

# Ausschnitt eines Briefwechsels zwischen einem kognitiven Verhaltenstherapeuten und einer Vertreterin der „klassischen Gesprächspsychotherapie“

Karsten Wittke  
Kiel

Eva-Maria Biermann-Ratjen  
Hamburg

Karsten Wittke hat wiederholt bei Veranstaltungen, in denen es um den PZA ging, die Diskussion mit Eva-Maria Biermann-Ratjen gesucht. Einem Mitglied der Redaktion der Zeitschrift PERSON ist das aufgefallen und hat vorgeschlagen, diesen Gedankenaustausch in der Form eines Briefwechsels zu veröffentlichen. Karsten Wittke empfindet E.-M. Biermann-Ratjen als Vertreterin der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie, die non-direktiv behandelt, und möchte Antworten auf die Fragen: „Was ist Gesprächspsychotherapie?“, „Gibt es ‚die‘ Gesprächspsychotherapie?“, „Ist sie kompatibel mit Verhaltensanweisungen?“ E.-M. Biermann-Ratjen betont das – im Vergleich zum Mainstream der Psychotherapie – andere Verständnis von Intervention des PZA und von therapeutischer Beziehung und wünscht sich, dass sich auch die Gesprächspsychotherapeuten selbst dieses Andersseins bewusster sind und z. B. Abstand nehmen von Formulierungen wie „Realisierung der Beziehungsvariablen Akzeptanz“.

*Schlüsselwörter:* Interventionen in der Gesprächspsychotherapie, therapeutische Beziehung, Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess

**Part of an exchange of letters between a cognitive behavioral therapist and a representative of the “classical client-centered therapy”.** A member of the editor’s board of PERSON proposed this exchange of letters after noticing Karsten Wittke’s interest in engaging Eva-Maria Biermann-Ratjen into discussions concerning the essence of the PCA. Karsten Wittke takes Eva-Maria Biermann-Ratjen for a “classical” nondirective client-centered therapist and is looking for answers to questions like: “What about the compatibility of the PCA and giving advices or other process directives to the client?” Eva-Maria Biermann-Ratjen stresses that the PCA is an abstraction of the characteristics of the therapeutic process, which is a relationship — and not the description of therapeutic interventions.

*Keywords:* Interventions and the therapeutic relationship as conceptualized in the PCA, conditions for the psychotherapeutic process

*Kiel, den 27.8.2017*

*Liebe Frau Biermann-Ratjen,*

ich freue mich, dass Sie unserem offenen Briefaustausch zugestimmt haben.

Mein Name ist Karsten Wittke. Ich bin 49 Jahre alt und von Beruf Psychologischer Psychotherapeut. Seit fast 20 Jahren bin ich als Verhaltenstherapeut tätig – die ersten 12 Jahre in Kliniken, die vergangenen 8 Jahre selbständig in eigener Praxis in Kiel.

Die fehlende sozialrechtliche Anerkennung der GT und die laut Grawe größere Wirksamkeit der Verhaltenstherapie (VT) im Vergleich zur GT waren es, die mich am Ende meines Studiums bewogen, Verhaltenstherapeut zu werden. Die Kognitive Verhaltenstherapie ist der Ansatz, in dem ich ausgebildet bin und nach dem ich arbeite. Dennoch ist mir ein Schulendenken fremd. In meinem Erkenntnisinteresse fühle ich mich nicht auf die Verhaltenstherapie begrenzt.

---

Eva-Maria Biermann-Ratjen, geb. 1939, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, bis 1999 Klinische Psychologin an der Psychiatrischen und Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf.

Kontakt: 20249 Hamburg, Loehrsweg 1, biermann-ratjen@web.de

---

Karsten Wittke, geb. 1967, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (Kognitive Verhaltenstherapie), Studium in Kiel, 12 Jahre stationäre Tätigkeit als Psychotherapeut (davon 1 Jahr in Bad Bramstedt und 11 Jahre in Münster), seit 2010 Praxissitz in Kiel, seit 2017 mit Kassenzulassung: Kontakt: 24109 Kiel, Klingkoppel 1, www.karsten-wittke.de, karsten.wittke@web.de

Die Gesprächspsychotherapie ist ein Therapieverfahren, für das ich eine sehr große Sympathie empfinde. Ich vermute, es hängt damit zusammen, dass ich selbst ein sehr großes Autonomie-Bedürfnis habe. Meiner Einschätzung nach ist die GT derjenige Therapieansatz, der dem Patienten in der Beziehungsgestaltung die größte persönliche Freiheit einräumt und in dem sich der Therapeut in seiner direktiven Einflussnahme am meisten zurückhält. Diese Art der Begegnung stellt meiner Meinung nach etwas ganz Besonderes dar.

Sie, liebe Frau Biermann-Ratjen, sind im deutschsprachigen Raum die mir bekannteste Vertreterin und profunde Kennerin der „klassischen“ Variante der Gesprächspsychotherapie. Da ich mich speziell für diese Richtung der GT besonders interessiere, hoffe ich, dass Sie mir auf einige meiner Fragen eine Antwort geben können.

Zunächst einmal aber halte ich es für wichtig herauszustellen, dass es unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ inzwischen sehr viele verschiedene Ansätze gibt, die sich deutlich voneinander unterscheiden – und damit auch ganz anders sind als die klassische GT. Dieser Umstand wird manchmal in der Einleitung von Texten erwähnt, aber in der späteren Darstellung werden die Unterschiede kaum oder gar nicht herausgestellt. Es wird vielmehr der Eindruck erweckt, als handle es sich bei der dargestellten Variante der GT um DIE Gesprächspsychotherapie – obwohl es DIE eine Gesprächspsychotherapie inzwischen gar nicht mehr gibt.

Ein Beispiel für solch eine Art der Darstellung liefert der Vortrag, den Ludwig Teusch 2016 auf dem DPGG-Forum hielt. Der Vortrag trug den Titel „Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Zwang“. Es wurde jedoch nur eine bestimmte Form der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vorgestellt. Während des Vortrags wurde darauf nicht ausdrücklich hingewiesen. Teusch vertrat in seinem Vortrag den GT-Ansatz von Finke [1]. Ich kritisiere nicht das darin beschriebene Vorgehen oder behaupte, dass es nicht wirksam ist. Ich bin nur der Meinung, es sollte nicht als GT bezeichnet werden oder zumindest als GT nach Finke, da es sich von dem GT-Verständnis von Rogers so weit unterscheidet, dass es meinem Eindruck nach eine größere Nähe zur VT als zur Rogers-GT hat.

Für diese Einschätzung habe ich folgende Gründe: In dem Kapitel „Angst- und Zwangsstörungen“ (Stumm und Keil, 2014, „Praxis der Personzentrierten Psychotherapie“, S. 215–226) schreibt Teusch im Unterkapitel „Soziale Phobie“ auf Seite 220 unten [2]: „Natürlich gehören Anregungen, bisher ängstlich vermiedene Situationen aufzusuchen und die alten negativen Erfahrungen zu überprüfen, auch zum personzentrierten Vorgehen, wenn der Patient trotz guter Bearbeitung keine Änderungen auf der Handlungsebene beginnt.“ Auch in seinem Vortrag zur Zwangsstörung hat Teusch mündlich ausdrücklich

darauf hingewiesen, dass es sinnvoll sei, bei Zwangsstörungen Expositions-Übungen durchzuführen.

