentlicher Aspekte dazu begnügen.

### 2.1.3.1 Kongruenz

Rogers hat vor allem in seinem Spätwerk (z. B. Rogers 1980/1991b) die Kongruenz des Psychotherapeuten als die grundlegendste Therapiebedingung angesehen. Als Gegenteil von Inkongruenz (► Kap. 1 und ► Abschn. 2.1.2) ist Kongruenz durch (einen hohen Grad an) Übereinstimmung gemachter Erfahrungen und deren Symbolisierung charakterisiert bzw. durch die weitgehende Integration dieser Erfahrungen in das Selbstkonzept. Synonyme dafür sind in personenzentrierter Diktion: Integriertheit, Ganzheit oder Authentizität.

Es besteht kein Zweifel darüber, dass die Kongruenz des Psychotherapeuten in diesem Sinn nicht groß genug sein kann. Sie stellt eine wünschenswerte Funktionsfähigkeit des Psychotherapeuten dar. Lietaer (1992) bezeichnet sie als die obere Grenze für das Empathievermögen des Psychotherapeuten. Das, was ich an mir selbst nicht haben kann, kann ich auch bei den Klienten nicht verstehen.

Die Frage der Kongruenz des Psychotherapeuten hat aber auch einen kommunikativen bzw. interpersonellen Aspekt:

**Transparenz des Psychotherapeuten** Hierbei geht es um die Transparenz des Psychotherapeuten für den Klienten (Synonyme dafür: Echtheit, Natürlichkeit, Ehrlichkeit) und die brisante Frage, die wir im Anschluss noch aufgreifen: Welches Ausmaß an Transparenz ist angemessen?

**Reaktion auf die Inkongruenz des Klienten** Es geht aber auch darum, dass als Reaktion auf die Inkongruenz des Klienten Inkongruenz beim Psychotherapeuten angestoßen werden kann (vgl. dazu die

Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung in Rogers 1959/2016).

### Bedeutung der Therapiebedingung Kongruenz

Erstens bedeutet Kongruenz, dass der Psychotherapeut sich seines Erlebens dem Klienten gegenüber weitestgehend bewusst ist bzw. dass es ihm potenziell verfügbar ist, wenn er es nicht unmittelbar präsent hat. Dies bildet ein intrapsychisches Geschehen ab und repräsentiert daher die **Innenseite der Kongruenz**.

Zweitens bedeutet Kongruenz, dass die willkürliche (wie die unwillkürliche) Kommunikation des Erlebens des Psychotherapeuten der therapeutischen Situation dem Klienten gegenüber in Einklang mit seinem eigentlichen Erleben steht. Dies verweist auf die interpersonelle Ebene und repräsentiert daher die **Außenseite der Kongruenz** (vgl. Lietaer 1992).

### Innen- und Außenseite von Kongruenz: Intrapsychischer vs. interpersoneller Aspekt

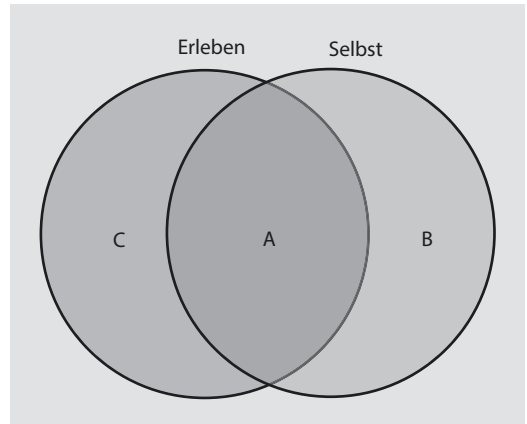
#### ■ Intrapsychische Ebene

Aus Abb. 2.2 lassen sich drei Konstellationen ableiten, wie das Erleben des Psychotherapeuten (im linken Kreis) und die Repräsentation des Erlebens in seinem Selbstkonzept (im rechten Kreis) zueinander stehen können:

**Kongruentes Erleben (A)** Dort, wo Erleben und Selbstkonzept einander überlappen, ist der Psychotherapeut kongruent.

**Inkongruenz aufgrund verzerrter Symbolisierung (B)** Dort, wo das Selbst für sich steht, also keine exakte Basis im Erleben hat, sind Erfahrungen des Psychotherapeuten von diesem verzerrt symbolisiert.

**Inkongruenz aufgrund unvollständiger Symbolisierung (C)** Dort, wo das Erleben nicht vom Selbstkonzept abgedeckt wird, werden Erfahrungen des Psychotherapeuten von diesem in verleugnender



■ Abb. 2.2 Verhältnis von Erleben und Selbst des Psychotherapeuten

Weise abgewehrt, oder es weist auf noch nicht (ganz) gewahr Gewordenes hin (■ Abb. 2.2).

#### ■ Interpersonelle Ebene

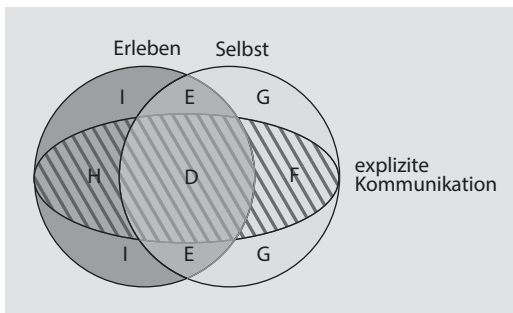
Abb. 2.3 veranschaulicht neben dem Erleben des Psychotherapeuten (im linken Kreis) und der Repräsentation des Erlebens in seinem Selbstkonzept (im rechten Kreis) auch noch die Kommunikation des Erlebens des Psychotherapeuten in der therapeutischen Beziehung, und zwar sowohl die explizite (in der Ellipse) als auch die implizite Kommunikation. Unter explizit wird hier zum einen die bewusst gesetzte und erlebte (Segmente D und F) und zum anderen die unwillkürliche, nicht im Selbstkonzept abgebildete Kommunikation verstanden (Segment H). Implizite Kommunikation bedeutet hier, dass der kommunikative Aspekt des Erlebens weitestgehend unmerklich für das Gegenüber ist (Segmente E, G und I). Die explizite Kommunikation schließt demgemäß verbale, paraverbale (z. B. Stimmlage, Lautstärke, Sprechpausen) und nonverbale Kommunikation mit ein. Die implizite äußert sich – der Maxime folgend, dass „es keine Nicht-Kommunikation gibt“ – in nur schwer fassbaren nonverbalen Phänomenen.

Hier sei daran erinnert, dass speziell die Kongruenz des Psychotherapeuten um ein Vielfaches häufiger nonverbal, also beiläufig, zum Ausdruck kommt als verbal – nach Tepper und Haase (1978; zit. nach Cornelius-White 2007) 23-mal mehr (zum Vergleich: bezüglich Respekt 5-mal mehr und in Bezug auf Empathie doppelt so viel). Dies belegt

den Charakter der Kongruenz als einer kontinuierlichen Melodie im Hintergrund des therapeutischen Geschehens, die sich dem Klienten jenseits bewusster „Klänge“ vermittelt und ihm tief „unter die Haut“ gehen kann.

