



Eckert

Biermann-Ratjen

Höger

Gesprächs

...erichte...

Jochen Eckert

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Diether Höger (Hrsg.)

Gesprächspsychotherapie

Lehrbuch für die Praxis

Jochen Eckert

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Diether Höger (Hrsg.)

Gesprächs- psychotherapie

Lehrbuch für die Praxis

Prof. Dr. phil. Jochen Eckert

Universität Hamburg
Institut für Psychotherapie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen

Psychotherapeutische Praxis
Loehrsweg 1
20249 Hamburg

Prof. Dr. phil. em. Diether Höger

Universität Bielefeld
Abt. für Psychologie der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
Postfach 100131
33501 Bielefeld

ISBN-10: 3-540-28463-X

ISBN-13: 978-3-540-28463-5

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.

Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Svenja Wahl

Projektmanagement: Michael Barton

Copy Editing: Ursula Illig, Stockdorf

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

SPIN 10939949

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126-5 4 3 2 1 0

Autorenverzeichnis

Herausgeber

Eckert, Jochen, Prof. Dr. phil.

Universität Hamburg
Institut für Psychotherapie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Biermann-Ratjen, Eva-Maria, Dipl.-Psych.

Psychotherapeutische Praxis
Loehrsweg 1
20249 Hamburg

Höger, Diether, Prof. Dr. phil. em.

Universität Bielefeld
Abt. für Psychologie der Fakultät für Psychologie
und Sportwissenschaften
Postfach 100131
33501 Bielefeld

Mitautoren

Berger, Franz, Dr. phil.

Laupenring 163
CH-4001 Basel

Brossi, Rosina, lic. phil.

Psychotherapeutische Praxis
Grenzacherstrasse 10
CH-4058 Basel

Laleik, Sigrid, Dipl.-Psych.

Psychotherapeutische Praxis
Gneisenaustraße 12
27105 Kiel

Petersen, Henriette, Dipl.-Psych.

Psychotherapeutische Praxis
Elbchaussee 548
22587 Hamburg

Reisel, Barbara, Dr. phil.

Psychotherapeutische Praxis
Leegasse 9/11
A-1140 Wien

Schmeling-Kludas, Christoph, Prof. Dr. med.

Psychosomatische Medizin
Segeberger Kliniken GmbH
Am Kurpark 1
23795 Bad Segeberg

Schützmann, Karsten, Dipl.-Psych. Dr. phil.

Klinikum Nord
4. Psychiatrische Abteilung
Behandlungseinheit Schizophrenie
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

Wakolbinger, Christine, Mag.

Psychotherapeutische Praxis
Fillgradergasse 9/9
A-1060 Wien

Vorwort

Wir behandeln in diesem Lehrbuch die Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie und ihre Entwicklung durch den amerikanischen Psychologen Carl Rogers in der Mitte des letzten Jahrhunderts. Warum und warum in dieser Zeit?

»Wer neuere Literatur zur Klinischen Psychologie und zur Psychotherapie aus der Perspektive einer Gesprächspsychotherapeutin¹ oder eines Gesprächspsychotherapeuten liest, wird einerseits Belege für eine zunehmende Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie finden, kann andererseits aber auch den Eindruck gewinnen, dass die Gesprächspsychotherapie noch nie so anerkannt war wie gerade jetzt« (Auckenthaler, 2001, S. 98). Auckenthaler hält die Distanzierung der Klinischen Psychologie und Psychotherapie von der Gesprächspsychotherapie für eine »verständliche« Konsequenz von deren fortschreitender Medikalisierung. Heute werde z. B. **Fachpsychotherapie** als etablierte Methode zur Behandlung von Krankheit entschieden von **Lebenshilfe** abgegrenzt (Senf & Broda, 2000, S. 4). Und Gesprächspsychotherapie sei nicht wie die sog. Richtlinienverfahren in diesem Sinne »etabliert«. Auf der konzeptuellen Ebene würden medizinische Begriffe zur Einordnung und zum Verstehen von klinisch psychologischen und psychotherapeutischen Problemen verwendet, ein »organisiertes, medizinisch legitimes Herangehen« (Forster, 1997, S. 154) an diese charakterisiere die institutionelle Ebene, und die Ausbreitung der Gleichsetzung von Psychotherapie mit der Behandlung von Krankheiten führe auf der interaktiven Ebene dazu, dass unter »Berufung auf ein ätiologisches Paradigma der individuellen Störung und ein prozessuales Paradigma der indikativen Behandlung« (Bruns, 1992, S. 510) die Interaktionen zwischen Psychotherapeut und Klient störungsspezifisch und manualgeleitet sind, ausgehend von der Modellvorstellung, dass die Symptome des Patienten Ausdruck einer bestimmten Erkrankung sind, die mit bestimmten Eingriffen – im Idealfall wie mit bestimmten Medikamenten – in einer bestimmten Reihenfolge vorgenommen zum Verschwinden gebracht werden können.

Im Gegensatz dazu wird betont, dass die neuesten Ergebnisse der Forschung zur Wirkungsweise von Psychotherapie den Wirkannahmen von Rogers sehr nahe kommen. Ganz im Sinne der von Rogers formulierten sechs Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess und anders, als es mit der Annahme von den drei therapeutischen Basisvariablen Echtheit, Akzeptanz und Empathie (die im übrigen z. B. von Verhaltenstherapeuten ganz anders verstanden und dann auch definiert worden sind als im Klientenzentrierten Konzept; Auckenthaler & Bischof, 2004) in der empirischen Forschung in früheren Jahren postuliert worden ist, beinhalten die neuesten Ergebnisse zur Wirkungsweise von Psychotherapie, dass »die gute therapeutische Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, der zuverlässigste Prädiktor für psychotherapeutische Erfolge ist, dass es Klienten bei ihren Therapeuten vor allem auf Empathie, Respekt, Wertschätzung, Engagement, Glaubwürdigkeit und Echtheit ankommt (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Miller, Duncan & Hubble, 2000). Der Beitrag des Klienten hat sich als für den Therapieerfolg wichtiger erwiesen als ein bestimmter Ansatz oder eine bestimmte Technik der Therapeuten (z. B. Bohart & Tallman, 1996; Lambert, 1992; Miller et al., 2000)« (Auckenthaler, 2001, S. 100). »Rogers Auffassung der therapeutischen Beziehung gilt als »bahnbrechend«; sie habe »die klinische Praxis für immer verändert« und sei »Grundlage eines Großteils der Psychotherapieforschung« der vergangenen vierzig Jahre gewesen (Miller, Duncan & Hubble, 2000, S. 102)« (Auckenthaler, 2001, S. 100).

¹ Wir benutzen in diesem Buch aus Gründen der Leserfreundlichkeit die männliche/neutrale Form. Von dieser Regelung ausgenommen sind Zitate.

Vor diesem Hintergrund stellen wir mit diesem Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie nicht nur eine Therapieschule vor, sondern eine psychotherapeutische Grundorientierung, nämlich das **humanistische Paradigma**, das sich von anderen Paradigmen, von denen vor allem das psychoanalytische, das behavioristische und das systemische genannt seien, in wesentlichen Annahmen über das Wesen und Werden des Menschen und über die Entwicklung und Möglichkeiten zur Behebung von psychischen Krankheiten unterscheidet.

Und wir plädieren auf der Grundlage des derzeitigen Standes der empirischen Forschung für eine **differenzielle Therapieindikation** bzw. eine **differenzielle Psychotherapie**.

Es hat sich bis heute kein psychotherapeutisches Verfahren als den anderen in ihrer Wirksamkeit empirisch überprüften Verfahren generell überlegen herausgestellt. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem **Äquivalenzparadoxon**. Es ist offenbar möglich, ein und dasselbe Ziel auf unterschiedlichen Wegen bzw. mit unterschiedlichen Mitteln zu erreichen.

Das hat sicher auch dazu beigetragen, dass die Entwicklung neuer Therapieformen und -schulen nicht dazu geführt hat, dass die schon länger bestehenden Schulen an Bedeutung verloren oder sich gar aufgelöst hätten. Die neuen Therapieschulen weisen zwar andere Wege auf, können aber nicht den Nachweis erbringen, dass sie auch deutlich wirksamer behandeln als die älteren Verfahren.

Und offenbar brauchen auch Psychotherapeuten eine »Identität«, möchten sich nicht nur mit etwas identifizieren können, sondern auch von etwas abgrenzen können. Therapieschulen haben etwas Identität Stiftendes. Sie bieten eine innere und im therapeutischen Handeln sichtbar werdende Übereinstimmung einer »Theorie« mit einem Verfahren. In Auswahlgesprächen mit Kandidaten für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten ist immer wieder unmissverständlich zu hören, dass sie die Schule wählen, deren Paradigma ihren eigenen Erfahrungen und Auffassungen von menschlichen Entwicklungen und ihren Bedingungen am nächsten kommt. Sie wollen, dass ihre »persönliche« zu ihrer »therapeutischen« Identität passt.

Die Idee einer **Differenziellen Psychotherapie**² und einer entsprechenden Therapieindikation ist auch ausgeführt im **Allgemeinen Modell von Psychotherapie (AMP)**, das die amerikanischen Therapieforscher Howard und Orlinsky (► Kap. 8.4) auf der Grundlage vieler empirischer Prozess-Outcome-Studien entwickelt haben. In diesem Modell gilt der Therapieerfolg als wesentlich abhängig davon, dass vier Faktoren zueinander passen: Die Person des Therapeuten, die Person des Patienten, das Behandlungsmodell (Verfahren) des Therapeuten und die Art der Störung des Patienten. Sie sollten eine Rolle bei der differenziellen Indikationsstellung spielen, denn ihre Passungen haben Einfluss auf den Therapieprozess und darüber auch auf das Therapieergebnis. Für viele Patienten ist eine Gesprächspsychotherapie »passender« als eine Verhaltenstherapie, eine systemische Familientherapie, ein psychoanalytisches oder ein anderes Verfahren.

Es könnte sein, dass soeben »ein Jahrhundert des Gehirns« (Grawe, 2004, S. 16) begonnen hat, in dem sich herausstellen wird, dass Griesinger (1817–1868) vor 200 Jahren recht hatte, als er postulierte: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«. Es könnte sein, dass wir uns in naher Zukunft bei der Behandlung psychischer Störungen den Umweg über die Psyche – und eine psychotherapeutische Identität sowie eine differenzielle Indikation – sparen und direkt auf das Gehirn einwirken können, wobei sich Psychopharmaka und Psychochirurgie vermutlich als preiswerter als irgendeine Form von Psychotherapie herausstellen werden.

Wir sind auf die zukünftigen Entwicklungen sehr gespannt. Bis zu ihrem Eintreten bleiben wir in unserer beschriebenen Position, weil wir uns darin durch die neuesten Ergebnisse der

² Feste Fachbegriffe wie Differenzielle Psychotherapie werden in diesem Buch wie Eigennamen behandelt und groß geschrieben.

Psychotherapieforschung (► oben) bestätigt sehen, und in Übereinstimmung mit dem amerikanischen Psychiater, Psychotherapeuten, Gruppentherapieforscher und Romancier Irvin D. Yalom, der in seinem Buch »Was Hemingway von Freud hätte lernen können« schreibt:

»Jede Untersuchung der Natur der therapeutischen Beziehung führt früher oder später zu dem Diktum von Carl Rogers: Es ist die Beziehung, die heilt. Diese Vorstellung, das vielleicht grundlegendste Axiom der Psychotherapie - und Axiom ist durchaus kein zu starker Begriff - postuliert, daß die mutative Kraft, die den Prozeß der persönlichen Veränderung bestimmt, auf der Art der Beziehung zwischen Patienten und Therapeut beruht. Andere Überlegungen sind dem gegenüber durchaus zweitrangig«.