Ich kritisiere nicht diese Überzeugung von Teusch. Als Verhaltenstherapeut handle ich selbst ja regelmäßig nach dieser Überzeugung. Ich frage mich nur, wie diese Empfehlung zu den Prinzipien einer GT nach Rogers passt, denn dem Therapeuten wird geraten, den Pat. aktiv zu einem bestimmten Verhalten aufzufordern. Der Therapeut übernimmt damit eine Führungs- oder Leitungsfunktion innerhalb des Therapieprozesses. Er überlässt die Führung nicht der Selbstaktualisierungstendenz im Patienten.

Im Folgenden möchte ich weitere Zitate – zunächst von Teusch aus dem genannten Kapitel – anführen, die dieses untermauern sollen:

„T: ‚Ich bin davon überzeugt, dass Sie sehr gewissenhaft sind und bemerken würden, wenn Sie einen Menschen angefahren hätten. Ich bin sicher, Sie können auf sich vertrauen.‘“ (S. 223/224) Der Therapeut nimmt hier eine Einschätzung vor, um den Pat. zu beruhigen. Teusch nennt diese Interventionsform ‚Ermutigen‘.

Als „Leitsätze“ formuliert Teusch auf S. 224: „Bestärken Sie die Überlegungen des Patienten, dass er

- sich auf die Abwehrkraft seines Körpers verlassen kann,
- sich auf seine Wahrnehmung verlassen kann,
- sich nicht immer wieder kontrollieren muss,
- ein guter Mensch ist und von ihm keine Gefahr ausgeht.“

Auch hier wieder soll dem Pat. etwas explizit erklärt werden. Der Therapeut äußert seine Meinung über den Patienten, in der Hoffnung, dass der Patient sich die Meinung des Therapeuten dann zu eigen macht.

Auf S. 224 rät Teusch zum „Konfrontieren“:

„T: ‚Es hat Sie genervt, dass Ihre Kollegin Sie nach Ihren Plänen gefragt hat. Sie sagten, ihre Neugier ist unerträglich. Können Sie sich vorstellen, dass sie sich für Sie persönlich interessiert, ohne Sie kontrollieren zu wollen?‘

T: ‚Können Sie sich vorstellen, Ihren Freunden von Ihren Schwierigkeiten zu erzählen? Sind Sie ganz sicher, dass sie das ausnutzen würden?‘“

In der Verhaltenstherapie würde man dieses Therapeutenverhalten als Anwendung einer Disputationstechnik im Rahmen einer kognitiven Umstrukturierung bezeichnen. Die Sichtweisen des Patienten werden in Frage gestellt.

In dem Abschnitt „Abwehrbearbeitung“ in seinem Buch „Gesprächspsychotherapie“ (3. Aufl., 2004) schreibt Finke auf S. 64 [1]:

„In den Kapiteln über die Technik des *Einfühlenden Verstehens* und des *Beziehungsklärens* wurde ein gestuftes Vorgehen vorgeschlagen, um den Patienten in ‚kleinen Schritten‘ und so in erlebnisnaher Weise an bestimmte Einsichten heranzuführen.“

Der Pat. soll also vom Therapeuten an Einsichten „herangeführt“ werden. Der Therapeut „führt“ also den Patienten, er überlässt es nicht dem Patienten, den Sitzungsverlauf zu führen und den Therapieprozess zu lenken.

In dem Kapitel „Depressive Störungen“ (Stumm und Keil, 2014, „Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie“, S. 227 – 235) bezieht Finke sich in seiner Darstellung des therapeutischen Vorgehens auf die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie nach Swildens (S. 228) [2].

Finke rät auf S. 229: „Das einfühlsame Begleiten und Nachzeichnen der inneren Welt negativer Gefühle und Vorstellungen sollte aber immer nur in kürzeren Intervallen und abwechselnd mit Interventionen der Dialogbeziehung, näherhin des **Selbstöffnens**, vollzogen werden. Der Therapeut wird also ca. 5–10 Minuten einfühlsam auf die oben genannten Themen eingehen und empathisch das düstere Erleben von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung verdeutlichen. Dann wird er aus der Dialogposition im Sinne von Selbstöffnen bzw. von ‚Ich-Botschaften‘ (Finke 2004) versuchen, ermutigend, selbstwertstabilisierend und einen Änderungsoptimismus anregend zu wirken.“

Als Beispiel nennt Finke auf S. 229 folgende „Ermutigende Ich-Botschaften“:

„T: ‚Es muss sehr schwer für Sie sein, diesen Zustand zu ertragen, und Sie können jetzt gar nicht glauben, dass sich das jemals ändert. Aber ich bin mir sicher, dass Sie in einigen Wochen die Dinge schon anders sehen können.‘

T: ‚Ich habe schon an vielen Patienten erlebt, wie sich Schritt für Schritt die düstere Welt bei ihnen wieder aufhellte. Und so wird es auch bei Ihnen sein.‘“

Es stellt sich natürlich die Frage, wie weit man in seinen positiven Prognosen gehen möchte, da die Gefahr besteht, dass sie nicht wahr werden und man dann später seine Glaubwürdigkeit als Therapeut einbüßt. Aber ich kann verstehen, dass Finke es für notwendig erachtet, schwer depressiven Patienten Mut zuzusprechen, Ihnen Hoffnung zu machen auf eine bessere Zukunft. Auch aus meiner Erfahrung heraus mit schwer depressiven Patienten glaube ich, dass es notwendig ist, ihnen in dieser Weise zu begegnen, sie auf diese Weise zu unterstützen. Gleichzeitig denke ich, dass es den Prinzipien einer GT nach Rogers widerspricht.

Was halten Sie von den genannten Interventionen? – Widersprechen sie nicht auch Ihren Prinzipien einer GT? Sind Sie der Überzeugung, dass schwer depressive Patienten, ohne ermutigende Intervention auskommen? Spricht aus Ihrer Sicht etwas gegen diese Interventionen?

Dieter Höger schreibt im Abschnitt „Was ‚darf‘ der Gesprächspsychotherapeut, was nicht?“ (Eckert et al., 2. Aufl., 2012, „Gesprächspsychotherapie“, Seite 23) [3]:

„Es geht beispielsweise nicht darum, ob der Therapeut Vorschläge für das Verhalten des Patienten macht oder nicht,

sondern vielmehr um den momentanen Kontext und seine dahinter stehende Intention. Ist die therapeutische Beziehung etabliert, und der Patient weiß, dass es um seine eigene Verantwortlichkeit geht: Warum sollte ein Therapeut einen Vorschlag, der ihm gerade als Idee durch den Kopf geht, nicht äußern, sofern er ihn klar als eine solche deklariert und sich anschließend gemeinsam mit dem Patienten anschaut, welche Gedanken, Gefühle und Intentionen diese Idee bei diesem auslöst?“

„Warum sollte ein Therapeut einen Vorschlag, der ihm gerade als Idee durch den Kopf geht, nicht äußern?“ – Ich würde antworten, weil es ihn gedanklich von dem Pat. entfernt und weil es weder der Leitlinie entspricht, empathisch zu sein, noch der Leitlinie unbedingt wertschätzend zu sein. Stattdessen sollte der Therapeut seine Idee als Ausdruck einer Inkongruenz wahrnehmen und sich veranlasst sehen, diese wieder herzustellen.