Inwieweit die geforderte unbedingte Wertschätzung des Psychotherapeuten für den Klienten kongruent ist, hinterfragen z. B. Forschungsarbeiten von Krause (2005). Danach sind über den Gesichtsausdruck kommunizierte sogenannte „negative“ emotionale Reaktionen von Psychotherapeuten sehr viel häufiger zu beobachten, als dies deren Selbsteinschätzung entspricht, und zwar über alle psychotherapeutischen Verfahren hinweg (■ Abb. 2.3). Es gibt also Hinweise zu der Annahme, dass dies auch auf Personenzentrierte Psychotherapeuten zutrifft.

Gefordert ist vom Psychotherapeuten jedenfalls, dass er weder einer Selbsttäuschung unterliegt noch dem Klienten gegenüber sich mit bewusster Absicht verstellt und ihm gleichsam etwas vormacht, indem er z. B. versucht, einem Klischee zu entsprechen. In beiden Fällen würde die Fassade darauf abzielen, den Zustand des „Hauses“ verschleiern zu wollen. Im ersten Fall weiß der Psychotherapeut selbst nicht exakt, was er empfindet. Im zweiten Fall spielt er in voller Absicht eine Rolle, die dem eigentlichen Empfinden nicht entspricht. Daher hat das Synonym „Echtheit“ seine volle Berechtigung: In beiden Fällen wäre der Psychotherapeut somit „unecht“ und letztlich auch nicht aufrichtig. Moralisch betrachtet mag das Vorspielen falscher Tatsachen verwerflicher scheinen, in der psychotherapeutischen Praxis wird jedoch das Unwissentlich-inkongruent-Sein des Psychotherapeuten die weitaus häufigere Problematik darstellen.



■ Abb. 2.3 Verhältnis von Erleben, Selbst und Kommunikation des Psychotherapeuten

Für das Verhältnis von Erleben, Selbst und interpersoneller Kommunikation ergeben sich im Sinne von Abb. 2.3 folgende Konstellationen:

**Transparente Kongruenz (D)** Dort, wo alle drei Ebenen, also Erleben, Selbst und die explizite und implizite Kommunikation des Erlebens, einander überschneiden, kommuniziert der Psychotherapeut sein kongruentes Erleben, vor allem auch das empathische Verstehen und die unbedingte Wertschätzung des Klienten, in transparenter Weise. Auch die unwillkürliche Körpersprache steht im Einklang mit dem Selbsterleben.

**Selektive Authentizität (E)** Dort, wo Erleben und Selbst einander überschneiden, also zwar ein kongruentes Erleben gegeben ist, der Psychotherapeut sich aber dazu entschließt, dies nicht explizit zu kommunizieren, ist er in seiner bewussten Kommunikation selektiv. So könnte der Psychotherapeut z. B. in Bezug auf einen Klienten das Bild von einem unersättlichen Baby haben, aber angesichts der Beziehungsdynamik darauf verzichten, dieses Bild dem Klienten mitzuteilen, weil dieser es als Kritik auffassen könnte.

**Kommunikation von unauthentischem Erleben (F)** Dort, wo die explizite Kommunikation im Einklang mit dem Selbstkonzept steht, jedoch diskrepant zum Erleben auf der tieferen organismischen Ebene ist, kommuniziert der Psychotherapeut ein verzerrtes, somit ein nicht authentisches Erleben. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit mit körperlichen Signalen verbunden, die eine „andere Sprache“ sprechen. So kann ein Psychotherapeut z. B. dem Klienten gegenüber Worte der Wertschätzung verwenden, in seiner Körperspannung und in seinem Tonfall mag sich aber ein Widerwille, Unmut oder Unbehagen in Bezug auf den Klienten abzeichnen (► „Autonome, unwillkürliche Körpersprache bei Inkongruenz“ [H]).

**Selektive Inauthentizität (G)** Dort, wo der Psychotherapeut sich dazu entschließt, ein Selbsterleben, das eine verzerrte Symbolisierung beinhaltet, nicht preiszugeben, ist er hinsichtlich eines inkongruenten Erlebens selektiv. So könnte ein Psychotherapeut z. B. meinen, dass es besser ist, den Klienten nicht über seine ärgerlichen Gefühle zu informieren, die er als angemessene Reaktion auf ein provokantes Verhalten

des Klienten interpretiert. Wenn sein Ärger aber die erlebte Hilflosigkeit überdeckt, deren er sich nicht gewahr ist, dann würde er mit einer Mitteilung seines Ärgers ohnehin nicht sein authentisches Erleben vollständig offenbaren. Auch hier wird die körper-sprachliche Kommunikation freilich eine sein, die die Inkongruenz vermittelt.

**Autonome (unwillkürliche) Körpersprache bei Inkongruenz (H)** Dort, wo die Kommunikation ein Erleben zum Ausdruck bringt, das nicht im Selbstkonzept verankert ist, handelt es sich um autonome, also nicht bewusst gesteuerte Signale, wie sie sich im unwillkürlichen Verhalten manifestieren, d. h. in der Körpersprache im weitesten Sinn. So kann z. B. ein Psychotherapeut erröten, weil er sich ertappt fühlt oder ihm etwas peinlich ist, ohne dass er sich dessen bewusst ist. Für die interpersonelle Dynamik ist die körper-sprachliche Kommunikation des Psychotherapeuten jedenfalls von größter Bedeutung, insbesondere jene, die das Ausmaß der drei Grundhaltungen vermittelt.

**Nicht bewusste implizite Prozesse (I)** Schließlich ist an jene Möglichkeit zu denken, dass ein Erleben weder mit einer mit Gewahrsein verbundenen Symbolisierung einhergeht noch mit einer expliziten kommunikativen Qualität. Dies ist bei inneren Prozessen des Psychotherapeuten der Fall, z. B. bei nicht bewussten Fantasien oder Gedanken, bei denen kein körpersprachliches Korrelat zu erkennen ist.

### Kongruenz nur in der therapeutischen Beziehung?

Beachtenswert ist, dass die Kongruenz des Psychotherapeuten zwar im Rahmen der therapeutischen Beziehung gefordert ist, jedoch nicht darüber hinaus! Das heißt, dass Psychotherapeuten in ihrem privaten Leben durchaus inkongruente Züge aufweisen und zugleich begabte und in gewisser Weise auch – aufgrund spezifischer Qualitäten – kompetente Kollegen sein können, die für ganz bestimmte Klienten dann durchaus von Nutzen sein können, wenn die Arbeit mit diesen nicht ihre eigenen Inkongruenzkonstellationen zum Schwingen bringt.