(Yalom, 2003, S. 237).

Die therapeutische Beziehung ist das zentrale Prozessmerkmal einer Gesprächspsychotherapie. Und Beziehungen sind etwas Wechselseitiges. Der Therapeut kann ein Beziehungsangebot machen, aber, ob eine therapeutisch hilfreiche Beziehung zustande kommt, ist davon abhängig, ob der Patient es auch wahr- und annimmt. Insofern ist Gesprächspsychotherapie nicht durch eine spezifische Technik definiert, sondern durch eine Theorie, die das therapeutische Handeln leitet.

Danksagung. Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen, die jede bzw. jeder auf ihre bzw. seine Weise einen Beitrag zu diesem Buch geleistet haben, vor allem den Studierenden, die sich mit Gesprächspsychotherapie im Fach Interventionsmethoden – auch kritisch – auseinandergesetzt haben, und den Supervisionsgruppenmitgliedern, die immer wieder mit ihren Fällen aus der Praxis Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens deutlich gemacht haben.

Namentlich und sehr herzlich möchten wir Svenja Wahl vom Springer-Verlag für das Verlegen und Ursula Illig für das Lektorat und Melanie Schacht, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsbereiches Gesprächspsychotherapie an der Universität Hamburg, für das »interne Lektorat« bei der Manuskripterstellung des Buches danken.

Hamburg und Bielefeld, im Frühjahr 2006

Jochen Eckert, Eva-Maria Biermann-Ratjen und Diether Höger

Inhaltsverzeichnis

1	Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie?	1	4.2	Die Klientenzentrierte Entwicklungstheorie ist eine Theorie der Selbstentwicklung	74
	<i>E.-M. Biermann-Ratjen</i>				
1.1	Was ist Psychotherapie?	1	4.3	Definitionen des Selbst	76
1.2	Literatur	3	4.4	Die Bedingungen für die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept	76
2	Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts	11	4.5	Die Bedeutung der Affekte für den empathischen Kontakt	77
	<i>D. Höger</i>		4.6	Die Entwicklung des »sense of self« nach Stern	77
2.1	Warum ist es sinnvoll, sich mit der Geschichte der Gesprächspsychotherapie zu befassen?	12	4.7	Die Bindungstheorie	82
2.2	Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirisch-psychologischer Forschung	14	4.8	Die Selbsterhaltungstendenz	86
2.3	Die Suche nach dem effizienten Therapeutenverhalten	17	4.9	Phasen der Selbstkonzeptentwicklung	88
2.4	Die Überprüfung der Wirksamkeit von Therapie	23	4.10	Weiterführende Literatur	91
2.5	Die erste Formulierung der Klientenzentrierten Theorie	25	5	Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie	93
2.6	Die systematische Darstellung des Klientenzentrierten Konzepts	26		<i>E.M. Biermann-Ratjen</i>	
2.7	Das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts	27	5.1	Die Grundlage für Veränderungen im Therapieprozess: Aktualisierungstendenz	93
2.8	Funktion und Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft	32	5.2	Die Grundlage von Inkongruenz: Das Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung	96
2.9	Die Einführung des Klientenzentrierten Konzepts in Deutschland	34	5.3	Die mehr oder weniger voll funktionsfähige Person	99
2.10	Weiterführende Literatur	34	5.4	Differenzielle Beschreibungen des Inkongruenzerlebens	103
3	Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie	37	5.5	Zusammenfassung	114
	<i>D. Höger</i>		5.6	Übereinstimmungen und Unterschiede mit tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Störungskonzepten	114
3.1	Organismus	38	5.7	Ausblick	115
3.2	Aktualisierungstendenz	39	5.8	Weiterführende Literatur	116
3.3	Die Repräsentation der Welt in der Person	58	6	Klientenzentrierte Therapietheorie	117
3.4	Weiterführende Literatur	72		<i>D. Höger</i>	
4	Klientenzentrierte Entwicklungslehre	73	6.1	Wie therapeutische Veränderungen entstehen	118
	<i>E.M. Biermann-Ratjen</i>		6.2	Wie und warum wirkt Gesprächspsychotherapie?	131
4.1	Vergleich mit psychoanalytischen Konzepten	73	6.3	Die Klientenzentrierte Therapietheorie und die Praxis	133
			6.4	Weiterführende Literatur	138

15	Gesprächspsychotherapie im stationären Rahmen	409	19.3	Focusing und Gesprächspsychotherapie . . .	438
	<i>J. Eckert</i>		19.4	Weiterführende Literatur	439
15.1	Historisches	409	20	Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie	441
15.2	Wann ist eine stationäre Psychotherapie einer ambulanten vorzuziehen?	410		<i>J. Eckert</i>	
15.3	Besondere Anforderungen an Gesprächspsychotherapeuten in der stationären Psychotherapie	410	20.1	Die Emotionstheorie von Greenberg und anderen	441
15.4	Wirksamkeit von stationärer Gesprächspsychotherapie	412	20.2	Ziele und Praxis der Prozess-Erlebnisorientierten Therapie	445
15.5	Weiterführende Literatur	414	20.3	Welche Unterschiede gibt es zwischen der PET und der klassischen Gesprächspsychotherapie?	447
16	Gruppenpsychotherapie	415	20.4	Weiterführende Literatur.	448
	<i>J. Eckert</i>		21	Ein störungsbezogenes Konzept von Gesprächspsychotherapie	449
16.1	Zur Geschichte der Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie	415		<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen</i>	
16.2	Zur Theorie der Gruppenpsychotherapie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts	417	21.1	Therapieziele und therapeutische Wirkfaktoren	450
16.3	Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie	420	21.2	Annahmen über die Zusammenhänge von Theorie und Praxis	451
16.4	Indikation für Gruppenpsychotherapie	420	21.3	Gesprächspsychotherapie bei bestimmten Diagnosen.	453
16.5	Differenzielle Indikation zur Einzel- oder Gruppenpsychotherapie.	421	21.4	Weiterführende Literatur.	456
16.6	Weiterführende Literatur.	421	22	Das Differenzielle Inkongruenzmodell	457
17	Paartherapie.	423		<i>E.-M. Biermann-Ratjen</i>	
	<i>J. Eckert</i>		22.1	Persönlichkeitstheoretische Annahmen	457
17.1	Einführung	423	22.2	Annahmen zur Entstehung von Inkongruenz	458
17.2	Die Entwicklung eines Konzepts Klientenzentrierter Psychotherapie mit Paaren	423	22.3	Inkongruenzanalyse und therapie-theoretische Annahmen	459
17.3	Klientenzentrierte Paartherapie	426	22.4	Weiterführende Literatur	460
17.4	Weiterführende Literatur	427	23	Behandlungsleitlinien	461
18	Familientherapie.	429		<i>E.-M. Biermann-Ratjen, J. Eckert, S. Laleik, K. Schützmann</i>	
	<i>J. Eckert</i>		23.1	Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Anpassungsstörungen	461
18.1	Geschichte und Definition	429	23.2	Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa	464
18.2	Klientenzentrierte Familientherapie	430	24	Literatur	483
18.3	Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie	433			
18.4	Weiterführende Literatur	434			
19	Focusing	435			
	<i>D. Höger</i>				
19.1	Focusing als Prozess	435			
19.2	Focusing als Methode	437			

25	Aus- und Weiterbildung in Gesprächs- psychotherapie	503
25.1	Ausbildung und Ausbildungsstätten in Deutschland, Österreich und in der Schweiz	503
25.2	Curriculum für eine Ausbildung nach dem deutschen PsychThG zum Psycho- logischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsycho- therapie	506
	Sachverzeichnis	513

1 Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie?

E.-M. Biermann-Ratjen

- 1.1 Was ist Psychotherapie? – 1**
 - 1.1.1 Eine Definition von Psychotherapie – 1
 - 1.1.2 Psychotherapie ist ein Prozess zur Beeinflussung – 2
 - 1.1.3 Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter Prozess – 3
 - 1.1.4 Psychotherapie ist Beeinflussung in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel – 4
 - 1.1.5 Psychotherapie ist Krankenbehandlung auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens – 5
 - 1.1.6 Psychotherapie beeinflusst mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) – 6
 - 1.1.7 Psychotherapie beeinflusst mittels lehrbarer Techniken – 8
 - 1.1.8 Was ist Gesprächspsychotherapie? – 9
- 1.2 Literatur – 10**

1.1 Was ist Psychotherapie?

Die Dienst habende Ärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eines Universitätskrankenhauses wird in den Zentralen Aufnahmedienst (ZAD) gerufen. Später berichtet sie in der Morgenkonferenz: Eine 20 Jahre alte, ledige, bei der Mutter lebende Studentin im ersten Semester ist während des Unterrichts ohnmächtig zu Boden gestürzt und von zwei Kommilitoninnen in den ZAD gebracht worden. Die junge Frau habe »abwehrend-agierend« mitgeteilt, dass sie seit mindestens drei Jahren immer wieder »Anfälle« von Luftnot und Herzrasen erlebe, in denen sie auch »gelähmt« sei, nicht hören und nicht sehen könne, auch nicht sprechen. Der Vater habe die Familie verlassen, in der es Suizidalität und Drogenabusus gebe, »alles zusammengebrochen« sei. Es komme am ehestens in geschlossenen Räumen zu diesen Anfällen. Die Patientin zeige aber keine Tendenz, diese zu meiden. Sie (die Ärztin) habe die Verdachtsdiagnose: Angststörung mit hysterischer Ausgestaltung gestellt und die Differenzialdiagnose: Dissoziative Störung und die Patientin mit der Frage, ob eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, in die Poliklinik überwiesen.

1.1.1 Eine Definition von Psychotherapie

Vor einem halben Jahrhundert hat Strotzka definiert, was aber schon lange galt und heute noch gilt:

»Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.«
(Strotzka, 1975, S. 4)

Diese Definition ist z. B. dem Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes (Meyer, Richter, Grawe, Graf v. d. Schulenburg & Schulte, 1991) zu Grunde gelegt worden.

Wir nehmen an, dass auch die erwähnte Psychiaterin von dieser oder einer ähnlichen Definition von Psychotherapie ausgeht. Der Ohnmachtsanfall stellt eine Verhaltensstörung bzw. einen Leidenszustand dar – er hat dazu geführt, dass die Studentin in den ZAD gebracht worden ist, und die Patientin erleidet immer wieder »Anfälle« von Luftnot und Herzrasen, in denen sie auch »gelähmt« sei, nicht hören und nicht sehen könne, auch nicht sprechen. Der Ohnmachtsanfall ist also wahrscheinlich nur eines der Symptome einer dahinter liegenden Störung. Die Studentin berichtet, dass der Vater die Familie verlassen habe, und deutet damit an, dass sie daran denkt, dass ihre Störungen psychogen sein könnten. Die Ärztin hält das offenbar auch für möglich und möchte prüfen lassen, ob andere Ärzte und/oder Psychologen das auch so sehen bzw. mit der Patientin einen Konsens darüber herstellen können, dass die verschiedenen Anfälle behandlungsbedürftig sind, und zwar nicht als Symptom einer körperlichen Erkrankung mit medizinischen Mitteln, sondern mit psychologischen Mitteln.