Sie erläutern dieses ja sehr gut u. a. auf der S. 159 in ihrem Buch „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“ [4] an einer Fallvignette:

„Der Therapeut würde zu gern dem Klienten einen Rat geben und ihm erklären, wie er seine Arbeitsunfähigkeit zu verstehen hat. Erst als er überlegt, ob diesem Klienten nicht besser mit einem Selbstkontrolltraining zu helfen wäre als mit einer Gesprächspsychotherapie, registriert er seine Gefühle von Ohnmacht diesem Klienten gegenüber.“

Sie raten dann zu einer Verbalisierung (statt zu direktiven Interventionen), in der der Therapeut den Pat. empathisch versteht und dabei auch dessen inneren Bezugsrahmen berücksichtigt. Genau dieses Vorgehen entspricht meinem Verständnis nach dem Konzept von Rogers.

Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend der Konzeptualisierung von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden. Demnach können sie weder in einer Verhaltenstherapie noch in den sog. „weiterentwickelten“ bzw. veränderten Varianten der Gesprächspsychotherapie entsprechend ihrer Definition von Rogers praktiziert werden.

Jedes Einwirken auf den Pat. von außen widerspricht einer nicht an Bedingungen geknüpften Wertschätzung und es widerspricht auch dem empathischen Verstehen, weil dieses ein Verstehen innerhalb des Bezugsrahmens des Pat. ist. Würde ich mir eine Intervention für den Pat. überlegen, müsste ich mich fragen, was ihm jetzt wohl helfen würde. Mit dieser Überlegung befände ich mich aber außerhalb des inneren Bezugsrahmens des Patienten, d. h. ich würde in diesem Moment kein empathisches Verstehen verwirklichen.

Ich danke Ihnen im Voraus für das Lesen meiner Überlegungen und verbleibe mit herzlichen Grüßen

*Karsten Wittke*

*Hamburg, den 31. 10. 2017*

*Lieber Herr Wittke!*

Ich freue mich auch über unseren Briefwechsel und habe mit großem Interesse Ihren Brief gelesen.

Sie schreiben, dass Sie eine große Sympathie für die Gesprächspsychotherapie empfinden. Die diese kennzeichnende Haltung, dem Klienten Freiheit zu gewähren bzw. sich seiner nicht zu bemächtigen, spreche Sie sehr an. Es habe vermutlich mit Ihrem eigenen Autonomiebedürfnis zu tun, dass Sie diese besondere Form der Non-Direktivität der klassischen Gesprächspsychotherapie so sehr schätzen.

Ja, ich bin auch der Meinung, dass Rogers eine gewährende, sich des anderen nicht bemächtigende Haltung des Therapeuten beschreibt. Was diese Haltung genau beinhaltet und was nicht, wird allerdings nicht nur von Therapeuten anderer Schulen, sondern auch von verschiedenen Gesprächspsychotherapeuten z. T. sehr unterschiedlich gesehen, wie Sie ja auch in Ihrem Brief hervorheben. Da Sie mich nach meiner Meinung dazu fragen, will ich zunächst diese zu verdeutlichen versuchen.

Ich meine, dass gar nicht oft und nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden kann, dass Rogers die Haltung des Therapeuten und nicht der Mutter oder des Betriebsleiters z. B. gegenüber dem Klienten – und nicht der Tochter oder dem Untergebenen –, also gegenüber einer Person beschreibt, die sich in ihrem um Kongruenz ringenden Erleben selbst exploriert und dazu Hilfe sucht. Dabei ist um Kongruenz Ringen definiert als Streben nach Offenheit für die Erfahrung auch seiner selbst bzw. danach, sich seiner selbst bewusst zu werden. Dieses Streben mag zwar jedem Menschen innewohnen und manchem nur nicht bewusst sein. Es ist aber keineswegs gesprächspsychotherapeutisch, jemanden wie einen Patienten zu behandeln, der nicht darum gebeten hat.

Es scheint mir ferner oft in Vergessenheit zu geraten: Nicht der Therapeut allein, sondern Therapeut und Klient zusammen schaffen die Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie bzw. für das Erleben des dem Menschen inhärenten Strebens nach Autonomie – das zur Aktualisierungstendenz gehört – durch die Wahrnehmung und Annahme – auf der Seite des Klienten – des Angebots einer wirklich (echten, tatsächlichen) bedingungsfrei empathischen Beziehung, die eine positive, akzeptierende ist, auf der Seite des Therapeuten.

Das ist vielleicht doch etwas anderes, als dass sich der Therapeut zurückhält und auf direkte Einflussnahme verzichtet. Vielmehr konzentriert sich der Therapeut auf das Erleben des Klienten aus dessen Sicht – wie der es wahrnimmt und bewertet und versteht etc. – und auf dessen Möglichkeiten, sich dieses Erlebens bewusst zu werden bzw. auf dessen Beeinträchtigungen in diesem Prozess.

Non-Direktivität steht m. E. vor allem dafür, dass sich die Gesprächspsychotherapie nicht als ein „Interventionsarsenal“ versteht, mit dem auf den Klienten zu seinem Wohl eingewirkt werden kann. Vielmehr versteht sich die Gesprächspsychotherapie als das Angebot einer Beziehung, und zwar der Beziehung zu einer anderen Person, die die Bedingung für die Selbstentwicklung von innen heraus ist. Modern ausgedrückt: Die Gesprächspsychotherapie sieht die Veränderungspower beim Klienten, nicht beim Therapeuten.

Und diese Beziehung ist nicht dasselbe wie eine gute Beziehung zum Beispiel im Sinne einer Grundlage, auf der andere Interventionen eine bessere Wirkung entfalten. Mehr dazu vielleicht später.

Sie schreiben, dass Sie sich an mich als eine Vertreterin der klassischen Variante – unter anderen – der Gesprächspsychotherapie wenden, und möchten, dass ich mich als eine solche zu Ihren Fragen und Ansichten äußere. Ich will das gerne zu tun versuchen.

Ich finde es – wie Sie – auch nicht sinnvoll, therapeutische Ansätze Gesprächspsychotherapie zu nennen, die „ganz anders sind als die klassische Gesprächspsychotherapie“, wie Sie sagen, und ich finde es – wie Sie – erst recht nicht in Ordnung, sie „die Gesprächspsychotherapie“ zu nennen.

Ich frage mich beim Lesen von vielen gesprächspsychotherapeutischen Autoren oft, warum sie sich so ausdrücken, als gehe es in der Therapie in erster Linie um die konkreten Verhaltensweisen des Therapeuten bzw. um seine Interventionsmöglichkeiten. Vielleicht wollen sie uns Therapeuten ja zeigen, dass es Alternativen zum ohnmächtig passiven Abwarten der Selbstaktualisierung des Klienten gibt, z. B. die „Technik“ des „einfühlenden Verstehens“ und „Beziehungsklärens“, mit der man Patienten „in kleinen Schritten“ an Einsichten „heranführen“ könne.

Während nun aber Höger schreibt, dass der Therapeut mit der Äußerung einer eigenen Idee den Klienten auf eine eigene Idee bringen könne, also seine Selbstexploration anregen könne – und die ist eine Beschäftigung mit dem eigenen Erleben –, fehlt oft ein solcher Hinweis bei anderen Autoren.