### Ausmaß an Transparenz bzw. Äußerungen aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten

Greifen wir noch einmal die Frage nach der Angemessenheit im Hinblick auf die Transparenz auf: Was bzw. wie viel soll der Psychotherapeut von seinem Erleben in welcher Form dem Klienten mitteilen bzw. davon transparent machen?

Hier scheiden sich die Geister: Barbara Brodley (2011), prominente Proponentin der klassischen klientenzentrierten Strömung bis zu ihrem Tod 2007, plädierte für große Vorsicht in Bezug darauf, was der Psychotherapeut aus seinem Bezugsrahmen einbringt (► „Kriterien für Äußerungen aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten“). Im Vergleich dazu scheuen sich andere personenzentrierte Autoren, die einer dialogischen bzw. existenziellen Ausrichtung nahe stehen, wie z. B. Mearns und Cooper (2005), nicht vor einer spontanen und unmittelbaren Involvierung des Psychotherapeuten, wie der Gesprächsausschnitt einer Arbeit mit einem alkoholabhängigen Klienten zeigt (Mearns u. Cooper 2005, S. 76ff).

#### Beispiel für ein dialogisches Therapieverständnis

Dominic: "Like this isn't just a 'game' to you?"

Dave: "I think you *know* that Dom. In fact I *know* you know that Dom."

Dominic: "Yes. 'Sober me' knows it, but does 'drunk me'?"

Dave: "I don't know. Does he? Do you?"

Dominic: "Big Question. Maybe I'll need another vodka before I can answer that."

Dave: "Dom, *be* here, *be* here *drunk*, but don't play fucking games with me. Neither you nor I deserve that."

Dominic: (schweigt)

Dave: (schweigt)

Dominic: "You're really *serious* about this, aren't you?"

Dave: "As ever."

Dominic: "I'm sorry."

Dave: "Apology accepted. Where shall we start today?"

Dominic: "We started long ago – this is *me* – this is who I am."

Dave: "Yes, you're right, I see, we started at the beginning as usual but the start was different because *you* were different. Yes, I missed that."

In diesem Therapieausschnitt wird erkennbar, dass der Psychotherapeut sich nicht nur auf die Erlebnis-spur des Klienten begibt und diese vertiefend spiegelt, sondern sich in seinen unmittelbaren Bezugnahmen auf den Klienten sehr aktiv selbst einbringt (ohne sich unbedingt mit seiner emotionalen Resonanz auf den Klienten oder mit persönlichen Mitteilungen über sich selbst zu offenbaren).

Diese Arbeitsweise steht in einem deutlichen Kontrast zur klassischen Variante: So rät Brodley (2011) dazu, über 10% „T-frame responses“ (Reaktionen oder Inputs aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten) als Signal dafür zu sehen, das eigene therapeutische Vorgehen dahingehend zu reflektieren, ob es noch klientenzentriert ist. Auswertungen der Arbeitsweise von Rogers und ihrer eigenen hätten in diesem Zusammenhang ergeben, dass rund 90% der Äußerungen sogenannte „empathic understanding responses“ oder damit verwandte Äußerungen waren (Brodley 2011; ► Kap. 3).

### Kriterien für Äußerungen aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten

Grundsätzlich sehen wir jede Äußerung des Psychotherapeuten aus seinem Bezugsrahmen, die das Selbsterleben des Klienten fördert, als angemessen an (vgl. Brodley 2011; Mearns u. Thorne 2007). Darüber hinaus lassen sich ausgehend von Rogers einige Anlässe konkreter benennen:

- bei anhaltendem Erleben, den Klienten nicht verstehen bzw. nicht wertschätzen zu können,
- bei direkten und möglichen Fragen bzw. Anliegen des Klienten,
- bei spontanen Einfällen (von treffender Evidenz),
- wenn der Klient Widersprüche beim Psychotherapeuten wahrnimmt oder der Psychotherapeut meint, dass der Klient solche wahrnimmt (um den Klienten keiner Verwirrung auszusetzen).

Hieraus ergeben sich u. a. Anstöße, was z. B. bei anhaltender Langeweile, Ungeduld, Abneigung, Angst oder erotischen Gefühlen des Therapeuten zu tun ist. Zu überlegen ist aber, ob es vielleicht in der Supervision besser aufgehoben ist als in einer Mitteilung an den Klienten.

Ebenso ist beim Setzen von Grenzen oder bei Fragen des Klienten die Transparenz des Psychotherapeuten angefragt, wobei hier neben Offenheit oft sehr viel Taktgefühl auch im Hinblick auf die Angemessenheit einer ehrlichen Antwort gefragt ist.

Grundsätzlich sollten Äußerungen aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten nur dann erfolgen, wenn ein Bezug auf das Erleben des Klienten gegeben ist und sie relevant für diesen sind. Daraus resultiert ihre Häufigkeit und auch, dass es dabei nicht um eine systematische Selbsteinbringung des Psychotherapeuten geht. Ein wichtiger Anhaltspunkt kann die Frage sein: „Bin ich als Psychotherapeut frei, meinen Ausdruck zurückzuhalten?“ Äußerungen aus dem Bezugsrahmen des Psychotherapeuten sollten als Ausdruck des eigenen Erlebens formuliert sein, mit persönlicher Färbung und subjektiver Perspektive – und nicht als äußeres Faktum oder als Aussage über den Klienten. Es stärkt das Beziehungsband, wenn der Psychotherapeut nachvollziehbar macht, wie er zu seiner Aussage kommt (vgl. Mearns u. Thorne 2007; Cain 2010; Brodley 2011).

Mit den in der Übersicht genannten Kriterien folgt Brodley (2011) zwar der Linie von Rogers, doch bleibt die Autorin skeptisch im Hinblick auf sein freimütiges Bekenntnis für Transparenz (Rogers 1980/1991b), in dem er nicht nur nichts zurückhalten, sondern explizit sein Erleben zum Ausdruck bringen möchte, wenn es angemessen scheint. Die Vorbehalte von Brodley sind begründet in der Irritierbarkeit von Klienten, im Machtgefälle in einer Psychotherapie und im Respekt vor der Selbstbestimmung der Klienten. Umgekehrt ist aber auf das Problem zu achten, dass der Psychotherapeut zu wenig präsent ist, damit dem Klienten etwas von seiner Lebendigkeit und Natürlichkeit „schuldig bleibt“ und daher auch bestimmte Beziehungserfahrungen des Klienten in der Psychotherapie ausbleiben.