1.1.2 Psychotherapie ist ein Prozess zur Beeinflussung

Strotzka nennt Psychotherapie einen »Prozess zur Beeinflussung ... mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation)«. Beeinflusst zu werden ist für viele Menschen eine erschreckende Vorstellung. Sie wollen nicht beeinflusst werden, schon gar nicht mit psychologischen Mitteln, auch wenn sie dadurch von einem Leiden befreit werden könnten. Sie stellen sich unter Beeinflussung durch psychologische Mittel etwas vor, das im Extrem eine Gehirnwäsche ist.

Dazu ist zu sagen: Die psychologischen Mittel in der Psychotherapie bestehen in **Kommunikation**. Psychotherapie ist ein **interaktioneller Prozess**, d. h. ein Prozess, an dem immer mindestens zwei Personen beteiligt sind. In der Psychotherapie sind das der Therapeut und der Patient, der deshalb auch gerne Klient genannt wird, so wie eine Person, die ihre Rechte durch einen Rechtsanwalt vertreten lässt, ein Klient ist. Psychotherapie geschieht nicht im Patienten, sondern zwischen dem Therapeuten und dem Patienten. Psychotherapie ist kein passives Geschehen. Psychotherapeutisch behandelt zu werden

heißt, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Es gibt kaum ein Thema, dem in der Psychotherapiediskussion soviel Raum gewidmet worden ist, wie der **Therapiemotivation**: Wie kann ermöglicht werden, dass der Patient sich für das Kommunikationsangebot Psychotherapie öffnet und so mitarbeitet, dass Psychotherapie überhaupt möglich wird?

❗ Mit den psychologischen Mitteln einer Psychotherapie kann ein Mensch nicht ohne sein eigenes Zutun beeinflusst werden. Ein Mensch ist psychologisch nicht ohne seine eigene Mitwirkung zu erreichen. Er ist immer auch Autor seiner Erfahrung.

Das gilt übrigens nicht nur für den Bereich der Psychotherapie. Eine Blume z. B. kann mich nicht direkt erreichen. Sie kann nur – beispielsweise – so auf mich einwirken, dass ich die Wahrnehmung einer bestimmten Form und Farbe entwickle – was nur unter der Bedingung möglich ist, dass ich nicht farbenblind bin –, oder dass ich Lavendelduft rieche. Das Erkennen von Lavendelduft wiederum ist nicht möglich, wenn ich ihn nicht schon einmal gerochen habe, und auch nicht, wenn ich mich daran nicht erinnern kann. Ich werde auch dann nicht merken, dass ich etwas rieche, das meine Mutter Lavendel genannt hat, als es mir zum ersten Mal in die Nase stieg, wenn es dem Duft oder meiner Mutter damals nicht gelungen ist, mich affektiv zu erreichen, mich zu interessieren z. B. oder mir als mehr oder weniger angenehm zu erscheinen.

Allein die **Wahrnehmung des Psychotherapeuten durch den Patienten** ist also schon ein höchst komplizierter und höchst persönlicher und selbstorganisierter Prozess. Nicht nur die Sinnesorgane, ihre Funktionsweise und Funktionstüchtigkeit spielen in ihm eine Rolle, sondern auch frühere Wahrnehmungen und die Erinnerung an sie, die Bewertungen dieser Wahrnehmungen früher und heute, sowie Nervenbahnen und Gehirnstrukturen, die daran beteiligt waren und sind – was man heute sogar sichtbar machen kann, wenn aus sinnlichen Reaktionen, deren Interpretation und Bewertung Erfahrungen werden – unter bestimmten Bedingungen. Das Gänseblümchen am Straßenrand hat auch dann, wenn es meine Lieblingsblume ist, in dem Augenblick keine Chance, ein besonderer Erlebnisinhalt in meinem Wahrnehmungsfeld zu werden, in dem

meine ganze Aufmerksamkeit von einem vorbeirausenden Laster gefesselt wird.

Genau so begrenzt bzw. an Bedingungen gebunden ist der Einfluss der psychotherapeutischen Mittel des Psychotherapeuten auf den Patienten und auf dessen zukünftiges Verhalten und Erleben.

- ! Von Beeinflussung durch Psychotherapie kann nur dann die Rede sein, wenn der Patient in eine Interaktion mit dem Psychotherapeuten eintritt, in dem sie sich gegenseitig beeinflussen im Sinne von zunächst einmal überhaupt wahrnehmen.

Der Patient, der sich mit dem Psychiater darüber unterhält, dass sich sein Kleinheitswahn zurückgebildet hat und dass er sich selbst nicht länger für arm und klein und unbedeutend wie eine Kirchenmaus hält und auch sicher ist, dass der Psychiater ihn jetzt wertschätzt, im Türrahmen aber fragt: »Und weiß das die Katze auch?« hat seinen Psychiater wahrscheinlich nicht in dem eben beschriebenen Sinn wahrgenommen.

Im Gespräch in der Poliklinik mit der Patientin aus dem ZAD wird es ganz wesentlich auch darum gehen: Kann sich die Patientin vorstellen und ist sie in der Lage, über ihre Symptome und deren Geschichte, aber auch über sich selbst und ihre Geschichte in ihrer Familie und unter den anderen Bedingungen, die Psychotherapeuten als entscheidend für die Entwicklung einer Person und ihrer Störung ansehen, zu sprechen und nachzudenken? Und es wird um die Frage gehen: Zu den Annahmen welchen psychotherapeutischen Modells über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen passt das Krankheitsmodell der Patientin am besten? Auf welche psychologischen Mittel könnte sie sich einlassen unter der Vorstellung, von ihnen zu profitieren, und mit welcher Begründung?

1.1.3 Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter Prozess

In der Definition von Strotzka wird Psychotherapie ferner als ein bewusster und geplanter Prozess bezeichnet. Der psychotherapeutische Prozess ist das, was in der Interaktion zwischen den an einer Psychotherapie beteiligten Personen geschieht. Er ist, wenn wir Strotzka folgen, bewusst und geplant,

und zwar auf der Seite des Therapeuten, während für den Patienten – wie wir zu zeigen versucht haben – gilt, dass er den Interaktionsprozess zulassen muss, zumindest in der Form, dass er seine Interaktionspartner – den Therapeuten in der Einzeltherapie, den oder die Therapeuten und die anderen Beteiligten in der Gruppen- und/oder Familientherapie – wahrnehmen möchte und kann und das auch tut.

Für den Therapeuten gilt: Man kann nur planen, was man auch meint, in einem bestimmten Ausmaß vorhersagen zu können und/oder auf dessen Zustandekommen man in irgendeiner Weise meint, Einfluss nehmen zu können. Ein Therapeut muss Vorstellungen davon haben, wie (seine) Psychotherapie funktioniert und welche seine Rolle in der therapeutischen Interaktion ist. Er muss selbst davon überzeugt sein, dass seine Psychotherapie hilfreich ist, nicht nur im Allgemeinen, sondern auch im jeweiligen Fall. Er muss Kriterien haben, an denen er selbst und möglichst auch andere ermessen können, ob und wie gut er die Rolle des Psychotherapeuten ausfüllt.

- ! Therapie ist ein bewusster Prozess, das bedeutet: Der Therapeut muss sich seiner für die Therapie relevanten Verhaltensweisen, Gedanken oder Gefühle bewusst werden können, muss sie unter dem Gesichtspunkt reflektieren können, ob sie zu seiner Rolle als Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten gehören oder nicht und diese und damit den therapeutischen Prozess befördern oder nicht.

Jeder Therapeut muss in diesem Sinne eine Psychotherapietheorie haben. Bewusst und geplant mit dem Patienten interagieren heißt also nicht nur, Pläne zu haben und sich dieser bewusst zu sein. Bewusst und geplant handeln heißt für den Therapeuten vor allem, sich bewusst machen bzw. reflektieren zu können, ob er seine Rolle ausfüllt.

Ein Therapeut könnte z. B. die Vorstellung haben, dass die Studentin diese Anfälle, in denen sie auch »gelähmt« ist, nicht hören und nicht sehen und auch nicht sprechen kann, nur in bestimmten Situationen in der Reaktion auf bestimmte Reize einer bestimmten Intensität hat, die ihr in anderen Situationen nur sehr viel Angst machen. Er könnte sie dann dadurch behandeln, dass er sie in einem entspannten Zustand

mit den bedrohlichen Reizen konfrontiert und sie erleben lässt, dass die Angst sie nicht in jeder Situation total umwirft bzw. »lähmt«.

Was ein Neuropsychotherapeut (Grawe, 2004) in der Behandlung dieser Patientin planen und sich bewusst machen würde, soll an dieser Stelle nicht ausphantasiert werden. Es könnte aber dem, was vor 100 Jahren geplant und wie es reflektiert und evaluiert worden ist, nicht ganz unähnlich sein.

Wir lesen bei Grawe (2004, S. 18):

»Wenn allen psychischen Prozessen neuronale Vorgänge zu Grunde liegen, dann liegen veränderten psychischen Prozessen veränderte neuronale Vorgänge zu Grunde. Wir können als nachgewiesen ansehen, dass psychische Prozesse durch Psychotherapie wirksam und dauerhaft verändert werden können. Daraus ergibt sich, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann. Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert. Wenn sie das Gehirn nicht verändert, ist sie auch nicht wirksam. Oder, in LeDoux's Worten: »Psychotherapy is fundamentally a learning process for its patients, and as such is a way to rewire the brain. In this sense, psychotherapy ultimately uses biological mechanisms to treat mental illness« (Le Doux, 2002, S. 299)«.

In seinem Roman »Und Nietzsche weinte« lässt Yalom (1994, S. 57) den Wiener Arzt Breuer dem jungen Freud aus seiner Behandlung der Patientin Anna O. berichten:

»Bald schon nahmen wir uns des nächsten Symptoms in der gleichen systematischen Weise an. Mehrere Symptome – die Armparese z. B. oder ihre Gesichtshalluzinationen von Totenköpfen und Schlangen – wurzelten im psychischen Trauma des Todes ihres Vaters. Nachdem sie alle Einzelheiten und Affekte dieses Erlebnisses beschrieben hatte – um ihrem Erinnerungsvermögen nachzuhelfen, hatte ich sie sogar gebeten, die Möbel exakt so anzuordnen, wie sie bei seinem Tode gestanden hatten –, lösten sich auch diese Symptome auf.«

Dazu sagt in dem Roman Freud:

»Aber das ist ja grandios! ... Die theoretischen Implikationen sind atemberaubend. Und stimmen vollkommen mit Helmholtzens Theorie überein! Sind die überschüssigen, für derlei Symptome verantwortlichen Hirnströme erst durch affektive Katharsis abgeleitet, dann verschwinden auch brav die Symptome! Das ist doch eine wegweisende Entdeckung! Sie müssen den Fall unbedingt veröffentlichen!«

Geplant ist in beiden Fällen ein »rewiring« des Gehirns. Einmal durch einen Prozess mit wesentlicher Beteiligung von Gehirnfunktionen, der Katharsis genannt wird – das ist ein starker Gefühlsausdruck –, dem dadurch »nachgeholfen« werden kann, dass Einfluss darauf genommen wird, welche Reize auf die Patientin einwirken; das andere Mal durch einen Prozess, der Lernen genannt wird, und bei dem ebenfalls über die Reize, die auf den Patienten einwirken, Einfluss genommen wird.