Der „klassische“ Gesprächspsychotherapeut geht davon aus, dass sich der Klient, wenn er erlebt, dass ihn der Therapeut wirklich empathisch beachtet und zwar bedingungsfrei, d. h. was auch immer sich in ihm an Erfahrungen abspielt, und das nicht bewertet, dass der Klient sich dann immer mehr diesem Erfahren zuwendet mit der Folge, dass es ihm immer klarer wird und damit eher zu bewältigen.

Der Klient wird sich dann die „Konstrukte“, die sein Denken und damit auch Fühlen bestimmen, zusammen mit dem Therapeuten näher ansehen und ihrem Sinn oder Unsinn, ihrer Herkunft etc. nachspüren und „sich“ dadurch „verändern“ im Sinne von vollständiger wahrnehmen.

Ich möchte nun etwas ausführlicher auf Ihre Frage zu Högers Äußerung eingehen.

Höger [5] hat wiederholt und eindringlich dargestellt, dass das gesprächspsychotherapeutische Konzept bzw. Beziehungsangebot auf verschiedenen Abstraktionsebenen dargestellt werden kann bzw. beschrieben worden ist, z. B.

- Auf der Ebene der Beziehung (1): als Patient-Therapeut-Beziehung im Unterschied zu Kind-Mutter, Schüler-Lehrer etc.-Beziehung
- Auf der Ebene zusammenfassender Merkmale dieser Beziehung (2): empathisches Verstehen, Kongruenz/Inkongruenz etc.
- Auf der Ebene zusammenfassender Klassifikationen spezifischer Verhaltensweisen von Klient und Therapeut (3): also Selbstexploration des Klienten, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten etc.
- Auf der Ebene konkreter Verhaltensweisen von Therapeut und Klient in einem bestimmten therapeutischen Kontakt (4), (z. B. der Therapeut äußert eine eigene Idee.)

Diese Ebenen sind einander unter- bzw. übergeordnet in der Weise, dass ein Ereignis nur dann einer Ebene (als gesprächspsychotherapeutisch) zugeordnet werden kann, wenn es auch den Kriterien der jeweils übergeordneten Ebenen genügt. Die Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes einer Person durch eine andere ist also nur dann eine therapeutische Verhaltensweise im Sinne des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes, wenn sie durch einen Therapeuten gegenüber einem Klienten (s. o.) erfolgt und Ausdruck eines wirklich empathischen Verstehens ist, das mit dem Gefühl von bedingungsfreier Wertschätzung verbunden ist und bei dem der Therapeut kongruent ist.

Auf der anderen Seite gilt, dass sich die Gegebenheiten der jeweiligen Abstraktionsebenen nicht eindeutig aus denen der je übergeordneten Ebenen ableiten lassen.

Dass ein Therapeut Vorschläge für das Verhalten seines Patienten macht, kann durchaus ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein und zwar dann, wenn dieser Vorschlag nicht Zweifel im Patienten daran aufkommen lässt, dass der Therapeut ihn empathisch in seinem inneren Bezugsrahmen verstanden hat, ihn in seinem Erleben respektiert und kongruent ist, d. h. sich seiner Reaktion auf den Patienten vollständig bewusst sein kann.

Wenn sich hinter dem Vorschlag des Therapeuten allerdings verbirgt, dass er das Mitleiden mit der Hilflosigkeit seines Patienten nicht länger ertragen kann, ihm das aber nicht bewusst wird oder er es dem Klienten nicht zumuten möchte, dann ist er nicht mehr kongruent bzw. dann entspricht sein Vorschlag einer konkreten Verhaltensweise (4), nicht den Kriterien auf

den höheren Ebenen der Beschreibung der gesprächspsychotherapeutischen Beziehung.

Lieber Herr Wittke, Sie schreiben am Ende Ihres Briefes:

„Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend den Konzeptualisierungen von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden. Demnach können sie weder in einer Verhaltenstherapie noch in den sog. ‚weiterentwickelten‘ bzw. veränderten Varianten der Gesprächspsychotherapie entsprechend ihrer Definition von Rogers praktiziert werden.“

Ich stimme dieser Ihrer Aussage zu und zwar nachdem ich sie zunächst verschärfend umformuliere:

Das Konzept der therapeutischen Beziehung im Sinne von Carl Rogers ist nicht in der Form in der Praxis „umzusetzen“, dass der Therapeut die „drei therapeutischen Beziehungsvariablen“ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz „verwirklicht“. Wirklich bedingungsfreie positive empathische Beachtung ist keine Intervention – schon gar nicht drei voneinander isolierbare Interventionen. Sie kann nicht in einer Verhaltenstherapie „praktiziert“ werden, mit anderen Interventionen und deren Effektivität verglichen oder durch andere Interventionen „ergänzt“ werden, ohne dadurch zu etwas anderem zu werden, zu etwas, als das sie in der Gesprächspsychotherapie nicht konzipiert ist.

Mit der Beschreibung der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess als „Variablen“ im Sinne des damaligen ebenso wie des heutigen Mainstreams in der Forschung, war schon Rogers nie besonders glücklich. Sie ist der Ausgangspunkt für die Verkürzung z. B. der Bedingungsfreien Positiven Beachtung bzw. der „unbedingten Wertschätzung“ zur „Akzeptanz“ und Interventionsform, die der Therapeut „einsetzen“ und „dosieren“ und sogar „nachbuttern“ kann, wie ich eine Kollegin einmal sagen hörte.

Sie sagen: „Ich behaupte, dass sich die drei therapeutischen Beziehungsvariablen nicht entsprechend der Konzeptualisierung von Rogers verwirklichen lassen, wenn sie durch weitere Interventionen ergänzt werden“ ... (s. o.)

und begründen Ihre Meinung u. a. damit – und das möchte ich aufgreifen –, dass sich das empathische Verstehen des Therapeuten auf die Erfahrung des Klienten in seinem inneren Bezugsrahmen richtet und daher jede Betrachtung des Klienten und seines Erlebens aus einer externen Perspektive unangemessen sei. Das gelte auch für Vorstellungen des Therapeuten darüber, was gut für den Klienten ist oder wäre und erst recht für Vorschläge oder gar Anordnungen des Therapeuten, was das Verhalten des Klienten betrifft, z. B. Übungen zu machen oder sich Expositionen auszusetzen.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet halten Sie auch die Process-Experiential-Formen der Gesprächspsychotherapie für inkompatibel mit Rogers' Konzept.

Ich verstehe die sog. „Weiterentwicklungen“ der Gesprächspsychotherapie beginnend mit dem Focusing als Erweiterungen durch Methoden, durch die systematisch die Aufmerksamkeit des Klienten auf dessen Prozess des Erlebens gelenkt wird – bzw. auf Behinderungen in diesem Prozess, der gerne mit einem Flusslauf verglichen wird. Das Erleben, das dabei in den Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten tritt, bzw. die Inhalte der Selbstexploration, die der Klient dann entwickelt, versucht der Therapeut dann empathisch und unbedingt wertschätzend zu beachten. Es werden also nicht das Erleben und auch nicht der Prozess des Erlebens, sondern die Aufmerksamkeit des Klienten gelenkt. Insofern können auch diese Therapeuten durchaus non-direktiv arbeiten, obwohl sie sich selbst gern auch als prozess-direktiv bezeichnen, weil es ihnen eben um den Fluss des Erlebens geht.

Lieber Herr Wittke, für heute möchte ich schließen. Ich hoffe, wenigstens einige Ihrer Fragen aufgegriffen zu haben und freue mich auf eine Antwort von Ihnen.