Hier sei noch auf ein Missverständnis hingewiesen: Ein spontanes Feedback oder auch das unmittelbare Mitteilen des eigenen Befindens müssen nicht kongruent sein, so sehr dies auch als erfrischende Impulsivität gedacht sein mag. Derartige Reaktionen können auch Anzeichen von unreflektierten Motiven oder einer emotionalen Bewegtheit sein, die nicht voll dem Gewahrsein des Psychotherapeuten zugänglich sind oder auf das unausgesprochene Verfolgen eines Ziels für den Klienten hinweisen. Entscheidend ist, dass der Psychotherapeut des eigenen Erlebens im vollen Umfang gewahr ist und es gegebenenfalls dementsprechend kommunizieren kann.

Doch selbst wenn es sich um kongruente Erfahrungen handelt, sollte nicht außer Acht bleiben, dass Kongruenz immer im Zusammenspiel mit den anderen beiden Grundhaltungen zu sehen ist: Interventionen, die Ablenkungen vom inneren Bezugsrahmen des Klienten bedingen, verstoßen schnell gegen das Prinzip des einführenden Verstehens, und impulsive Äußerungen – seien sie noch so kongruent – können leicht auf eine bedingte Wertschätzung oder eine unbedingte Nicht-Wertschätzung des Klienten hinauslaufen.

- **Nicht jede kongruente Einbringung des Psychotherapeuten ist wünschenswert!**
- **Statt maximaler Offenheit sollte eine optimale (selektive) explizite Transparenz praktiziert werden.**

Die Kongruenz des Psychotherapeuten ist ein nie abschließbarer Prozess. Es geht auch gar nicht darum, alle Erfahrungen präsent, sondern sie bei Bedarf möglichst verfügbar zu haben.

Abschließend sei angemerkt, dass Kongruenz in ihrer Außenseite, also die Kommunikation des Erlebens des Psychotherapeuten, technisch nur schwer zu verorten ist. Welches Verhalten als Umsetzung des Therapieprinzips Echtheit dienen kann, ist nur versuchs- bzw. beispielsweise zu beantworten: Daher sind die von Finke (2004) genannten Verhaltenscluster wie Selbsteinbringung und Beziehungsklären (► Abschn. 4.2.2 in diesem Buch) oder Konfrontation (► Kap. 3 in diesem Buch) nur als Anstoß, nicht aber als verbindliches handlungsleitendes Schema zu werten.

### 2.1.3.2 Unbedingte positive Beachtung

Die unbedingte positive Beachtung (oder auch das bedingungsfreie Akzeptieren oder die unbedingte Wertschätzung), die der Psychotherapeut für den Klienten empfindet, wird als Basis der gesamten therapeutischen Praxis angesehen. Dies bedeutet eine Haltung des Respekts, der Achtung und tiefen Bejahung des Klienten („prizing“), aber auch die Bereitschaft zur engagierten Anteilnahme und einem sorgenden Interesse an seinem Schicksal („caring“). Diese Haltung ist wohl am besten als möglichst durchgehende „Hintergrundmelodie“ der

therapeutischen Situation zu sehen, die aus der Tiefe des Resonanzkörpers „Psychotherapeut“ stammt. Das Sich-grundsätzlichangenommen-Fühlen kann in sich schon eine sehr heilsame Wirkung haben und trägt wesentlich dazu bei, dass sich der Klient zunehmend in seiner „Eigenart“ selbst annehmen kann. Gemeinsam mit dem empathischen Modus ist die Ausrichtung auf eine Haltung der unbedingten positiven Beachtung der Schlüssel für die phänomenologische Haltung, die Personzentrierte Psychotherapie auszeichnet.

Biermann-Ratjen et al. (2016) schlagen vor, die unbedingte positive Beachtung des Psychotherapeuten als Kontrollvariable für das Verstehen des Klienten zu nutzen: Kann der Psychotherapeut bei sich ein Erleben feststellen, das der unbedingten positiven Beachtung des Klienten bezüglich bestimmter Erfahrungen zuwiderläuft, so möge er das als Hinweis werten, dass er den Klienten in dieser Hinsicht nicht verstanden hat.

Die verhaltensmäßige Umsetzung dieser Haltung kann im Übrigen sehr unterschiedliche Ausdrucksformen haben. Hier lassen sich noch weniger als bei den anderen beiden Kernbedingungen Verhaltenscluster oder gar Techniken und Methoden angeben. Die von Finke (2004) genannten Kategorien wie Bestätigen, Anerkennen, Bestärken, Ermutigen und Solidarisieren stellen einen lobenswerten Versuch einer Handlungsorientierung dar. Zugleich scheint uns ein Vorbehalt angebracht, sie als Kategorien zu sehen, die zwingend aus diesem Therapieprinzip abgeleitet werden können. So könnten bestärkende oder solidarisierende Reaktionen des Psychotherapeuten auch Ausdruck von Werthaltungen sein, die dem Klienten (womöglich in direkter Weise) „vorgesetzt“ werden.

Beim grundsätzlichen Wertschätzen des Klienten als einzigartigem Geschöpf kommt es vor allem darauf an, dass der Psychotherapeut dem Klienten in all seinen Erfahrungen möglichst vorbehaltlos begegnen kann, dass er ihn also ohne Bewertungsbedingungen in seinem So-Sein annehmen kann. Dass dies nicht immer möglich ist, liegt in der Natur der Sache. Zum einen sind Psychotherapeuten fehlbar, zum anderen wäre es geradezu seltsam, alles an Klienten unbedingt positiv beachten zu können, insbesondere wenn Psychotherapeuten es mit Klienten zu tun haben, die schwer zu fassen bzw. zu verstehen sind

(► [Kap. 4](#)). Wichtig ist das grundsätzliche Bemühen um das Annehmen des Klienten, auch wenn dieser manchmal Befremden oder Gefühle der Ablehnung beim Psychotherapeuten hervorruft.

Gemeint ist im Übrigen nicht, dass der Psychotherapeut den Klienten in seinen Einstellungen und Handlungen gutheißen soll. Dies würde zwar keine negativen Bewertungen implizieren, es würde sich aber nichtsdestoweniger um Bewertungen handeln, die dazu angetan sind, Bewertungsbedingungen im Klienten zu fördern und damit dessen eigene Wertungsfähigkeit zu schwächen.

Und ebenso wenig ist gemeint, dass der Psychotherapeut alle Äußerungen, Werturteile oder Verhaltensweisen des Klienten akzeptieren soll. Es würde ja auf eine inkongruente Verrenkung des Psychotherapeuten hinauslaufen, wenn er z. B. Fremdenfeindlichkeit, Gewaltbereitschaft oder -tätigkeit, fanatische Machtansprüche oder impulsive suizidale Tendenzen als gleichermaßen gültig ansieht wie Sensitivität und Achtung für andere, die Beachtung demokratischer Prinzipien oder eine lebensbejahende Einstellung. Vielmehr geht es darum, dass der Psychotherapeut sich trotz seiner eigenen Wertpositionen, die von denen des Klienten sehr abweichen können, die Welt des Klienten als solche anerkennt, sich in diese einfühlt und sie zu verstehen versucht, ohne den Klienten zu verurteilen. Die zu beobachtenden Manifestationen im Verhalten des Klienten sollten eben aus dessen innerem Bezugsrahmen heraus erfasst werden.