1.1.4 Psychotherapie ist Beeinflussung in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel

! Das Ziel des bewussten und geplanten psychotherapeutischen Prozesses ist nach der Definition von Strotzka die Minimalisierung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen (Symptomen) und/oder eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

Der Psychotherapeut sollte also nicht nur seine Rolle kennen und reflektieren können. Er sollte auch und vor allem den psychotherapeutischen Prozess im Hinblick auf die Erreichung von Symptomminimalisierung und/oder Veränderung der Struktur der Persönlichkeit, als deren Ausdruck manche Symptome gelten, planen und beobachten können. Der bewusst und geplant mit dem Patienten interagierende Psychotherapeut hat also auch eine Vorstellung davon, was als gestörtes Verhalten anzusehen ist und was als Leidenszustand im Sinne eines Symptoms einer psychotherapeutisch behandelbaren und behandlungswürdigen Erkrankung. In der Definition von Psychotherapie nach Strotzka hat er auch eine

Persönlichkeitstheorie, in der zwischen der gesunden und der zu verbessernden Persönlichkeitsstruktur unterschieden wird und in der es Vorstellungen von den Beziehungen zwischen Leidenszuständen und Verhaltensstörungen und verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen gibt und davon, welchen Einfluss sein Anteil am Interaktionsverhalten auf diese Beziehungen im Patienten unter welchen Umständen haben kann. Dass das alles auch im Gehirn repräsentiert ist, spielt dabei nicht notwendigerweise eine Rolle.

In der Poliklinik wird also nicht nur zu prüfen sein, ob es zwischen der Medizinstudentin und der Ärztin oder Psychologin eine Übereinstimmung darüber gibt, dass die Anfälle der Patientin nicht Ausdruck einer organischen Erkrankung sind. Es wird auch darum gehen, ob die Studentin und die Poliklinikmitarbeiterin gemeinsam zu der Auffassung gelangen, dass eventuell bei der Entwicklung der Anfälle eine verbesserungswürdige Persönlichkeitsstruktur eine Rolle spielt, die es z. B. der Patientin erschwert, sich an persönlich belastende Situationen anzupassen. Einen Hinweis auf eine persönliche Belastung hat die Patientin schon der Psychiaterin im Zentralen Aufnahmehaus gegeben, indem sie erwähnt hat, dass der Vater die Familie verlassen habe. Die Mitteilung, dass es Suizidalität und Drogenabusus in der Familie gebe, könnte als ein weiterer Hinweis auf persönliche Belastungen angesehen werden. Die Patientin könnte damit aber auch angedeutet haben, dass sie überlegt, ob sie vielleicht in einer Familie aufgewachsen ist, in der auch andere Mitglieder Symptome einer mangelnden Belastbarkeit oder verbesserungswürdigen Persönlichkeitsstruktur aufweisen.

Was unter Persönlichkeitsstörungen verstanden wird, ist heute auf der beschreibenden Ebene in den Diagnosesystemen DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, APA, 1996) und ICD (International Classification of Diseases, WHO, 2000) verbindlich geregelt. Darüber, wie sie entstehen, gibt es weniger Einigkeit und entsprechend weniger Übereinstimmung darüber, wie sie und ihre Symptome zu behandeln sind, durch welche Behandlungsmethoden welche Behandlungserfolge erreicht werden bzw. welche Zusammenhänge zwischen Behandlungsmethoden und -erfolgen tatsächlich bestehen und wie sie zu erklären sind.

Bevor ein Poliklinikmitarbeiter vor dem Hintergrund seines Wissens und seiner Überzeugung von

den Zusammenhängen zwischen Verhaltensstörungen und Leidenszuständen auf der einen Seite und der Struktur einer Persönlichkeit auf der anderen Seite und davon, welche Symptome mit welchen Behandlungsmethoden und warum zum Verschwinden gebracht werden können, in Abstimmung mit dem Patienten zu dem Ergebnis kommt, dass bei ihm und seinem Symptom eine bestimmte Psychotherapie indiziert ist, d. h. die Behandlung der Wahl wäre, muss er auch noch prüfen, ob die »Bezugsgruppe« diese Verhaltensstörung oder diesen Leidenszustand auch für behandlungsbedürftig im Sinne von behandlungswürdig hält. Es gibt Leidenszustände – z. B. in der Folge von schlechten Prüfungsergebnissen entsprechende Ängste vor der nächsten Prüfung –, die mit psychologischen Mitteln bzw. in bestimmten geplanten und bewussten interaktionellen Prozessen beeinflusst werden können. Aber diese Mittel müssen nicht psychotherapeutische sein. Sie können z. B. auch Nachhilfestunden sein. Man kann nicht nur darüber streiten, ob die Anwendung bestimmter Methoden, die Lernen ermöglichen – z. B. kann das selbstbewusste Auftreten in einer Bewerbungssituation im Rollenspiel erlernt werden –, überhaupt den Namen Psychotherapie verdient. Viel wichtiger ist, dass die Beurteilung einer Verhaltensstörung oder eines Leidens, aber auch einer Persönlichkeitsstruktur als behandlungswürdig zur Voraussetzung hat – und das ist auch ein politisches Problem! –, dass die Gesellschaft in ihnen ein Problem sieht, das durch Psychotherapie zu lösen ist. Sie kann es auch zu einem Problem für den Strafvollzug erklären oder für die Pädagogik, die Selbstbeherrschung oder die Magie.

1.1.5 Psychotherapie ist Krankenbehandlung auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens

Die Beurteilung eines Problems als einer Behandlung durch Psychotherapie würdig, setzt eigentlich eine Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens voraus, zu der eine **Definition dessen, was krank ist**, gehört. Eine solche allgemein anerkannte Theorie gibt es aber nicht. Mangels verbindlicher medizinischer oder psychologischer Definitionen

von psychischer Krankheit und damit auch von Behandlungsbedürftigkeit hat sich in Deutschland der »Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Durchführung von Psychotherapie« (der heute »Gemeinsamer Bundesausschuss« – »G-BA« – heißt) jahrzehntelang mit einem juristischen Begriff (z. B. in Faber & Haarstrick, 1991) beholfen, den das Oberlandesgericht Celle in einem Urteil geliefert hat (Faber, 1981): »Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder lediglich die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich die Arbeitsfähigkeit zur Folge hat«.

Als es das Psychotherapeutengesetz noch nicht gab, ist diese Definition immer wieder dann bemüht worden, wenn es um die Frage ging, ob Verhaltensstörungen und psychisch bedingte Leidenszustände Ausdruck einer Krankheit waren bzw. die Notwendigkeit einer Heilbehandlung begründen konnten oder nicht, d. h., ob die Krankenkassen zahlen mussten. Poliklinikärzte z. B. haben deshalb, wenn sie einem Patienten eine Psychotherapie »verschreiben« wollten, diesem attestiert, dass er, wenn er nicht psychotherapeutisch behandelt würde, arbeitsunfähig werden und/oder sogar in ein Krankenhaus eingewiesen werden müsste. Wer die Krankheit und damit die Notwendigkeit einer Heilbehandlung, also z. B. einer Psychotherapie, feststellen und beurteilen darf, ob eine bestimmte Art von Behandlung eine Heilbehandlung darstellt bzw. die Problemlösungsmethode der Wahl bei bestimmten Leidenszuständen ist – ob nicht z. B. eher Strafvollzug oder Psychoedukation indiziert sind –, das sind und bleiben aber politische Fragen, die mit solchen Definitionen von Krankheit natürlich nicht zu beantworten sind.

Es hat noch nie einen Mangel an Theorien des normalen und pathologischen Verhaltens, wie sie in der Definition von Strotzka gefordert werden, gegeben. Viele von ihnen haben Überprüfungen nicht Stand gehalten, mussten modifiziert oder aufgegeben werden, z. B. die Theorie von der Genese von spezifischen Störungen in der Folge von Fixierungen an bestimmte Phasen der psychosexuellen Entwicklung in der Psychoanalyse oder die verhaltenstherapeutische Erklärung therapeutischer Veränderungen durch Konditionierungsprozesse, z. B. bei der Systematischen Desensibilisierung.

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) enthält als Forderung an ein Psychotherapeutisches Verfahren, dass es »wissenschaftlich anerkannt« sein muss, damit Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten darin ausgebildet und approbiert werden dürfen. In Zweifelsfällen sieht der § 11 des PsychThG vor, dass ein Wissenschaftlicher Beirat das Vorliegen der »wissenschaftlichen Anerkennung« prüft.

Für Senf und Broda geht es bei dieser Prüfung darum, »ob für ein bestimmtes Verfahren ein hinreichender Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis als Krankenbehandlungsmethode erbracht wurde. Prinzipiell wird für jedes psychotherapeutische Verfahren und für jede psychotherapeutische Technik die empirische Überprüfung und Absicherung in kontrollierten Studien gefordert« (2005, S. 4). Nach dieser Auslegung steht für den Nachweis der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens der Nachweis der Wirksamkeit im Vordergrund.

Sie führen ferner aus, der Begriff Psychotherapie beschreibe »zum einen einen **medizinischen Versorgungsbereich** im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens und zum anderen psychotherapeutische **Verfahren zur Krankheitsbehandlung**, wobei letzteres auch als **Fachpsychotherapie** bezeichnet werde« (a. a. O.).

Eine politisches Problem ist sie also nach wie vor: die Forderung nach einer Theorie des normalen und des pathologischen Verhaltens als Basis für die Psychotherapie.

1.1.6 Psychotherapie beeinflusst mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation)

Die psychologischen Mittel, das sind die meist verbalen Mittel der Kommunikation, mit denen Psychotherapie beeinflusst, die in Vorlesungen über Klinische Psychologie oft auch Interventionsmethoden genannt und in einem eigenen Prüfungsfach in der Diplom-Prüfung für Psychologie abgefragt werden, sind das zentrale Thema der Psychotherapieforschung in den letzten Jahrzehnten gewesen.

Psychotherapieforscher haben Patienten und ihre Veränderungen, die nach der Behandlung mit

bestimmten Methoden zu beobachten waren, verglichen mit Patienten und ihren Veränderungen, die nicht mit diesen Methoden behandelt worden waren. Die Interpretation dieser Ergebnisse ist nicht unproblematisch, denn es gibt z. B. den **Placeboeffekt**: Auch die Einnahme von Tabletten ohne wirksame Substanz kann wirken. Das basiert aber wahrscheinlich auch auf psychologischen Mitteln, wahrscheinlich sogar auf kommunikativen. Es kann sein, dass sich die Vertrauenswürdigkeit des Arztes mitteilt und die unwirksamen Pillen wirksam werden lässt oder dass sich der Glaube des Patienten an die Wirksamkeit der Medizin durchsetzt, um nur zwei Möglichkeiten zu nennen.

Auch in der Psychotherapie könnte ein Placeboeffekt in diesem Sinne eine Rolle spielen. Eines der wichtigsten Ergebnisse der Therapieforschung der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts ist die Erkenntnis, dass die **Beziehung zwischen Therapeut und Patient** der zentrale Wirkfaktor in der psychotherapeutischen Behandlung ist. Ist es deshalb zwingend, in der therapeutischen Beziehung ein psychologisches Mittel im Sinne einer Interventionsmethode zu sehen?

Die Frage nach den psychologischen Mitteln, die **therapeutische Wirkfaktoren** genannt werden, stammt aus der Erforschung der Gruppenpsychotherapie.

Definition

Wirkfaktoren werden die Kräfte genannt, die den psychotherapeutischen Prozess zu einem wirksamen machen.