*E.-M. Biermann-Ratjen*

*Kiel, den 20. 1. 2018*

*Liebe Frau Biermann-Ratjen,*

vielen Dank für Ihren Brief vom 31. 10. 2017, in dem Sie auf meine Fragen vom 27. 8. 2017 eingehen.

In Ihrem Brief machen Sie gleich zu Beginn darauf aufmerksam bzw. betonen Sie, dass die Gesprächspsychotherapie die Beziehung zwischen einem Therapeuten und einem Patienten beschreibt und nicht die Beziehung zwischen Personen im Allgemeinen, z. B. zwischen einer Mutter und ihrer Tochter oder einem Betriebsleiter und seinem Untergebenen.

Ich halte Ihren Hinweis für zutreffend und auch wichtig. – Welche Konsequenzen hat Ihr Hinweis?

Eine (erste) Konsequenz sollte sein, klar zu definieren, was ein „Patient“ und was ein „Therapeut“ ist.

In Ihrem Brief an mich definieren bzw. charakterisieren Sie den Klienten als eine Person, „die sich in ihrem um Kongruenz ringenden Erleben selbst exploriert, beschreibt und dazu Hilfe sucht.“ Sie ergänzen: „Dabei ist um Kongruenz Ringen definiert als Streben nach Offenheit für die Erfahrung auch seiner selbst bzw. danach, sich seiner selbst bewusst zu werden.“

Auf die Frage – Was ist ein „Patient“ bzw. „Klient“? – würde meine Antwort etwas anders lauten.

Zunächst einmal möchte ich behaupten, dass eine Person, die unter einer psychischen Störung bzw. psychischen Krankheit leidet, nicht automatisch ein Patient ist. Wenn jemand beispielsweise unter einer Zwangsstörung leidet, dann ist er

zunächst einmal nur ein Leidender, aber noch kein Patient. Erst wenn er sich Hilfe suchend an einen professionellen Helfer wendet, z. B. an einen Psychotherapeuten, wird er damit zu einem Patienten. Es gibt viele Leidende, die sich nicht an einen Helfer wenden – z. B. weil sie sich nicht trauen, weil sie sich schämen, weil sie keine Kraft haben, weil Ihnen die Hoffnung fehlt oder weil sie nicht wissen, dass das, worunter sie leiden, eine behandelbare Krankheit ist. All diese Menschen sind keine Patienten, auch wenn man bei Ihnen eine Krankheit diagnostizieren könnte.

Meine Definition für „Patient“ lautet daher: Ein Patient ist eine Person, die unter einer Krankheit bzw. Störung leidet und wegen dieser bei einem professionellen Helfer um Hilfe nachsucht.

Ein Patient wendet sich also an einen Helfer, weil er damit eine *Absicht* verfolgt (Linderung seiner Beschwerden, Gesundheit) und weil er *Erwartungen* hat (der Arzt / Therapeut kann mir helfen).

Sie, liebe Frau Biermann-Ratjen, heben in Ihrer Patienten-Beschreibung andere Absichten und Erwartungen als charakteristisch hervor. Sie beschreiben den Patienten als eine Person, die (a) in ihrem Erleben um Kongruenz ringt, die (b) sich dabei exploriert, die (c) sich dabei beschreibt und die (d) dazu Hilfe sucht.

Meine Erfahrung ist, dass es tatsächlich einige wenige Patienten gibt, auf die Ihre Beschreibung zutrifft. Für die Mehrzahl der Patienten würde ich hingegen eine andere Beschreibung wählen.

Meinem Eindruck nach ringt die Mehrzahl der Patienten nicht um Kongruenz in ihrem Erleben, sondern ist eher (unbewusst) bemüht, das Erleben bestimmter Bewusstseinsinhalte zu vermeiden. Vielfach scheint es Patienten darum zu gehen, aversive Gefühle zu vermeiden, die ihrerseits Bewusstseinsinhalte wären, wenn sie zugelassen würden und auch andere Bewusstseinsinhalte zu vermeiden (z. B. biografische Erfahrungen), die mit aversiven Gefühlen verknüpft sind. Diese Patienten explorieren sich daher auch nicht. Sie nehmen deshalb in sich selbst auch nichts oder nicht viel wahr, was sie beschreiben könnten. Ihre Erwartung an den Therapeuten besteht demzufolge auch nicht darin, in ihrer Selbstexploration unterstützt zu werden, sondern darin, dass der Therapeut irgendwie dafür sorgt, dass ihre Symptome wieder verschwinden.

Ich halte es für wünschenswert, dass ein Patient die von Ihnen beschriebenen Merkmale aufweist, glaube aber, dass bei den meisten Patienten diese Merkmale nicht am Beginn einer Therapie schon vorhanden sind, sondern durch eine Therapie erst herbeigeführt werden müssen.

Die klassische GT geht – so wie ich Sie verstehe – davon aus, dass es die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten ist, durch die es dem Klienten möglich wird,

sich immer besser zu explorieren und seine Inkongruenz abzubauen.

Sie schreiben, dass es nicht der Therapeut ist, der durch Interventionen beim Patienten eine Veränderung bewirkt, sondern dass es der Patient selbst ist, dem es durch die Beziehung zum Therapeuten möglich wird, sich selbst zu verändern („Die Gesprächspsychotherapie sieht die Veränderungspower beim Klienten, nicht beim Therapeuten.“).

An einer Stelle in Ihrem Brief gehen Sie ganz besonders auf diese spezielle Art der Beziehung ein, wie Carl Rogers sie gemeint habe und Sie machen auf ein Missverständnis aufmerksam:

„Das Konzept der therapeutischen Beziehung im Sinne von Carl Rogers ist nicht in der Form in der Praxis ‚umzusetzen‘, dass der Therapeut die ‚drei therapeutischen Beziehungsvariablen‘ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz ‚verwirklicht‘. Wirklich bedingungsfreie positive empathische Beachtung ist keine Intervention – schon gar nicht drei Interventionen. Sie kann nicht in einer Verhaltenstherapie ‚praktiziert‘ werden, mit anderen Interventionen und deren Effektivität verglichen oder durch andere Interventionen ‚ergänzt‘ werden, ohne dadurch zu etwas anderem zu werden, zu etwas, als das sie in der Gesprächspsychotherapie nicht konzipiert ist.“

Ich betrachte nicht jede einzelne Beziehungsvariable als Intervention. Ich bin aber der Meinung, dass die Handlungen des Therapeuten, die zu einer Beziehung beitragen, in der die drei Beziehungsvariablen verwirklicht sind, als Interventionen betrachtet werden müssen. Vielleicht missverstehe ich damit das Konzept der Klassischen GT. Ich kann aber auch anhand Ihrer Erläuterungen oben noch nicht ganz verstehen, wie es in der Klassischen GT anders gemeint ist.

Um meine Sichtweise näher zu erläutern, möchte ich an dieser Stelle noch einmal auf das Vorhaben Bezug nehmen, die Begriffe „Patient“ und „Therapeut“ zu definieren. Für den Begriff „Patient“ ist dieses weiter oben bereits geschehen.

Was ist nun ein „Psychotherapeut“?

Ein Psychotherapeut ist meinem Verständnis nach eine Person, die sich in ihrem Denken und Handeln darum bemüht, einem psychisch Kranken, der sich an sie wendet, zu helfen, Symptome zu reduzieren, Leidensdruck zu verringern und möglichst wieder gesund zu werden.