► **Bei schwerwiegenden Diskrepanzen im Weltbild von Klient und Psychotherapeut oder bei einem manifesten oder auch latenten Gewaltpotenzial muss der Therapeut abwägen, ob er dem Klienten dessen ungeachtet unbefangen bzw. ausreichend entspannt begegnen kann.**

Die therapeutische Situation ist jedoch nicht der Ort, um mit dem Klienten in einen Diskurs zu treten. Gegebenenfalls mag – falls dies vom Klienten angefragt ist – eine Aussage wie „Ich teile Ihre Ansichten nicht“ ausreichen, um hier eine klare und stimmige Antwort zu geben. Hauptaufgabe bleibt jedoch, die „innere Welt“ und die Hintergründe und Motivlagen des Klienten zu explorieren.

In Bezug auf das Sich-Engagieren und Sich-Sorgen um den Klienten ist auf die Balance im Sinne einer angemessenen Dosierung zu achten: Innere Distanziertheit und strikt abstinente Technik laufen Gefahr, das Bedürfnis des Klienten nach positiver Beachtung zu enttäuschen. Umgekehrt wird das Wohl des Klienten nicht dadurch gefördert, dass das Verhalten des Psychotherapeuten in ein Sich-Kümmern um den Klienten umschlägt, das einem Überengagement und einer Verstrickung gleichkommt. Von Ausnahmen wie im Falle einer Krisenintervention abgesehen, ist eher davon abzuraten, Klienten fürsorglich zu stützen. Es sollte jedenfalls nicht so weit gehen, etwas für sie zu erledigen bzw. es für sie richten zu wollen, auch wenn dies manchen Klienten vielleicht sehr vertraut und von diesen auch erwünscht ist. Hier besteht die Gefahr, in eine komplementäre Beziehungsdynamik zu geraten, wie z. B. zum „Retter des Klienten, der ein Opfer ist“ zu werden, und damit die selbstbehauptenden Fähigkeiten des Klienten kollusionsartig zu unterlaufen (► [Kap. 4](#)).

Die psychotherapeutische Beziehung weist ein fruchtbares Spannungsfeld von funktioneller und personaler Qualität auf: Trotz ihres funktionellen Charakters erreicht sie „nur dann ihr Ziel, wenn sie zugleich auch eine persönliche ist“ (Swildens 2015, S. 82).

► **Bei aller Sympathie und Wertschätzung für den Klienten bleibt die therapeutische Beziehung eine professionelle, die nicht mit einer freundschaftlichen Verbundenheit zu verwechseln ist. Die funktionelle Qualität erfordert daher eine professionelle Disziplin.**

Daraus ergeben sich sowohl Grenzen im Rahmen der therapeutischen Situation als auch im privaten Umgang (► [Kap. 27](#) und [29](#)).

### 2.1.3.3 Einfühlen des Verstehen

Hier handelt es sich um eine Haltung, die – was oft übersehen wird – zwei Qualitäten vereint: Einfühlen und Verstehen. Empathie heißt Einfühlung, also das emotionale Mitschwingen mit jemand anderem. Verstehen des anderen beinhaltet als Bedeutungs- und Sinngestalt auch eine kognitive Komponente.

Es handelt sich beim einführenden Verstehen somit um ein Sich-Hineinversetzen in die Erlebniswelt des Klienten (Gefühls-, Bilder-, Körper- und Gedankenwelt) und um den Versuch, dessen Erleben und damit einhergehende Verhaltensweisen zu verstehen. Nach Rogers (1975/1980) geht es hier darum, als Alter ego in die Haut des Klienten zu schlüpfen, also nicht nur gedanklich die Perspektive des Klienten einzunehmen, sondern möglichst ganzheitlich mitzuschwingen, jedoch ohne mit dem Klienten zu verschmelzen bzw. ohne sich mit ihm „eins zu fühlen“. Dies heißt, so in seine Welt einzutreten, „als ob“ man er wäre, ohne seine Sorgen und Nöte zu eigenen zu machen, also ohne sich zu (über-)identifizieren.

### Leitsatz

„In die Schuhe der anderen Person zu steigen“ heißt, sich auf sie einzulassen und die dadurch entstehende Resonanz bei sich selbst zuzulassen und in geeigneter Form zu nutzen – sei es, um damit den eigenen Verstehensprozess „anzureichern“, oder sei es, um diese Resonanz dem Klienten zugänglich zu machen. Zu achten ist darauf, sich nicht von seinem Problem anstecken zu lassen und in diesem Sinne einen inneren Abstand davon zu halten. Die Herausforderung für den Therapeuten ist, den Klienten in seinem Erlebensprozess einfühlsam zu begleiten.

Der Psychotherapeut bemüht sich also um ein Verstehen des Erlebens des Klienten, indem er dessen Bezugsrahmen einnimmt. Er kommuniziert mithilfe seiner Empathie (als inneres Erleben) sein empathisches Verstehen, um zu überprüfen, was er von den vom Klienten intendierten Aussagen bzw. von der bewusstseinsnahen Kommunikation (einschließlich Körperausdruck des Klienten) verstanden hat. Er vergewissert sich, ob das subjektiv Verstandene das trifft, was der Klient erlebt. Er bringt aber auch nonverbal, z. B. durch Nicken, oder durch paraverbale Äußerungen (z. B. Tonfall) sein Verstehen zum Ausdruck (Rogers 1975/1980).

Wie auch empirische Untersuchungen zeigen (z. B. Brodley 2011), zählt das Bemühen um ein

empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten zur zentralen Aufgabe und die entsprechende Kommunikation an den Klienten zur zentralen Interventionskategorie Personenzentrierter Psychotherapie. Ungeachtet dessen, dass in der Praxis eine unendliche Vielfalt von Möglichkeiten besteht, diesem Kernprinzip zu entsprechen, lassen sich – technisch betrachtet – eine Reihe von spezifischen Umsetzungsformen (Verhaltenscluster als Techniken) umreißen, wie diese Kernbedingung innerhalb der therapeutischen Beziehung praktisch implementiert werden kann (► Kap. 3).