Zunächst wurde von Wirkfaktoren als von den Erfahrungen gesprochen, die Gruppenpsychotherapiepatienten im Verlauf der Therapie als hilfreich erlebt hatten bzw. denen sie ihre Veränderungen durch die Psychotherapie zuschrieben. Zu diesen Erfahrungen gehörten vor allem, sich in der Gruppe wohl zu fühlen, sie als wichtig und attraktiv zu erleben, sehen und davon lernen zu können, wie andere Personen mit ihren Problemen umgehen, sich selbst in der Gruppe öffnen zu können und die seit der Kindheit in der Familie altbekannten Probleme in der Gruppe wiedererleben zu können (Eckert & Biermann-Ratjen, 1985; Yalom, 1996). Sie stellen sozusagen ein

Klassifikationssystem oder eine Taxonomie im Erleben von Patienten dar, in das diese ihre Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie einordnen und das sie gleichsam in sich selbst entdecken, wenn sie gefragt werden, was an der Gruppentherapie ihnen gut getan hat.

Die nächste Frage war, was Therapeuten dazu beitragen können, dass die Patienten solche hilfreichen Erfahrungen während ihrer Behandlung machen. Und daraus erwuchs sehr schnell die Frage, ob in verschiedenen Psychotherapieverfahren – in denen unterschiedliche psychologische Mittel oder Interventionsmethoden auf der Grundlage unterschiedlicher Theorien des normalen und pathologischen Verhaltens eingesetzt werden – die einzelnen Wirkfaktoren in unterschiedlichem Ausmaß erlebt oder gar »verwirklicht« werden.

Auch die Ergebnisse dieser Forschung sind nicht leicht zu interpretieren. Wir wissen z. B., dass die sog. **Kohäsion einer Gruppe** – das ist das Ausmaß, in dem die Mitglieder einer psychotherapeutischen Gruppe diese und sich gegenseitig schätzen und nutzen – einen Einfluss nicht nur auf die Effekte der Gruppentherapie, sondern auch auf die Ausprägung anderer Wirkfaktoren hat, z. B. darauf, wie viel Lernen von anderen in dieser Gruppe erlebt wird. Das könnte daran liegen, dass nicht alle therapeutischen Gruppen gleichermaßen heilsam sind, die einzelnen Gruppenmitglieder tatsächlich füreinander unterschiedlich wertvoll und nützlich sind. Es kann aber auch daran liegen, dass eine Gruppe von ihren Mitgliedern zunächst als wertvoll eingeschätzt und dann entsprechend genutzt wird. Man kann diese aber auch für überflüssige Fragen halten: Wichtig sei nur, dass man feststellen kann, dass eine kohäsive Gruppe die besseren Therapieeffekte aufweist. Es wäre dann die Aufgabe des Therapeuten dafür zu sorgen, dass seine Gruppe so kohäsiv wie möglich wird. Dazu müsste der Therapeut aber wissen, was eine Gruppe kohäsiv macht: ob es seine Interventionen sind und welche, oder ob es das Verhalten der Patienten oder die Bewertungen der Gruppe durch die Patienten sind und wie das entsprechend zu fördern ist, oder ob alles zusammen und in Interaktion miteinander eine Rolle spielt.

Es ist also gar nicht so leicht, die psychologischen Mittel zu benennen, mit denen Psychotherapie beeinflusst. Und es ist noch schwerer, herauszufinden,

wo in der Interaktion von Therapeut und Patienten und von Patienten miteinander nach ihnen zu suchen ist: in den Patienten, die sich auf den psychotherapeutischen Prozess einlassen, im psychotherapeutischen Prozess selbst, in den Interventionsmethoden des Psychotherapeuten, in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, im Glauben des Therapeuten an deren Wirksamkeit oder im Glauben der Patienten an den Therapeuten, die Methode usw. Dementsprechend problematisch ist die Antwort auf die Frage, was der Psychotherapeut dazu tun kann, dass sich ein psychotherapeutischer Prozess so entwickelt, dass ein bestimmtes therapeutisches Ziel erreicht wird.

❗ Es bedarf nicht nur eines Konsenses von Patient und Therapeut, sondern auch mit der Bezugsgruppe, um eine Verhaltensstörung oder einen Leidenszustand psychotherapeutisch zu behandeln. Wie wir zu zeigen versucht haben, ist es nicht nur eine medizinische oder psychologische Frage, sondern auch eine der politischen Verhältnisse, ob eine Verhaltensstörung oder ein Leidenszustand als Symptom oder ein bestimmtes Symptom einer Persönlichkeitsstruktur als Ausdruck einer Erkrankung angesehen werden können und als einer Psychotherapie zugänglich und würdig.

Die politischen Verhältnisse haben es in der letzten Zeit nahe gelegt und ermöglicht, dass es in der Psychotherapieforschung vornehmlich um die **störungsspezifische Differenzierung** gegangen ist, die Akkumulation des Wissen und »Know-hows« um bestimmte Störungen und Probleme herum und Methoden zu ihrer Behandlung. Unter Störung wurde dabei das Phänomen (das in Erscheinung Treten) eines Syndroms verstanden, d. h. einer Anzahl von Verhaltens- und Erlebnisweisen, die oft zusammen auftreten und auch einen gemeinsamen Verlauf nehmen. Die störungsspezifische Perspektive sieht die Aufgabe der Psychotherapie darin, solche Störungen zu behandeln, und die der Psychotherapieforschung darin, die besonderen Interventionsmethoden zu identifizieren oder zu entwickeln, mit denen die Symptome der verschiedenen Störungen in der kürzesten Zeit und am nachhaltigsten zum Verschwinden gebracht werden können. Persönlichkeitsstrukturen gelten in diesem Zusammenhang als Persönlichkeitsstörungen, d. h. über die Zeit beson-

ders stabile Lieferanten von gemeinsam auftretenden Verhaltensstörungen und Leidenszuständen bzw. Syndromen.

Dass es auch andere Vorstellungen von Persönlichkeitsstrukturen und entsprechenden Vorgehensweisen zu ihrer Veränderung gibt als die, die sich aus der störungsspezifischen Perspektive ergeben, werden wir in diesem Buch noch wiederholt zu zeigen haben.

1.1.7 Psychotherapie beeinflusst mittels lehrbarer Techniken

Es sind also verschiedene Theorien des normalen und pathologischen Verhaltens als Basis für psychologische therapeutisch wirksame Mittel denkbar, und einige von denen, die ausformuliert worden sind, haben wissenschaftlichen Prüfungen nicht standgehalten. Manche sind auch sehr alt und gelten allein schon deshalb als durch neue zu ersetzen. Das Alter einer Theorie sagt aber nichts über ihre Qualität aus, es sei denn die Forschung hat Erkenntnisse zu Tage gefördert, die wesentliche ihrer Annahmen unhaltbar machen oder es nahe legen, sie durch neue, weil besser zur Erklärung bestimmter Phänomene geeignete, zu ersetzen.

❗ Wir haben ausgeführt, dass eine Theorie der Therapie die Voraussetzung dafür ist, dass der Therapeut geplant und bewusst handelt. Die Forschung hat zudem zeigen können, dass Therapeuten, die im Einklang mit ihrer eigenen Therapietheorie vorgehen – man nennt das konzeptkonform handeln – die größeren Therapieerfolge erzielen als die Therapeuten, die das nicht tun (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985). Und es hat sich herausgestellt, dass Patienten dann besonders viel von einer Psychotherapie haben, wenn ihre Vorstellungen von den Ursachen ihrer Erkrankung und den Mitteln dagegen mit der Theorie des Therapeuten übereinstimmen (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990).

Strotzkas Forderung, dass die psychologischen Mittel der Psychotherapie und des Psychotherapeuten auch lehrbar bzw. erlernbar sein sollen, sei hier so interpretiert, dass ihre Anwendung, ihre Wirkungsweise und ihre Effekte vorstellbar, denkend und auch

experimentell nachvollziehbar und damit auch verstehbar sein müssen. Das ist nur möglich im Rahmen einer Theorie. Psychotherapie ist in diesem Sinn nicht Kunst – außer im Sinne von Kennen und damit Können – und auch nicht Magie.

1.1.8 Was ist Gesprächspsychotherapie?

Nach jahrelanger Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung – auch von sehr schwer gestörten – verhaltensauffälligen und auch strafällig gewordenen Kindern und in der Beratung von deren Eltern hat Carl Rogers 1957 die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das in Gang Setzen und die Aufrechterhaltung eines psychotherapeutischen Prozesses, der zu einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung führt, formuliert.

Gesprächspsychotherapie beschreibt Psychotherapie als Bedingung für einen Prozess, in dem es zu konstruktiven Veränderungen des Klienten kommt, die, wie es bei Rogers heißt, mehr Reife bedeuten oder mehr psychische Anpassung. Heute nennen wir das mehr **psychische Gesundheit**. Die psychotherapeutische Situation wird als eine Konstellation von Bedingungen definiert, die in einer bestimmten Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten bestehen. Der Therapeut macht ein Beziehungsangebot, und Psychotherapie findet statt – bzw. es kommt zu den angestrebten Veränderungen in Richtung auf ein bestimmtes Ziel, wenn der Patient in der Lage ist, dieses Beziehungsangebot wahrzunehmen und wenn er es auch annimmt. Dann stellen Patient und Therapeut gemeinsam das psychologische Mittel eines interaktionellen kommunikativen Prozesses her, in dem der Patient wahrnimmt und damit auch annimmt, dass ihn der Therapeut bedingungsfrei

Notwendige und hinreichende Bedingungen für einen psychotherapeutischen Prozess nach Rogers

1. Zwei Menschen haben einen psychologischen Kontakt, d. h. sie nehmen einander wahr: »each makes some perceived difference in the experiential field of the other« (Rogers, 1957a, S. 96).
2. Der eine Mensch, Rogers nennt ihn den Klienten, ist inkongruent. Das heißt im Rahmen der Gesprächspsychotherapie¹: Er ist mit Erfahrung beschäftigt, die nicht zu seinem Selbstbild passt. Die inkongruente Person ist mit sich selbst uneins und fühlt das auch, ist z. B. verletzlich oder ängstlich.
3. Der andere Mensch, der Therapeut, ist in der Beziehung zum Klienten kongruent. Er kann in der Interaktion mit dem Klienten wirklich er selbst (»genuine«) sein. Er verbirgt sich nicht hinter einer »Fassade«. Er erlebt nichts, was er nicht mit seinem Selbstkonzept vereinbaren kann und dessen er sich deshalb nicht bewusst werden kann.
4. »Der Therapeut erlebt sich als den Klienten bedingungsfrei positiv beachtend« (Rogers, 1957a, S. 96, Übersetzung v. Verf.). Er kann den Klienten annehmen und wertschätzen, und

zwar unbedingt. Das Gegenteil wäre, den Klienten zu bewerten, ihn in der einen Erfahrung anzuerkennen und in einer anderen abzulehnen.

5. Der Therapeut fühlt sich empathisch in den Inneren Bezugsrahmen des Klienten ein und bemüht sich, dem Klienten die Erfahrungen, die er dabei macht, mitzuteilen. Die Einfühlung des Therapeuten führt zu einem so genauen Verstehen dessen, was der Klient von seinen Erfahrungen wahrnimmt, als seien sie Erfahrungen des Therapeuten selbst, ist aber von dem klaren Bewusstsein begleitet, dass es eben nicht die eigenen Erfahrungen, sondern die eines anderen Menschen sind.
6. Der Klient nimmt zumindest in Ansätzen wahr, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und bedingungslos wertschätzt.