Was tut der Psychotherapeut, um dieses Ziel zu erreichen?

Er führt mit dem Patienten Gespräche.

Während er diese Gespräche führt, entsteht zwischen ihm und dem Patienten eine Beziehung.

Wenn sich ein Therapeut mit einem Patienten zu Gesprächen trifft, dann verfolgt er damit eine bestimmte Absicht. Seine Absicht ist es, durch die Gespräche zur Erreichung des oben skizzierten Ziels (Symptomreduktion, Leidensverringern, Gesundheit) beizutragen. Das Verhalten des Therapeuten während

des Gesprächs ist insofern absichtsvoll. Wenn er einen Patienten bedingungslos positiv empathisch beachtet und diese Beachtung durch einen sprachlichen Akt ausdrückt (z. B. durch „Besonders furchtbar ist, dass Sie sich im Moment nicht vorstellen können, dass diese Verzweiflung jemals weniger werden könnte.“), dann sagt der Therapeut dieses nicht nur, weil er den Patienten mag, sondern auch, weil er eine Absicht verfolgt. Er möchte, dass der Patient wieder gesund wird und er glaubt, den Patienten durch diese Äußerung beim Gesundwerden zu unterstützen.

Diese Art absichtsvolles Verhalten würde ich als Intervention bezeichnen.

Interventionen sind meinem Verständnis nach Maßnahmen, um ein Ziel zu erreichen. Das beschriebene Therapeutenverhalten erfüllt meiner Meinung nach die Kriterien der genannten Definition von „Intervention“.

Die Folge des wechselseitigen Verhaltens zwischen Therapeut und Patient ist eine Beziehung zwischen ihnen beiden.

Was aber genau ist eine Beziehung?

Diese Frage scheint mir umso wichtiger, wenn man – wie in der Klassischen GT – davon ausgeht, dass „die Beziehung“ der entscheidende Wirkfaktor in der Psychotherapie ist.

Wie definiert die Klassische GT „Beziehung“? Wie würden Sie „Beziehung“ definieren?

Meine Definition für „Beziehung“ lautet: Eine Beziehung besteht aus den Vorstellungen der beteiligten Personen darüber, was von der jeweils anderen Person zu erwarten ist und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten sollen. Mit diesen Vorstellungen sind Gefühle verbunden, die in der Interaktion mit dem jeweils anderen entstehen.

Welche Erwartungen an den Patienten existieren im Kopf des Therapeuten während einer Psychotherapie? Welche Erwartungen an den Therapeuten hat der Patient im Kopf? Welche Regeln gelten für die Interaktion während einer Psychotherapie? Welche Gefühle empfindet der Therapeut, welche Gefühle empfindet der Patient? Welche Regeln gelten für den Umgang mit den jeweiligen Gefühlen bei der jeweiligen Person?

Aus den Antworten auf diese Fragen konstituiert sich die jeweilige psychotherapeutische Beziehung.

Sie ist damit nichts Abstraktes, sondern etwas ganz Konkretes, das nur schwer zu erfassen ist. Sie existiert als Gedanken, Gefühle und Handlungsbereitschaften in den Köpfen der Beteiligten. Welcher Art diese Elemente sind, wird z. T. durch offizielle Regeln und Vorgaben der jeweiligen Therapieschule bestimmt und z. T. durch die Beteiligten selbst.

Daraus ergeben sich Bestimmungsmerkmale, die psychotherapeutische Beziehungen von allen anderen Beziehungen deutlich unterscheidet, z. B.: Ein Gespräch endet nach einer vorgegebenen Zeit, i. d. R. nach 50 Minuten – auch wenn das Thema noch nicht beendet ist oder der Patient gerade sehr

intensive belastende Gefühle hat. Der Therapeut erfährt sehr viel Persönliches vom Patienten, aber der Patient erfährt kaum etwas Persönliches von dem Therapeuten. Einerseits existiert für den Patienten sehr viel Nähe („Ich kann meinem Therapeuten alles über mich sagen, auch das Persönlichste.“ „Ich darf erwarten, dass mein Therapeut mich nicht absichtlich verletzt.“ „Ich kann ihm diesbezüglich vertrauen.“ „Er ist in den Sitzungen mit seiner Aufmerksamkeit und seinen Gedanken ganz für mich da.“) und andererseits existiert auch extrem viel Distanz („Ich kann nicht viel Persönliches von meinem Therapeuten erfahren – viel weniger als von meinen Bekannten, mit denen ich mich hin und wieder treffe und denen ich niemals so viel Persönliches erzählen würde, wie meinem Therapeuten.“ „Ich muss davon ausgehen, dass mein Therapeut mich verletzt, indem er mir nicht die Möglichkeit gibt, mich jederzeit – auch in der Nacht, am Wochenende oder im Urlaub – an ihn zu wenden, wie ich es bei einem Freund könnte.“ „Kann ich ihm dann vertrauen, dass es ihm wirklich wichtig ist, wie es mir geht?“ „Außerhalb der Sitzungen ist mein Therapeut mit seiner Aufmerksamkeit nicht bei mir. Wie kann er in Urlaub gehen, wenn es mir doch gerade so schlecht geht? Bin ich ihm wirklich wichtig? Wieso ist eine so intensive Beziehung wie die therapeutische von Anfang an auf ein Beziehungsende, eine Beendigung des Kontakts festgelegt?“).

Wenn man also sagt, dass es die Beziehung ist, die heilt, dann frage ich mich – auch mit Blick auf die oben genannten Besonderheiten psychotherapeutischer Beziehungen –, wie die Beziehung innerhalb der Klassischen GT gestaltet sein sollte.

Den Beitrag, den der Therapeut zu dieser Gestaltung leistet, würde ich – wie oben gesagt – als Intervention bezeichnen.

Nach meinem bisherigen Verständnis von Klassischer GT sollte sich der GT-Therapeut non-direktiv verhalten (im Sinne einer Interventionsvorschrift).

Sie schreiben:

„Nicht der Therapeut allein, sondern Therapeut und Klient zusammen schaffen die Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie bzw. für das Erleben des dem Menschen inhärenten Strebens nach Autonomie – das zur Aktualisierungstendenz gehört – durch die Wahrnehmung und Annahme – auf der Seite des Klienten – des Angebots einer wirklich (echten, tatsächlichen) bedingungsfrei empathischen Beziehung, die eine positive, akzeptierende ist, auf der Seite des Therapeuten.

Das ist vielleicht doch (hervorgehoben von mir – kw) etwas anderes, als dass sich der Therapeut zurückhält und auf direkte Einflussnahme verzichtet.“

Scheinbar haben Sie aus meinem ersten Brief den Eindruck gewonnen, ich wäre der Meinung, das therapeutische Handeln in der Klassischen GT wäre allein durch Non-Direktivität charakterisiert und Non-Direktivität würde ich als Passivität verstehen. Dem ist aber nicht so.