### ■ Erlebnistiefe und Vollständigkeit empathischer Reaktionen

Es ist zwar leicht zu postulieren, dass eine Reaktion des Therapeuten nur dann empathisch ist, wenn sie das vom Klienten Erlebte exakt erfasst. Um dieser Forderung aber gerecht zu werden, könnte folgende handlungsleitende Formel hilfreich sein:

► **In der Kommunikation des Verstandenen sollte man nicht mehr zum Ausdruck bringen, als dem Klienten zugänglich ist, aber auch nicht weniger, als ihm möglich ist.**

Hoch relevant ist die Arbeit am Rande des Gewahrseins bzw. die Achtsamkeit für eine optimale Erlebnistiefe. Zu beachten sind dabei auch Widersprüchlichkeiten (Inkongruenz) zwischen

- dem Erleben des Klienten, so wie er dessen gewahr ist, d. h., wie es im Selbstkonzept abgebildet ist,
- und dem Erleben des Klienten insgesamt, also auch jenem vagen oder verzerrten Erleben, das noch nicht vollständig oder inadäquat symbolisiert ist, sich aber mitunter schon deutlich in der Körpersprache des Klienten zeigt.

Dies kann über ein Bezugnehmen erschlossen werden, das nahe an Deutungen kommt, z. B.: „Sie ärgern sich zwar mächtig über Ihren Sohn, aber könnte es sein, dass Sie es irgendwie auch bewundern, wie er das macht?“

Bezüglich der Reaktionen des Psychotherapeuten auf den Erlebnisgehalt des Klienten spannt sich ein Kontinuum auf, das von verflachend bis

vertiefend reicht. Die optimale Bearbeitungstiefe bestimmt sich dabei aus der Ansprechbarkeit des Klienten. Bleiben die Interventionen zu sehr an den dem Klienten ohnehin deutlich zugänglichen Inhalten hängen, dann läuft der Therapeut Gefahr, dass er dazu beiträgt, das Erleben des Klienten zu verflachen. Auf der anderen Seite darf er aber auch nicht voraus-eilen und ein Erleben ansprechen, das für den Klienten zu bedrohlich ist. Er riskiert damit, die Abwehr des Klienten zu verstärken und damit das Gegenteil des Intendierten zu erreichen.

Auch hinsichtlich der Vollständigkeit ist ein ausgewogenes Ausmaß zu finden. Wie der Psychotherapeut auf den Klienten eingeht, kann nämlich von sehr unvollständig bis überzogen vollständig reichen. Der Therapeut wird weder auf alle Äußerlichkeiten und Nebensächlichkeiten eingehen noch wichtige Teile des Erlebens des Klienten außer Acht lassen, sondern versuchen, möglichst das zu erfassen, was den Klienten zentral bewegt und beschäftigt.

Verwiesen sei hier abschließend noch darauf, dass auch die Kontakreflexionen der Prä-Therapie als Umsetzung des Therapieprinzips Empathie zu werten sind (► Kap. 3 und 9).

### 2.1.4 Kommunikation und Wahrnehmung der Kernbedingungen

Damit wird der Umstand thematisiert, dass die personenzentrierten Grundhaltungen, die – wie ausgeführt – jeweils Qualitäten des Erlebens des Psychotherapeuten beschreiben, von diesem auch kommunikativ zum Ausdruck gebracht werden müssen, und zwar in einer expliziten Weise und so, dass sie vom Klienten als solche wahr- und angenommen werden können. Erst dann kann das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten beim Klienten wirksam werden (vgl. Wyatt u. Sanders 2002). In Rogers' Statement (1957/1991a) ist zwar nur die Rede davon, dass das empathische Verstehen und die unbedingte positive Beachtung durch den Psychotherapeuten den Klienten erreichen müssen – begreift man die Grundhaltungen aber als ein „Gesamtpaket“ von miteinander eng verbundenen Qualitäten, so ist die Kongruenz des

Psychotherapeuten mindestens in der Form impliziert, dass die Kommunikation der anderen beiden Haltungen kongruent, also stimmig und glaubwürdig sein muss. Wir folgen hier Rogers (1980/1991b), der noch ein Stück weiter gegangen ist und den kommunikativen Aspekt der transparenten Aufrichtigkeit des Psychotherapeuten, also die Außenseite der Kongruenz (► Abschn. 2.1.2), sehr wohl auch thematisiert und damit den Boden für die methodische Umsetzung eines dialogischen Beziehungsverständnisses bereitet hat.

Alle drei Qualitäten werden zum größten Teil körpersprachlich vermittelt, d. h. indirekt und gleichsam als Nebenprodukt der bewussten und beabsichtigten Kommunikation. Dies gilt vor allem für die Kongruenz und die unbedingte positive Beachtung. Klienten haben feine Antennen. Auch wenn sie die nichtsprachlichen Signale des Psychotherapeuten manches Mal nicht bewusst bemerken, registrieren sie diese gesamtorganismisch.

So lässt sich diese Therapiebedingung dahingehend zusammenfassen, dass die innere Resonanz des Psychotherapeuten zwar enorm wichtig ist, aber erst die ausdrückliche Bezugnahme darauf in Form von Worten, Mimik und Gesten das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten vollständig macht. Dies hat zwei Konsequenzen, die scheinbar gegensätzlich sind, die wir aber nicht gegeneinander ausgespielt wissen wollen:

Von Bedeutung ist ein authentischer Kommunikationsstil, der den jeweiligen Klienten zu erreichen vermag, indem sich der Psychotherapeut in einer persönlichen Färbung auf die subjektive Erlebnisswelt und die spezifische Wahrnehmungskapazität des Klienten einstellt.

So klientengerecht und therapeutenspezifisch die Kommunikation auch sein mag, sie lässt sich über weite Strecken doch methodisch und technisch fassen und begründen. Damit gelangen wir zu unserer Position, dass Methoden und Techniken sehr wohl ihren Platz in der personenzentrierten Therapietheorie haben. Im Praxisteil dieses Buchs (insbesondere ► Kap. 3) werden wir eine Reihe von Interventionskategorien aufzeigen, die sich aus den personenzentrierten Therapieprinzipien ableiten lassen – vielleicht nicht zwingend, aber doch sehr oft schlüssig.

## 2.2 Weiterentwicklungen der personzentrierten Therapietheorie

Während die Therapietheorie bei Rogers also eine Beziehungstheorie ist, wonach der therapeutische Prozess unter den oben formulierten (Beziehungs-) Bedingungen geradezu zwangsläufig in Richtung einer Verminderung der Inkongruenz des Klienten tendieren wird, nehmen Weiterentwicklungen des Konzepts noch andere Gewichtungen vor. Ganz im Sinne des pluralistischen Ansatzes, der diesem Buch zugrunde liegt, sehen wir diese Ausdifferenzierungen und teilweise alternativen Akzentsetzungen als wertvolle Bereicherung des gesamten Spektrums des Personzentrierten Ansatzes in der Psychotherapie an. Daher werden sie im praktischen Teil des Buches noch ausführlich beschrieben werden. Hier sei zunächst nur kursorisch auf die Weiterentwicklungen verwiesen, die wir zum größten Teil als integrative Bestandteile Personzentrierter Psychotherapie begreifen (► Abschn. 1.4):

**Experiencing und Focusing-orientierte Therapie** So erweiterte Gendlin mit seiner Theorie des „Experiencing“, die in die Focusing-orientierte Therapie mündete, den von Rogers akzentuierten Beziehungsaspekt ausdrücklich um die Art und Weise, wie der Klient zu seinem Erleben in Beziehung tritt (vgl. Gendlin 1996/1998). Abgesehen von den Bedingungen 1, 2 und 6 bei Rogers, die (auch) kundenabhängig sind, ist im Focusing-Prozess noch etwas notwendig, nämlich das Experiencing des Klienten, konkret: das Bezugnehmen auf seinen Felt Sense, damit Psychotherapie gelingt. Aufgabe des Psychotherapeuten ist demnach, den Klienten dabei zu unterstützen (► Kap. 5).