(vgl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, S. 13 f.)

¹ anders als bei Grawe (2004), der von Inkongruenz im Sinne von unbefriedigt sein in den Grundbedürfnissen, zu denen unter anderen ein Bindungs- und ein Kontroll- und ein Selbstwertbedürfnis gehörten, spricht.

positiv beachtet und empathisch in seinem Bezugsrahmen so genau versteht, als handele es sich bei dem empathisch Verstandenen um seine eigenen Gefühle, ohne aber jemals zu übersehen, dass sie eben nicht seine, sondern die des Patienten sind.

Der Inhalt der Kommunikation in diesem interaktionellen Prozess, in dem sich der Therapeut seiner eigenen Befindlichkeit jederzeit bewusst werden kann und der auch auf seiner Seite immer ein intendierter und geplanter zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen ist, ist die Beschäftigung des Klienten mit seiner Inkongruenz, mit seinen Erfahrungen, die er nicht mit seinem Selbstkonzept vereinbaren kann. Die Verringerung dieser Inkongruenz ist das definierte und nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Patienten erarbeitete Ziel der Therapie. Verringerung der Inkongruenz, d. h. Abnahme der Menge der Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden können und/oder deswegen abgewehrt, d. h. dem Bewusstsein vorenthalten werden, bedeutet im Klientenzentrierten Konzept Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit.

! Gesprächspsychotherapie erfolgt auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens in einer therapeutischen Beziehung, die als Bedingung für den therapeutischen Prozess, in dem sich konstruktive Veränderungen entwickeln, definiert ist. Sie hat die Qualität einer tragfähigen emotionalen Bindung. Die Forschung hat zeigen können, dass Empathisches Verstehen und Bedingungsfrei Positives Beachten und nicht Bewerten der Erfahrungen einer anderen Person lehrbar im oben beschriebenen Sinne und trainierbar sind.

Dieses Buch wird schildern, dass und warum die erwähnte Studentin, wenn sie sich in gesprächspsychotherapeutische Behandlung begeben wird, ein immer differenzierteres Bild von sich selbst und ihren Beziehungen zu ihrer Umwelt entwickeln wird, und dass, je differenzierter dieses Selbstbild wird, sie umso mehr auch das Bedürfnis spüren wird, sich vor Erfahrungen zu schützen, die sie in ihrem Selbstbild und ihrem Selbstwert bedrohen, und erleben wird, wie sie sich schützt bzw. in welchen Symptomen sich zeigt, dass sie sich schützt bzw. gegen bestimmte Erfahrungen verteidigt, z. B. indem sie diese gar nicht wahrnimmt.

Sie wird die Erfahrung der Aufhebung von Inkongruenz machen, wenn sie solche bisher bedrohliche Erfahrung in ihre Selbsterfahrung integrieren kann. Das wird ihr unter der Bedingung möglich werden, dass der Therapeut sie auch in Erfahrungen versteht und ohne sie zu bewerten positiv beachtet, in denen sie sich selbst nicht annehmen kann. Der Studentin wird sich selbst und ihrer Erfahrung immer mehr so begegnen können, wie der Therapeut es tut. Dadurch wird es nicht nur dazu kommen, dass die Symptome verschwinden. Es wird sich auch die Struktur der Persönlichkeit der Patientin ändern. Sie wird offener für ihre Erfahrung werden, fähiger zur Selbstexploration, kongruenter und das heißt auch angstfreier und weniger auf der Flucht vor der Erfahrung. Sie wird dadurch auch kognitiv flexibler und freier im Denken werden, ihr Leben immer mehr als ihr eigenes ansehen und immer mehr Verantwortung für ihr Leben übernehmen.

? Übungsfragen

- Wie definiert Strotzka Psychotherapie?
- Gibt es eine verbindliche Definition von »krank«?
- Was ist der psychotherapeutische Prozess?
- Was versteht man unter therapeutischen Wirkfaktoren?
- Was bedeutet »störungsspezifisch« in der Psychotherapie?
- Was sind nach Rogers die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess?

1.2 Literatur

- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. (Deutsch: Rogers, C. R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers*, S. 165-184. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1991)
- Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (4., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Pfeiffer.

2 Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts

D. Höger

- 2.1 Warum ist es sinnvoll, sich mit der Geschichte der Gesprächspsychotherapie zu befassen? – 12**
 - 2.1.1 Das Problem der mehrdeutigen Sprache – 12
 - 2.1.2 Über die wechselseitige Verbundenheit von Theorie und Praxis – 13
 - 2.1.3 Erkenntnistheoretische Aspekte – 13
- 2.2 Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirisch-psychologischer Forschung – 14**
 - 2.2.1 Die Anfänge – 14
 - 2.2.2 Erste Erfahrungen mit den Anforderungen der klinisch-psychologischen Praxis – 14
 - 2.2.3 Drei für die weitere Entwicklung wesentliche Episoden – 15
 - 2.2.4 Konsequenzen aus den Erfahrungen – 16
- 2.3 Die Suche nach dem effizienten Therapeutenverhalten – 17**
 - 2.3.1 Wachstum in einer therapeutischen Beziehung – 17
 - 2.3.2 Die Behandlung von Problemkindern – 17
 - 2.3.3 Die Professur an der Ohio State University – 18
 - 2.3.4 Das konkrete Therapeutenverhalten als Gegenstand der Ausbildung von Therapeuten – 18
 - 2.3.5 Die neue Art der Therapieforschung – 18
 - 2.3.6 Das neue Therapiekonzept – 19
 - 2.3.7 Der erste geschlossene Ansatz: »Counseling and Psychotherapy« – 19
 - 2.3.8 »Klient« oder »Patient«? – 20
- 2.3.9 Nicht-Direktivität als Merkmal des Klientenzentrierten Ansatzes – 21
- 2.3.10 Vorläufiges Fazit – 23
- 2.4 Die Überprüfung der Wirksamkeit von Therapie – 23**
 - 2.4.1 Rogers als Bahnbrecher für die Psychotherapieforschung – 23
 - 2.4.2 Anerkennung in der Fachwelt – 24
- 2.5 Die erste Formulierung der Klientenzentrierten Theorie – 25**
 - 2.5.1 Client-centered therapy – 25
 - 2.5.2 Übertragung des Klientenzentrierten Konzepts auf andere Anwendungsbereiche – 25
 - 2.5.3 Ausbildung von Psychotherapeuten – 26
- 2.6 Die systematische Darstellung des Klientenzentrierten Konzepts – 26**
- 2.7 Das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts – 27**
 - 2.7.1 Ist der Mensch »gut«? – 27
 - 2.7.2 Wie lässt sich die skeptische Sicht Freuds erklären? – 29
 - 2.7.3 Die Kontroverse mit Skinner – 30
- 2.8 Funktion und Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft – 32**
- 2.9 Die Einführung des Klientenzentrierten Konzepts in Deutschland – 34**
- 2.10 Weiterführende Literatur – 34

In diesem Kapitel wird die Entstehung der Gesprächspsychotherapie bzw. des Klientenzentrierten Konzepts aus der Verknüpfung von therapeutischer Praxis und empirisch-psychologischer Forschungsmethodik dargestellt. Das ihr zugrunde liegende Menschenbild wird erörtert und dem der Psychoanalyse und dem des verhaltenswissenschaftlichen Ansatzes gegenüber gestellt. Ein Blick auf das wissenschaftstheoretische Konzept des Paradigmas nach Kuhn (1967, 1977) verdeutlicht, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind und welche Bedeutung ihnen für die gegenwärtige und zukünftige Theorie der Psychotherapie zukommt. Schließlich wird kurz die Einführung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland geschildert.

2.1 Warum ist es sinnvoll, sich mit der Geschichte der Gesprächspsychotherapie zu befassen?

Wäre es nicht zweckmäßiger, sich auf den neuesten Stand der Gesprächspsychotherapie zu beschränken und ihn genau und verständlich darzustellen, anstatt sich mit ihrer Vergangenheit zu befassen, die ohnehin überholt ist? Wenn in diesem Kapitel dennoch die Geschichte des Klientenzentrierten Konzepts behandelt wird, dann hat dies gute Gründe.

Zunächst erleichtert es unter methodisch-didaktischen Gesichtspunkten den Zugang zu einer Theorie bzw. einem Konzept beträchtlich, wenn deutlich wird, aus welchem Zusammenhang heraus und mit welchen konkreten Fragen und Problemen sie entstanden ist. Sie wird damit **anschaulicher** und greifbarer.

Zudem kursieren in den Vorstellungen von Laien – aber auch von Fachleuten – Vorstellungen von und über die Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie, die auf Fehlinformationen und Missverständnissen beruhen. Beispiele dafür sind die Behauptungen, der Kern von Rogers' Menschenbild bestünde in der naiven Annahme, dass der Mensch von Natur aus gut sei, und Gesprächspsychotherapeuten behandeln alle Patienten gleich. Sicher können Missverständnisse durch geeignete Informationen geklärt werden, wie sie in den Kapiteln dieses Lehrbuchs auch enthalten sind. Darüber hinaus aber kann das Wissen über die Entstehungszusammenhänge des Klientenzentrierten Konzepts den Bezug herstellen,

aus dem heraus das Entstehen und die Weitergabe solcher Missverständnisse eher vermieden werden kann. Aber es gibt auch noch andere Gründe.

2.1.1 Das Problem der mehrdeutigen Sprache

Der historische Kontext der Entstehung einer Theorie ist unabdingbar, um die Begriffe und Modellvorstellungen, aus denen eine Theorie besteht, wirklich **genau zu vermitteln**. Die für wissenschaftliche Darstellung erhobene Forderung, dass sie möglichst eindeutig zu sein habe, ist anders nicht zu erreichen. Sprache für sich allein ist **vieldeutig**, erst **Zusammenhänge** können deutlich machen, was jeweils gemeint ist. So hat das Wort »Kraft« im Alltag viele Bedeutungen (Muskelkraft, Macht, Stärke, Energie usw.). Erst der Zusammenhang mit der Physik und die Definition »Kraft ist gleich Masse mal Beschleunigung« kann Eindeutigkeit darüber herstellen, was gemeint ist.

Anders als die Physik verfügt die Psychologie zusammen mit ihren Anwendungsgebieten nicht über eine solche eindeutige Begrifflichkeit. Ihre Sprache ist weitgehend an die Alltagssprache angelehnt und verleitet deshalb auch Fachleute zu einer unpräzisen Ausdrucksweise. So weit Fachbegriffe verwendet werden, geschieht dies nur allzu oft in nicht eindeutiger Weise. Als besonders krasses Beispiel mag hier der Begriff »kognitiv« dienen, von dem Dörner schrieb, er sei fast nicht mehr verwendbar, weil er nur noch die Bedeutung »irgendwie innen und nicht direkt sichtbar« habe (Dörner, 1984, S. 10). Daran hat sich seither kaum etwas geändert.

Diese fehlende Eindeutigkeit der Begriffe hat Konsequenzen für die Rezeption psychologischer Literatur ganz allgemein, auch und im Besonderen für die der Schriften von Carl R. Rogers, dem Begründer des Klientenzentrierten Ansatzes, die die theoretische wie auch therapeutisch-praktische Basis der Gesprächspsychotherapie bilden. Die meisten der in seiner Theorie verwendeten zentralen Begriffe haben zwar eine definierte Bedeutung. Sie wird aber in der Sekundärliteratur oft ignoriert und durch ein beliebiges Alltagsverständnis ersetzt, was immer wieder zu die Diskussion störenden Missverständnissen geführt hat und immer noch führt.