Non-Direktivität innerhalb der Klassischen GT bedeutet nach meinem Verständnis, dass sich der Therapeut aktiv darum bemüht, nur eines zu tun, nämlich mit seiner Aufmerksamkeit ganz und gar in die Wahrnehmungswelt des Patienten einzutauchen (ohne sich dabei mit ihm zu identifizieren) und ihm das dabei empathisch Wahrgenommene mitzuteilen. Gleichzeitig bedeutet die Non-Direktivität auch aktiver Verzicht auf eine direkte Einflussnahme. Natürlich bedeutet das „Mitteilen von etwas empathisch Verstandenem“ auch eine Einflussnahme, aber es ist eine non-direktive, weil der Therapeut damit keine Richtung (keine Direktive) vorgibt.

Zur Einschätzung der Aussage von Höger schreiben Sie:

„Dass ein Therapeut Vorschläge für das Verhalten seines Patienten macht, kann durchaus ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein und zwar dann, wenn dieser Vorschlag nicht Zweifel im Patienten daran aufkommen lässt, dass der Therapeut ihn empathisch in dessen innerem Bezugsrahmen verstanden hat, ihn in seinem Erleben respektiert und kongruent ist, d. h. sich seiner Reaktion auf den Patienten vollständig bewusst sein kann. Die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten ist nicht die einzige Art und Weise, in der sich der Gesprächspsychotherapeut ausdrücken – oder in der er sein empathisches Verstehen usw. ‚umsetzen‘ kann.“

Für mich steht die Aussage „Vorschläge für das Verhalten eines Patienten können ein gesprächspsychotherapeutisches Verhalten sein“ im Widerspruch zu meines Erachtens zentralen Aussagen von Rogers.

Es geht mir nicht um die Frage, ob sich Vorschläge hilfreich auswirken oder nicht. Es geht mir um die Frage nach dem Konzept der Gesprächspsychotherapie. Wenn ein Konzept nicht eindeutig und frei von Widersprüchen ist, besteht keine Chance, dieses Konzept in praktisches Handeln umzusetzen und zu testen.

Wenn ich Untersuchungsergebnisse lese, wonach „DIE“ Gesprächspsychotherapie diese oder jene Effektivität aufweist, dann kann ich diese Ergebnisse nicht deuten, weil ich gar nicht weiß, nach welchen Regeln sich die untersuchten Therapeuten überhaupt verhalten haben.

Rogers schreibt in „Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ auf S. 42 [6]:

„Raskin hat in einem unveröffentlichten Artikel (159) eine glänzende Beschreibung dieser Version der Funktion des Beraters gegeben:

Es gibt eine (andere) Art von Reaktion des nicht-direktiven Beraters, die für den Schreiber *die* nicht-direktive Einstellung darstellt. (...) der Berater nimmt ein Maximum an Anstrengung auf sich, um ‚unter die Haut‘ der Person zu gelangen, mit der er kommuniziert, er versucht, sich in sie hineinzusetzen und die zum Ausdruck gebrachten Einstellungen des anderen zu leben, statt sie zu beobachten, und jede Nuance einer Veränderung zu erfassen;

mit einem Wort, er versucht, sich die Einstellungen des anderen vollkommen zu eigen zu machen.“

Dann schreibt Raskin (zitiert von Rogers) einen sehr entscheidenden Satz:

„Und bei diesem Bemühen ist für irgendeine andere Art von Berater-Tätigkeit oder -Einstellung einfach kein Platz mehr; ...“

Raskin erläutert, was er damit meint:

„...; wenn der Berater versucht, die Einstellungen des anderen zu leben, kann er sie nicht gleichzeitig diagnostizieren, er kann nicht darüber nachdenken, wie sich der Prozess beschleunigen ließe. Weil er ein anderer ist und nicht der Klient, stellt sich das Verstehen nicht spontan ein; der Berater muss es sich erwerben, und zwar durch höchst intensive, beständige und aktive Aufmerksamkeit gegenüber den Gefühlen des Klienten, die jede andere Art von Aufmerksamkeit ausschließen.“

Ich fasse zusammen, was Raskin schreibt:

Neben dem Bemühen um ein empathisches Verstehen des Patienten ist für irgendeine andere Art von Berater-Tätigkeit oder -Einstellung kein Platz.

Der Berater kann nicht darüber nachdenken, wie sich der Prozess beschleunigen ließe, weil die höchst intensive, beständige und aktive Aufmerksamkeit gegenüber den Gefühlen des Klienten, jede andere Art von Aufmerksamkeit ausschließt.

Rogers schreibt auf S. 43 (ebd.): Ein Therapeut soll „der Versuchung widerstehen, das Individuum insgeheim zu lenken; er darf sich nur auf ein Ziel konzentrieren: Zu tiefem Verstehen und zur Akzeptanz der Einstellungen zu gelangen, die der Klient in dem Augenblick bewusst einnimmt, in dem er Schritt für Schritt in das gefährliche Gebiet eindringt, das er bislang seinem Bewusstsein gegenüber geleugnet hat.“

Vorschläge für das Verhalten eines Patienten sind meiner Ansicht nach immer der Versuch, ein Individuum zu lenken. Damit stehen sie in einem Widerspruch zu den konzeptuellen Aussagen von Rogers. – Wenn ich einem Patienten beispielsweise vorschlage, sich mit einer angstbesetzten Situation zu konfrontieren, dann versuche ich, ihn zu seinem Wohle zu lenken. Um diesen Vorschlag überhaupt machen zu können, muss ich den inneren Bezugsrahmen des Patienten verlassen haben, um zu einer anderen Sichtweise als er zu gelangen. Wenn ich es aber als meine Aufgabe betrachte, nur eines zu tun, nämlich die Sichtweise des Patienten empathisch zu verstehen und zu verbalisieren, dann kann ich gar keine Idee für einen Vorschlag entwickeln.

Dieses gilt meines Erachtens auch für die sog. „Weiterentwicklungen“ der Gesprächspsychotherapie.

Über diese schreiben Sie:

„Ich verstehe die sog. ‚Weiterentwicklungen‘ der Gesprächspsychotherapie beginnend mit dem Focusing als Erweiterungen durch Methoden, durch die systematisch die Aufmerksamkeit

des Klienten auf dessen Prozess des Erlebens gelenkt wird – bzw. auf Behinderungen in diesem Prozess, der gerne mit einem Flusslauf verglichen wird. Das Erleben, das dabei in den Fokus der Aufmerksamkeit des Klienten tritt, bzw. die Inhalte der Selbstexploration, die der Klient dann entwickelt, versucht der Therapeut dann empathisch und unbedingt wertschätzend zu beachten. Es werden also nicht das Erleben und auch nicht der Prozess des Erlebens sondern die Aufmerksamkeit des Klienten gelenkt. Insofern können auch diese Therapeuten durchaus non-direktiv arbeiten, obwohl sie sich selbst gern auch als prozess-direktiv bezeichnen, weil es ihnen eben um den Fluss des Erlebens geht.“

Aus meiner Sicht ist die erwähnte Prozess-Direktivität Ausdruck von Überlegungen zur Verbesserung der Patientenaktivität. Um aber auf Patientenaktivitäten einzuwirken, mit dem Ziel, sie zu verbessern, muss ich sie während des Gesprächs beobachten, bewerten und Ideen entwickeln, wie ich sinnvoll auf sie einwirke. Dieses ist aber nur möglich, wenn ich den inneren Bezugsrahmen des Patienten verlasse. Und damit verabschiede ich mich dann von dem Konzept von Rogers.