**Emotionsfokussierte Therapie** In der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) nach Greenberg (2011/2011) wird ebenfalls der Aspekt der Erlebnisverarbeitung als vorrangig erachtet. Dort wird allerdings den Emotionen und ihrer systematischen Verarbeitung die höchste Priorität verliehen (► Kap. 6).

**Störungsspezifische Perspektive** Aus störungsspezifischer Sicht wiederum werden bestimmte Themen, die mit der jeweiligen Störung einhergehen, und Varianten von Interventionen von besonderer Wichtigkeit angesehen (► Sektion IV).

**Prä-Therapie** Einen Spezialfall stellt die Prä-Therapie nach Garry Prouty dar, zumal darin – wie bereits in ► Abschn. 2.1.1 skizziert – das (Wieder-)Herstellen von psychologischem Kontakt im Zentrum der Arbeit steht (► Kap. 9).

**Interaktionelle, motivationale und existenzielle Perspektive** Schließlich lassen sich eine Reihe von Ausformungen unterscheiden, die jeweils andere therapietheoretische Aspekte in den Mittelpunkt ihrer praktischen Arbeit rücken: Beziehungsmuster des Klienten (► Kap. 4), die Motivation des Klienten (► Kap. 8) oder auch existenzielle Aspekte (► Kap. 14).

## 2.3 Der Therapieprozess

Das personzentrierte Modell des therapeutischen Prozesses ist ein Entwicklungsmodell, also ein Modell für die persönliche Entwicklung. Die klinischen Phänomene, derentwegen Psychotherapie in Anspruch genommen wird, sind hier subsumiert. Rogers hat mehrfach typische Aspekte für Veränderungen beim Klienten im Therapieverlauf herausgearbeitet (z. B. 1951/1983). Dazu zählen u. a. die zunehmende Offenheit für eigene Erfahrungen, ein steigendes Vertrauen in das eigene Erleben als Kompass und die Tendenz zu einer fortlaufenden Entwicklungsbereitschaft. In dem von ihm in sieben Stufen gegliederten Prozesskontinuum (1961/1973) wird persönliche Entwicklung allgemein anhand einer Reihe von Merkmalen geschildert – z. B. zunehmende Erfahrungsoffenheit und Wahlfreiheit – und auf die psychotherapeutische Arbeit gemünzt.

Die Konzeption des Therapieprozesses hat bei Rogers (1957/1991a, 1959/2016, 1980/1991b) – wie schon in der Einleitung zu diesem Kapitel ausgeführt – nach der von ihm aufgestellten Gleichung einen linearen Charakter: Fühlt sich die hilfessuchende Person verstanden und unbedingt wertgeschätzt, so führe dies bei ihr in der Folge zu konstruktiven Veränderungen, die eine Abnahme der Leidenszustände und Symptome einschließen. Der therapeutische Prozess wird also nach dem ersten Teil dieser Gleichung völlig von den Grundhaltungen her bestimmt. Die zweite Hälfte dieser Gleichung hat Rogers insofern noch präzisiert, als sich die konstruktiven Veränderungen im Klienten dabei

tendenziell in die folgende Richtung bewegen: Klienten werden demnach kongruenter, flexibler, freier im Ausdruck ihrer Gefühle, selbstbestimmter, zugleich beziehungsfähiger. Aus einem anderen Blickwinkel: Sie empfinden verstärkt unbedingte positive Selbstbeachtung und verstehen sich selbst immer mehr in ihrem Erleben, was nichts anderes bedeutet als Kongruenz, ein Zeichen für psychische Gesundheit.

Wir erachten Rogers' Prozessgleichung als zu mechanistisch, weil damit Verschlechterungen und Rückschläge zu wenig Beachtung finden. Obwohl Rogers selbst eine automatische Wirksamkeit von klientenzentrierter therapeutischer Beziehung insofern eingeschränkt hat, als es Klienten gibt, die nicht oder nur schwer von den Haltungen des Therapeuten erreicht und berührt werden, meinen wir, dass seine Gleichung den Klientenbedingungen insgesamt zu wenig Rechnung trägt und damit dem Psychotherapeuten die Hauptlast in Bezug auf die therapeutische Arbeit und den Erfolg aufbürdet. Dies birgt die Tendenz zu einer unbeabsichtigten Therapeutenzentrierung in sich (vgl. Bohart u. Tallman 1999) und verursacht vor allem bei noch eher unerfahrenen Psychotherapeuten möglicherweise Gefühle der Unzulänglichkeit.

Auch wenn Phasenmodelle aufgrund von Vorbehalten gegenüber unzulässigen Verallgemeinerungen aus der Mode gekommen sind, halten wir die Prozesskonzeption von Swildens (2015) im Rahmen seiner „Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ für eine bedenkenswerte Anregung: Er unterscheidet darin eine Prämotivationsphase, eine Symptom- und Problemphase sowie eine existenzielle und Abschiedsphase. In jeder Phase gibt es unterschiedliche Schwerpunkte, Erwartungen der Klienten und Interventionsgesichtspunkte. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Prämisse, dass dann, wenn der Entwicklungsprozess einer Person stagniert, spezifische Interventionen des Psychotherapeuten erforderlich sind, die über das klassische Beziehungsangebot hinausgehen. So ist z. B. zu Beginn der Psychotherapie in manchen Fällen eine dezidierte Motivationsarbeit gefragt, damit das passive Hilfsverlangen des Klienten überwunden wird und dessen Eigeninitiative zunimmt (s. dazu auch störungs- und prozessspezifische Herangehensweisen, wie sie in Beiträgen in Sektion III sowie in ► Kap. 8 und ► Kap. 14 dargelegt werden).

Eine besondere Rolle nehmen im therapeutischen Prozess das Erstgespräch und der Therapieabschluss ein. Während beim Erstgespräch wichtige Weichenstellungen in Bezug auf Indikation und Diagnostik und auf die zu treffenden Vereinbarungen vorgenommen werden, steht der Abschluss einer Psychotherapie im Zeichen der Trennung sowie des Rück- und Ausblicks (► Kap. 27).