Als Beispiel mag der Begriff »nicht-direktiv« (»non directive«) dienen, eine von Rogers gewählte Beschreibung für die von ihm entwickelte Therapieform. Er hat ihn, wie wir noch in diesem Kapitel sehen werden, damit begründet, dass der Therapeut gegenüber seinem Patienten nicht als der Experte auftritt, der kraft seines Fachwissens weiß, was für ihn gut ist und wie sein weiterer Weg aussehen sollte. Stattdessen fördert der Therapeut beim Patienten mit geeigneten Interventionen – die in späteren Kapiteln noch eingehend beschrieben werden – den Prozess einer eigenständigen und konstruktiven Entwicklung, die ihn zur Lösung seiner Probleme befähigt.

Ohne sich um diese Begründungen zu kümmern, wurde »nicht-direktiv« nach dem Alltagsverständnis aufgefasst im Sinne von »keine Direktiven geben« bzw. »keine Anweisungen«. Und das bedeutet doch wohl, dass der Therapeut am ehesten »nicht-direktiv« ist, wenn er gar nichts tut. Und so etwas soll wirken??

Erschrocken über dieses Missverständnis änderte Rogers die Bezeichnung seines Verfahrens in »Klientenzentrierte Therapie«¹ (»client centered therapy«), wodurch sich allerdings kaum etwas verbesserte, denn nun kam es – wieder dem naiven Alltagsverständnis folgend – zu dem Einwand, »klientenzentriert« bedeute ja wohl, dass der Klient im Mittelpunkt steht. Und das ist doch bei jeder Therapie der Fall, also machen doch letztlich alle Psychotherapeuten »Klientenzentrierte Therapie«. Was soll also das Besondere daran sein??

❗ Es führt nichts daran vorbei, sich nicht nur dem Klientenzentrierten Konzept, seinen Begriffen und Modellvorstellungen genauer zu widmen, sondern insbesondere auch seiner Entwicklung und den Zusammenhängen, aus denen heraus es entstanden ist. Wer diese Zusammenhänge kennt, hat verstanden, worum es geht. Kurz gesagt: Sprachliche Äußerungen, auch wissenschaftlicher Art, bedürfen der Interpretation. Und ihre Interpretation bedarf des Kontexts, in dem sie stehen.

¹ Dennoch war der Begriff »nicht-direktiv« nun einmal in der Welt, und die Korrektur von Rogers wurde nur wenig zur Kenntnis genommen. Bezeichnend dafür ist, dass die im Jahre 1972 – also mehr als 20 Jahre nach seinem im Jahre 1951 erfolgten Widerruf – veröffentlichte deutsche Übersetzung seines Buches »Counseling and Psychotherapy« unter dem Titel »Die nicht-direktive Beratung« anstatt der korrekten Übersetzung »Beratung und Psychotherapie« erschien.

2.1.2 Über die wechselseitige Verbundenheit von Theorie und Praxis

Und es gibt noch einen weiteren Grund, sich näher mit der Geschichte des Klientenzentrierten Konzepts zu befassen: Diese Theorie der Psychotherapie ist das Ergebnis der Auswertung von systematischen Beobachtungen und Erfahrungen, die in abstrakten Begriffen und Modellvorstellungen zusammengefasst sind. Um sie so zu verstehen, dass sie in therapeutisches Handeln umgesetzt werden können, müssen wir auch den Weg zurück vom unanschaulichen Abstraktum zur konkreten Vorstellung gehen können. Dieses flüssige Hin und Her zwischen Theorie und Praxis ist eine Voraussetzung kompetenten und professionellen therapeutischen Handelns. Es wird durch Beispiele gefördert, insbesondere aber auch, wenn wir uns die Entstehungszusammenhänge der Begriffe und Modellvorstellungen immer wieder vergegenwärtigen.

Nicht zuletzt wird die Relation zwischen der Theorie und der Praxis eines Konzepts deutlicher, wenn ihre Entwicklungsgeschichte nachvollziehbar ist. Das Klientenzentrierte Konzept ist nicht das Ergebnis einer Eingebung, sondern eines stetigen, geduldig und konsequent betriebenen Prozesses der Auseinandersetzung zwischen der beobachteten therapeutischen Praxis und dem Versuch, die dabei gemachten Erfahrungen theoretisch einzuordnen. Zu Beginn dieses Prozesses war Rogers zwar die zentrale Figur, zugleich aber auch eingebunden in das Netzwerk der damals aktuellen therapeutischen Konzepte und ihrer Diskussion und in ein Team von Mitarbeitern und Diskussionspartnern.

2.1.3 Erkenntnistheoretische Aspekte

»Wissenschaftlichkeit« genießt in unserer Gesellschaft den Ruf der eindeutigen Wahrheit. Wenn etwas »wissenschaftlich geprüft« ist, gilt es als unumstößlich wahr. Wer genauer hinsieht, und genau das haben vor allem engagierte Wissenschaftler getan, kann erkennen, dass dem nicht so ist. Dahinter steckt keine Wissenschaftsfeindlichkeit. Vielmehr gilt es, darauf hinzuweisen, dass wissenschaftliche Aussagen auf Voraussetzungen und Methoden beruhen,

die ihren Hintergrund in ihrer Geschichte und ihren Entstehungsbedingungen haben. Nur wer sie kennt, kann wissenschaftliche Ergebnisse richtig einordnen und ihre Gültigkeit für den jeweiligen Verwendungszusammenhang abschätzen.

Last but not least: Es ist einfach interessant zu fragen, wie jemand dazu kommt, eine bestimmte Theorie über Psychotherapie so und nicht anders zu konzipieren, und welche Umstände ihn dazu gebracht haben.

2.2 Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirisch-psychologischer Forschung

2.2.1 Die Anfänge

Die erste Berührung mit der Klinischen Psychologie hatte Rogers (geb. 1902), als er 1926, in der Endphase seines Studiums der Psychologie am Teachers College der Columbia University, in dem direkt gegenüber liegenden, damals neu eingerichteten Institute for Child Guidance (Institut für Erziehungsberatung) eine Assistentenstelle bekam. Die Tätigkeit in dieser Einrichtung brachte ihn nicht nur direkt mit den vielfältigen Problemen von Menschen in Berührung, die Rat und Hilfe suchten, sondern sie konfrontierte ihn zugleich mit dem Gegensatz zwischen den damals relevanten psychologischen Konzeptionen: Am Teachers College (an dem damals immerhin Edward Lee Thorndike, einer der prominentesten Begründer der klassischen Lernpsychologie, forschte und lehrte) hatte er das Lehr- und Forschungsprogramm der akademischen Psychologie kennen gelernt und sich weitgehend zu eigen gemacht. Dessen Kern bildeten dort das exakt methodische, auf Messung beruhende experimentell-statistische Vorgehen und die damit erarbeiteten Theorien. Durch die neuen Kollegen in der Erziehungsberatung wurde er nun mit dem psychoanalytischen Gedankengut bekannt gemacht, das deren Arbeit bestimmte und in dem Emotionen und Persönlichkeitsdynamik betont wurden. Er glaubte damals, in zwei völlig verschiedenen Welten zu arbeiten, die sich nie begegnen könnten. In späteren Jahren war er dann der Ansicht, dass die Notwendigkeit,

diesen Konflikt in sich zu lösen, eine höchst wertvolle Lernerfahrung für ihn gewesen sei (Rogers, 1973a, S. 25).

2.2.2 Erste Erfahrungen mit den Anforderungen der klinisch-psychologischen Praxis

In der entwicklungspsychologischen Abteilung der Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children (Gesellschaft zur Verhinderung von Grausamkeiten an Kindern), in der Rogers später (1928) eine Anstellung als Psychologe bekam und deren Direktor er im Jahr darauf wurde, war es sein oberstes Ziel, mit den unterprivilegierten und häufig straffällig gewordenen Kindern sowie deren mit 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).

Diese Aufgabe ging weit über das hinaus, was er zuvor in seinem Studium der Psychologie gelernt hatte. Also war er gezwungen, sich anderweitig nach geeigneten Verfahrensweisen umzusehen. Die Grundlage seiner Arbeit war die damals herrschende Ansicht, dass der erste Schritt, den Kindern zu helfen, darin bestehe, die **Art ihres Problems** genau zu verstehen. Er beschrieb damals seine Institution 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.). Seiner Ausbildung folgend, bediente sich Rogers bei seinen Diagnosen der Exploration der Eltern, des Gesprächs mit dem Kind bzw. Jugendlichen, psychologischer Tests und der aus den Akten ersichtlichen Fallgeschichte. Anschließend berieten in einer Fallkonferenz die Mitglieder des Teams (Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegeeltern, Heimerzieher, Lehrer, Arzt usw.) über die Hintergründe, die zu dem Problem geführt hatten, sowie über geeignete Maßnahmen zur Korrektur.

Eine wesentliche Grundlage für diese Problemanalyse waren psychoanalytische Vorstellungen, und die dann folgende Behandlung beruhte u. a. auf der Erwartung, Probleme ließen sich am besten bewältigen

gen, wenn ein Patient zur Einsicht in die Hintergründe seiner Probleme gebracht werde.

2.2.3 Drei für die weitere Entwicklung wesentliche Episoden

Wegen der hohen Ansprüche, die Rogers an die Effektivität seines Handelns gestellt hatte, kümmerte er sich intensiv um die Ergebnisse dieser Bemühungen, und so konnte es nicht ausbleiben, dass er rasch und nachdrücklich mit den Grenzen seiner Vorgehensweise konfrontiert wurde. Über eine besonders eindrucksvolle Fallgeschichte hat er selber berichtet:

»Während meiner Ausbildung faszinierten mich William Healys² 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, 1973a, S. 26)

Die Episode sowie die Reaktion von Rogers auf sie zeigen exemplarisch zweierlei: Zum einen seine Unzufriedenheit mit dem theoretischen Rüstzeug, das er in der damaligen einschlägigen Literatur vorfand. Er hatte sie ebenso wie seine Mitarbeiter wesentlich

eingehender durchgearbeitet, als dies in dem Einzelbeispiel deutlich wird. Damit war er also gescheitert. Zum anderen wird deutlich, dass er sich nicht darauf verließ, irgendwann doch noch eine Lösung in der Literatur bei Autoritäten zu finden. Stattdessen sah er sich aufgerufen, eigenständig nach Neuem zu suchen.

An derselben Stelle berichtet Rogers über eine weitere, für seine professionelle Entwicklung wichtige Begebenheit:

»Die zweite naive Entdeckung war anderer Art. Bald nach meiner Ankunft in Rochester leitete ich eine Diskussionsgruppe über die Durchführung von Behandlungsgesprächen. Als ein Beispiel für gute Gesprächstechnik brachte ich einen Bericht, den ich in einer Veröffentlichung gefunden hatte. Ein Gespräch mit einer Mutter war in etwa wörtlich wiedergegeben, in dem der Interviewer scharfsinnig, einsichtig und klug das Gespräch schnell auf den Kern der Schwierigkeiten hinführte.

Einige Jahre später bekam ich eine ähnliche Aufgabe und erinnerte mich an dieses ausgezeichnete Material. Ich suchte es heraus und las es wieder: Ich war erschrocken. Jetzt schien es mir eher eine clevere, spitzfindige Art des Fragens seitens des Gesprächsleiters zu sein, die diese Mutter ihrer unbewussten Motive überführte und ihr ein Eingeständnis ihrer Schuld abrang. Ich wusste mittlerweile aus meiner Erfahrung, dass ein solches Gespräch weder der Mutter noch dem Kind eine dauernde Hilfe bieten würde. Dadurch erkannte ich, dass ich mich von jedem Ansatz, der darauf hinauslief, innerhalb einer klinischen Beziehung den anderen zu zwingen oder zu drängen, entfernte hatte, nicht aus philosophischen Gründen, sondern weil solche Ansätze nie mehr als oberflächlich wirksam werden.«

(Rogers, 1973a, S. 26 f.)

In diesem Bericht, der sich vor allem auf die Methodik von beratenden und therapeutischen Gesprächen bezieht, wird bereits die durch seine Erfahrungen bestimmte Entwicklung deutlich, die Rogers in den Jahren in Rochester genommen hatte. Zunächst von Methoden tief beeindruckt und überzeugt, die dem Experten argumentativ und zwingend die Ein-

² William Healy war seinerzeit in den USA eine anerkannte Autorität für die Behandlung von delinquenten und Problemkindern.

sicht in die Hintergründe von Problemen vermitteln, hatte er inzwischen gelernt, dass eine solche Rhetorik zwar für den Therapeuten selber – oder auch für ein eventuelles Publikum – ihre intellektuell-ästhetischen Reize haben mag. Für konstruktive Veränderungen bei den Patienten ist sie jedoch so gut wie wertlos. Er war also vorsichtiger und kritischer geworden.

Rogers berichtet dann noch über eine dritte Begebenheit in einem Fall, bei dem er sich zwar bereits umsichtiger verhielt, aber dennoch wieder die Grenzen seines Vorgehens aufgezeigt bekam. Er nahm jedoch eine Wendung, die für sein weiteres Vorgehen entscheidend sein sollte:

»Der dritte Vorfall ereignete sich einige Jahre später. Ich hatte gelernt, feinfühlicher und geduldiger zu sein, wenn ich einem Klienten sein Verhalten deutete; ich versuchte, die Interpretation behutsam und zeitlich so zu bringen, dass sie angenommen wurde. Ich hatte mit einer hochintelligenten Mutter gearbeitet, deren Junge ein rechter kleiner Teufel war. Das Problem lag eindeutig in ihrer frühen Ablehnung des Jungen, aber ich konnte ihr im Laufe vieler Gespräche nicht zu dieser Einsicht verhelfen. Ich half ihr, aus sich herauszugehen, fasste die von ihr gegebenen Hinweise vorsichtig zusammen, versuchte, ihr zu helfen, die Struktur zu erkennen. Aber wir kamen nicht voran. Schließlich gab ich auf. Ich erklärte ihr, dass es so aussähe, als hätten wir beide alles versucht, doch letztlich versagt, und dass wir genauso gut unsere Treffen aufgeben könnten. Sie stimmte zu, und so beendeten wir das Gespräch; wir schüttelten uns die Hände, und sie ging zur Sprechzimmertür. Dort drehte sie sich um und fragte: »Nehmen Sie auch Erwachsene zur Beratung an?« Als ich zustimmte, sagte sie: »Also, ich brauche Hilfe.« Sie kehrte zu dem Stuhl zurück, den sie eben verlassen hatte und begann, eruptiv die Verzweiflung über ihre Ehe, das gestörte Verhältnis zum Ehemann, das Gefühl des Versagens und der Verwirrung mitzuteilen – alles ganz anders als die sterile »Fallgeschichte«, die sie früher vorgebracht hatte. Die wirkliche Therapie setzte in diesem Moment ein und führte schließlich zum Erfolg.«

(Rogers, 1973a, S. 27)

2.2.4 Konsequenzen aus den Erfahrungen

Der Kommentar, den Rogers selbst zu diesen Episoden gibt, lautet:

»Dieser Vorfall war einer von mehreren, die mir zu der Erfahrung verhalfen – erst später erkannte ich sie völlig –, 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 entscheidende Erkenntnis des Klientenzentrierten Konzepts gewonnen: So merkwürdig es für eine Gesellschaft auch klingen mag, die daran gewöhnt war (und immer noch ist), sich auf das Wissen wissenschaftlich geschulter Experten zu verlassen: Die besten Experten für die Lösung ihrer Probleme des Verhaltens und Erlebens sind die Patienten selber. Sie treten damit aus ihrer ausschließlich passiven Rolle der Empfänger des professionellen Expertenwissens heraus, um ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu entdecken und weiter zu entwickeln. Und das Ergebnis dabei war, dass nicht nur ihre Symptome verschwanden und sie ihre Probleme bewältigten, sondern dass sich in einem therapeutischen Entwicklungsprozess auch stabilisierende Veränderungen der Persönlichkeit ergaben.

Drei Aufgaben stellten sich nun für Rogers und seine Mitarbeiter:

Zukünftige Aufgaben

1. Zu erkunden, welche **Bedingungen es sind, die solche eigenständigen Entwicklungsprozesse** stattfinden lassen. Auf diese Weise 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 unabdingbar und selbstverständlich war – sowie
3. Eine **Theorie der Persönlichkeit** zu entwickeln und zu formulieren, die in der Lage ist, zu erklären, warum sich bei einem Therapeutenverhalten, das sich an den Ergebnissen der Punkte 1 und 2 orientiert, bei einem Menschen konstruktive Veränderungen einstellen können.

2.3 Die Suche nach dem effizienten Therapeutenverhalten

Entscheidend für die Ergebnisse der Suche nach einer brauchbaren Methode für die psychotherapeutische Behandlung war zum einen, dass sich Rogers und seine Mitarbeiter so gut wie in der gesamten einschlägigen Literatur jener Zeit nach Anregungen für ein geeignetes Vorgehen umsahen, zum anderen, dass die erkennbare Wirksamkeit des Vorgehens das primäre Kriterium für die Auswahl war.

2.3.1 Wachstum in einer therapeutischen Beziehung

Bei dieser Auseinandersetzung mit den verschiedenen therapeutischen Richtungen stieß Rogers u. a. auf das Konzept von Rank. Zwar waren für ihn, der vor allem nach konkreten therapeutischen Handlungsmöglichkeiten suchte, dessen eigene Arbeiten wenig ergiebig. Jedoch wurde er durch die Schriften von Ranks Schülern Jessie Taft und Frederick Allen stark beeinflusst, zumal er darin seine eigenen Ideen bestätigt fand: sich nicht einzumischen, sondern auf die dem Individuum eigene Tendenz in Richtung auf Wachstum zu vertrauen.

Vor allem aber galt es, die Aufmerksamkeit nicht – wie in der klassischen Psychoanalyse – auf die Interpretation des Vergangenen zu richten, sondern

sich stattdessen auf die Einsicht des Patienten in sich selbst sowie auf seine Selbstakzeptanz in der therapeutischen Beziehung zu konzentrieren. Während es in der klassischen Psychoanalyse das Ziel war, dass der Patient, indem er seinen Widerstand und seine Übertragung durcharbeitet, lernt, die eigene psychische Entwicklung zu **verstehen**, 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, dann würde er dies anschließend auf sein tägliches Leben übertragen (Kirschenbaum, 1979).

2.3.2 Die Behandlung von Problemkindern

Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung mit den therapeutischen Richtungen der damaligen Zeit gingen in das erste größere Buch von Rogers mit dem Titel »**The Clinical Treatment of the Problem Child**« (Rogers, 1939) ein. Darin kam er zu dem Ergebnis, dass der Erfolg einer therapeutischen Behandlung in erster Linie von der Qualifikation des Therapeuten abhängt, für die er vier Merkmale als maßgeblich ansah:

1. **Objektivität:** Sie ist im klinischen Zusammenhang allerdings anders definiert als im streng (natur-)wissenschaftlichen Bereich, und zwar als eine authentisch aufgeschlossene und interessierte Einstellung, eine »kontrollierte Identifikation« im Sinne eines tiefen Verstehens des Anderen, die jedoch insofern eine Distanz wahrt, als der Therapeut darauf achtet, dass er das Erleben des Anderen nicht zu seinem Eigenen macht. Zu einem so gearteten Verstehen passt es auch nicht, über den Anderen moralische Urteile zu fällen oder über ihn geschockt oder entsetzt zu sein.
2. **Respekt gegenüber dem Individuum:** Eine tief-sitzende Achtung gegenüber der Integrität des Anderen, die ihn so akzeptiert, wie er ist, und die ihm dabei hilft, seinen eigenständigen Weg der Entwicklung gemäß den ihm eigenen Zielen zu gehen und dabei die speziell für ihn passende Form der Anpassung zu finden.
3. **Verstehen des eigenen Selbst:** Der Therapeut muss ein intaktes Verständnis seiner selbst, sei-

ner besonderen emotionalen Muster sowie seiner eigenen Grenzen und Fehler besitzen. Ohne einen beträchtlichen Grad an Einsicht in sich selbst wird er nicht in der Lage sein, Situationen zu erkennen, in denen er zur Befangenheit und Voreingenommenheit neigt.

4. **Psychologisches Wissen:** Eine solide Kenntnis des menschlichen Verhaltens und seiner physischen, sozialen und psychischen Determinanten. Allerdings ist dieses Wissen allein, ohne dass die ersten drei Punkte erfüllt sind, für ein effizientes therapeutisches Handeln nicht hinreichend.

2.3.3 Die Professur an der Ohio State University

Rogers vermutete, dass dieses Buch entscheidend für seine Berufung im Jahre 1940 auf eine Professur für Psychologie an der Ohio State University war. Zu seinen Aufgaben dort gehörte die Leitung von Seminaren über Psychotherapie und Beratung, die bei den Studierenden begeisterten Zuspruch fanden. Immerhin waren sie nicht nur bereit, auch am unbeliebten Sonnabend die morgens um acht Uhr angesetzten Seminare zu besuchen (für heutige akademische Verhältnisse fast undenkbar), sondern sogar über die angesetzten Stunden hinaus auch am Nachmittag weiter zu arbeiten.

2.3.4 Das konkrete Therapeutenverhalten als Gegenstand der Ausbildung von Therapeuten

Zu den Besonderheiten dieser Seminare gehörten nicht nur die Gedanken von Rogers zur Psychotherapie und Beratung, sondern auch, dass er die damals neu gegebenen Möglichkeiten der **Aufnahmetechnik** zu nutzen verstand: Mit dem inzwischen verfügbaren »Phonographen« wurden die therapeutischen Gespräche der Studierenden (natürlich mit Einverständnis der Patienten) aufgenommen, und die Arbeit in den Seminaren bestand dann darin, die Gespräche gemeinsam anzuhören und zu diskutieren. Im Zentrum stand dabei die Frage, wie in dem jeweiligen Gespräch das therapeutische Vorgehen verbessert werden könnte.

Diese Art von **Supervision**, bei der das konkrete therapeutische Handeln unmittelbar analysiert und diskutiert wurde, war im universitären Bereich einzigartig. Kein anderer Therapeut hatte bis dahin die supervidierte Erfahrung in der therapeutischen Beziehung zu einem Bestandteil der akademischen Ausbildung gemacht.

2.3.5 Die neue Art der Therapieforschung

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 unmittelbar hören, wie sie sich als Therapeuten tatsächlich verhielten. 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 direkt zu beobachten. Rogers selbst 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.

Dieser 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. Das war inzwischen nicht mehr aufrecht zu erhalten, obwohl die Therapeuten aller Richtungen sich (zumeist auch heute noch) nicht gerne in die Karten sehen lassen. 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.