## 2.4 Fazit

Die personenzentrierte Therapietheorie ist eine interaktionelle Theorie, d. h., dass darin das Zusammenspiel von Therapeuten- und Klientenbedingungen bzw. die Koproduktion von Psychotherapeut und Klient als ausschlaggebend erachtet wird. Mit anderen Worten: Es kommt im psychotherapeutischen Prozess auch auf den Klienten an, und nicht nur auf das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten, so bedeutsam dieses auch ist.

Dies wird auch daran sichtbar, dass die Grundhaltungen des Psychotherapeuten auf der einen Seite in einer für den Klienten brauchbaren Weise kommuniziert, auf der anderen Seite von diesem aber auch rezipiert werden müssen. Hierfür sind innerhalb ethischer, persönlicher und methodischer Grenzen unzählige Wege denkbar. Während Kongruenz und unbedingte positive Beachtung eher als Hintergrundmelodie fungieren, nimmt die Kommunikation des einführenden Verstehens in der Regel eine prägnantere Gestalt in Form von umrissenen Techniken an (► Kap. 3).

Einige Weiterentwicklungen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes haben aus experienzieller Sicht zwar die These der notwendigen und hinreichenden Therapiebedingungen zugunsten der Bedeutung der Erlebnisverarbeitung des Klienten relativiert. Die von Rogers formulierten Therapiebedingungen bleiben aber das Fundament der personenzentrierten Therapietheorie.

Die personenzentrierte Theorie hat ihren Schwerpunkt auf dem Entwicklungsprozess des Klienten, wie er durch die therapeutische Arbeit begünstigt werden soll. Dieser Prozess wird im Sinne des Prozesskontinuums dynamisch verstanden. Das Phasenmodell von Swildens stellt den Versuch dar, prozessuale Phänomene zu verallgemeinern, ohne dabei das jeweils einmalige Geschehen zu präjudizieren.

## Literatur

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (2016) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, 10. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Bohart AC, Tallman K (1999) How clients make therapy work. APA, Washington (DC)
- Bozarth JD, Wilkins P (Hrsg) (2001) Unconditional positive regard. Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Bd. 3. PCCS Books, Ross-on-Wye
- Brodley B (2011) A Chicago client-centered therapy: Nondirective and nonexperiential. In: Moon K, Witty M, Grant B, Rice B (Hrsg) Practicing Client-Centered Therapy. Selected writings of Barbara Temaner Brodley. PCCS Books, Ross-on-Wye, S 4–27
- Cain D (2010) Person-centered psychotherapies. APA, Washington (DC)
- Cameron R (2003a) Psychological contact – Basic and cognitive contact. In: Tolan J (Hrsg) Skills in Person-centred counselling & psychotherapy. Sage, London, S 87–99
- Cameron R (2003b) Psychological contact – Emotional and subtle contact. In: Tolan J (Hrsg) Skills in Person-centred counselling & psychotherapy. Sage, London, S 100–109
- Cornelius-White JHD (2007) Congruence. In: Cooper M, O'Hara M, Schmid PF, Wyatt G (Hrsg) The handbook of Person-Centred psychotherapy and counselling. Palgrave Macmillan, Houndmills, S 168–181
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M (2011) Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten. Person 15(1):62–72
- Finke J (2004) Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. Thieme, Stuttgart
- Gendlin ET (1996/1998) Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart (Orig. 1996)
- Grant B (1990) Principled and instrumental non-directiveness in Person-centered and Client-centered therapy. Person-Centred Review 5:77–88
- Greenberg L (2011/2011) Emotionsfokussierte Therapie. Reinhardt, München (Orig. 2011)
- Haugh S, Merry T (2001) Empathy. Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Bd. 2. PCCS Books, Ross-on-Wye
- Höger D (1989) Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: Sachse R, Howe J (Hrsg) Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Asanger, Heidelberg, S 197–222
- Krause R (2005) Verachtung, Ekel und Ärger des Therapeuten. In: Kernberg O, Dulz B, Eckert J (Hrsg) Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Schattauer, Stuttgart, S 102–115
- Lietner G (1992) Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits R, Hutterer H (Hrsg) Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. WUV, Wien, S 92–116
- Lietner G (2008) Das Klientenzentrierte/Experienzielle Paradigma der Psychotherapie im 21. Jahrhundert: Offenheit, Vielfalt und Identität. In: Tuczai M, Stumm G, Kimbacher D, Nemeskeri N (Hrsg) Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen. Krammer, Wien, S 17–43
- Mearns D, Cooper M (2005) Working at relational depth in counselling and psychotherapy. Sage, London
- Mearns D, Thorne B (2000) Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice. Sage, London
- Mearns D, Thorne B, McLeod J (2013) Person-centred counselling in action, 4th ed. Sage, London
- Prouty G, Van Werde D, Pörtner M (1998) Prä-Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rogers CR (1951/1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy. Fischer, Frankfurt a. M. (Orig.: 1951)
- Rogers CR (1957/1991a) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In: Schmid PF, Rogers C (Hrsg) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Grünewald, Mainz, S 165–184 (Orig. 1957)
- Rogers CR (1959/2016) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Reinhardt, München (Orig. 1959)
- Rogers CR (1961/1973) Entwicklung der Persönlichkeit. Klett, Stuttgart (Orig. 1961)
- Rogers CR (1962/1984) Die zwischenmenschliche Beziehung als Zentrum von Beratung und Therapie. In: Rogers CR, Stevens B. Von Mensch zu Mensch. Junfermann, Paderborn, S 103–119 (Orig. 1962)
- Rogers CR (1975/1980) Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers CR, Rosenberg R (Hrsg) Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart, S 75–93 (Orig. 1975)
- Rogers CR (1980/1991b) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers CR, Schmid PF (Hrsg) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Grünewald, Mainz (Orig. 1980)
- Stumm G, Keil WW (2002) Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In: Keil WW, Stumm G (Hrsg) Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 1–62
- Swildens H (2015) Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen, 2. Aufl. GwG, Köln
- Tepper D, Haase R (1978) Effects of non-verbal communication of facilitative conditions. Journal of Counseling Psychology 25:200–204
- Tolan J (2016) Skills in Person-centred counselling and psychotherapy, 3rd ed. Sage, London
- Tudor K (2011) Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization. Person-Centered & Experiential Psychotherapies 10(3):165–180
- Tudor K, Worrall M (2006) Person-centred therapy. A clinical philosophy. Routledge, London
- Wyatt G (Hrsg) (2001) Congruence. Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Bd. 1. PCCS Books, Ross-on-Wye
- Wyatt G, Sanders P (Hrsg) (2002) Contact and perception. Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Bd. 4. PCCS Books, Ross-on-Wye

Praxis der Personzentrierten Psychotherapie

Stumm, G.; Keil, W.W. (Hrsg.)

2018, XXVII, 375 S. 31 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-54669-7