Ich will das Konzept von Rogers gar nicht verteidigen – auch wenn es mir persönlich besonders sympathisch ist. Vielleicht ist das Konzept der Prozess-Direktivität ja effektiver als das Konzept von Rogers, aber in jedem Fall handelt es sich meiner Einschätzung nach um zwei deutlich unterschiedliche Konzepte.

An dieser Stelle möchte ich für heute schließen. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit beim Lesen und verbleibe mit besten Grüßen

*Karsten Wittke*

*Hamburg, 28. Februar 2018*

*Lieber Herr Wittke!*

Vielen Dank für Ihren Brief vom 20. 1. des neuen Jahres! Ich hoffe, Sie sind gut hineingekommen!

Es sind nun schon wieder zwei Monate vergangen, seit Sie mir geschrieben haben, und seither grübele ich darüber nach, wie ich Ihnen antworten kann. Je öfter ich Ihren Brief lese, umso mehr fällt mir auf, dass unsere Meinungen über das, was die Gesprächspsychotherapie ausmacht, auf der einen Seite ganz nahe beieinander liegen. Auf der anderen Seite sprechen wir – Sie, der integrative Psychologische Psychotherapeut, und ich, die „klassische“ Gesprächspsychotherapeutin – aber zwei zwar ähnlich klingende aber doch sehr verschiedene Sprachen. Ich suche nach einer Ausdrucksweise bzw. dritten Sprache, in der ich mich Ihnen verständlich machen kann.

Ihrem Vorschlag, den „Patienten“, den „Therapeuten“ und die Begriffe „Intervention“ und „Beziehung“ erst einmal zu definieren, bevor wir sie diskutieren, entnehme ich, dass es Ihnen ähnlich geht.

Ich greife zunächst Ihre Definitionen auf. Sie sagen:

Der **Patient** ist eine Person, die unter einer Krankheit bzw. Störung leidet und sich deswegen an einen professionellen Helfer wendet. Er verfolgt eine **Absicht** (Linderung seiner Beschwerden) und hat **Erwartungen** (der Therapeut kann helfen).

Der **Psychotherapeut** verfolgt die **Absicht**, dem psychisch Kranken zu helfen wieder gesund zu werden.

In Verfolgung dieser Absicht führt er mit dem Patienten Gespräche. Und während dieser Gespräche entsteht zwischen ihm und dem Patienten eine **Beziehung**. Die Beziehung sei die Folge des aufeinander bezogenen wechselseitigen Verhaltens von Therapeut und Patient. Sie – ich zitiere Sie:

„besteht aus den im Kopf der beteiligten Personen existierenden Vorstellungen darüber, was von der jeweils anderen Person zu erwarten ist und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten sollen. Mit diesen Vorstellungen sind Gefühle verbunden, die in der Interaktion mit dem jeweils anderen entstehen.“

Die psychotherapeutische Beziehung sei damit nicht etwas abstraktes, sondern existiere ganz konkret als Gedanken, Gefühle und Handlungsbereitschaften in den Köpfen von Patient und Therapeut, die z. T. durch offizielle Regeln und Vorgaben der jeweiligen Therapieschule und z. T. durch die Beteiligten selbst bestimmt würden.

Als **Interventionen** bezeichnen Sie **das absichtsvolle Verhalten des Therapeuten**, seinen Beitrag zur Gestaltung der therapeutischen Gespräche und damit der therapeutischen Beziehung.

Ich stimme Ihren Definitionen weitgehend zu: Patienten und Therapeuten verfolgen Absichten und haben Erwartungen aneinander und im Gespräch miteinander entwickeln sie eine Beziehung zueinander, auch in der Form, dass sich in beider Köpfe Vorstellungen – verbunden mit Gefühlen – davon entwickeln, was vom je anderen erwartet werden kann und welche Regeln für den Umgang miteinander gelten.

Zu Ihrem Vorschlag, Verhaltensweisen des Therapeuten, die mit einer Absicht verbunden sind, (den Patienten beim Gesundwerden zu unterstützen), Interventionen zu nennen, möchte ich später Stellung nehmen.

Ich habe in meinem letzten Brief an Sie die Charakterisierung des Klienten – die Sie zu recht als nur auf wenige Patienten am Beginn einer Therapie zutreffend bezeichnen – aus Rogers' „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozesses“ entnommen.

Die zweite dieser Bedingungen lautet: „... dass die eine Person, die wir den Klienten nennen wollen, inkongruent ist.“ (Inkongruenz bedeutet – im Rahmen therapeutischer Kontakte – mit Erfahrungen beschäftigt zu sein, die man und in denen man sich selbst nicht oder nur begrenzt verstehen und annehmen kann.)

Rogers hat aber mit der Formulierung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess weder eine Definition des Klienten noch eine des Therapeuten und schon gar nicht notwendiger oder hinreichender therapeutischer Interventionen vorlegen wollen, sondern eine Abstraktion der Ergebnisse seiner Forschung. Mit dieser hat er Antworten auf die Frage gesucht: Was ist das Gemeinsame an erfolgreichen psychotherapeutischen Prozessen, d. h. solchen, die zu mehr psychischer Reife führen?

Diese Abstraktion ist im Kern die Beschreibung einer spezifischen Art von Beziehung. Sie beschreibt einen Kontakt zwischen zwei Personen, in dem die eine Person, der Klient, inkongruent ist und von der anderen Person, dem Therapeuten, der kongruent ist, empathisch bedingungslos positiv in ihrem Erleben beachtet wird. Und der Klient nimmt zumindest im Ansatz wahr, dass ihn der Therapeut empathisch und bedingungslos positiv beachtet.

Aus diesen vielfach miteinander zusammenhängenden Bedingungen für den erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess, die zusammengenommen eine Beziehung beschreiben, habe ich nun einen Aspekt, nämlich „dass die eine Person, die wir den Klienten nennen, inkongruent ist“, herausgegriffen und aus ihm eine Definition „des“ Patienten abgeleitet.

Damit habe ich natürlich Missverständnissen Tür und Tor geöffnet.

„Der Patient“ ist nicht per definitionem mit seiner Inkongruenz beschäftigt, sondern: Wenn der Klient sich mit seiner Inkongruenz auseinandersetzt, ist eine der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für einen (nicht den!) erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess erfüllt.

Die Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie ist reich an solchen Missverständnissen, spätestens seit Rogers sich widerstrebend auf den Versuch eingelassen hat, seine Therapietheorie in der Sprache der abhängigen und unabhängigen Variablen zu beschreiben. Und diese Missverständnisse haben zu vielen ausgesprochen falschen Darstellungen der Gesprächspsychotherapie, bis in die Lehrbücher hinein, geführt.

Rogers hat, unter anderen aus didaktischen Gründen, wie er selbst schreibt, einige der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess immer wieder einzeln beschrieben oder ihre Beschreibungen durch andere Autoren zitiert: z. B. das empathische Verstehen. Sie selbst, lieber Herr Wittke, zitieren Rogers, der wiederum Raskin's Beschreibung der Empathie zitiert.

Vielleicht das prominenteste, jedenfalls aber das folgenreichste Missverständnis von Rogers' Therapiekonzept ist aber, die „Umsetzung“ oder „Realisierung“ der „Variablen“ Empathie, Bedingungslos Positive Beachtung und Kongruenz als **Interventionen des Therapeuten im Sinne eines absichtsvollen Verhaltens mit dem Ziel einer guten therapeutischen Beziehung**

anzusehen. Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz sind drei Aspekte **einer** inneren Haltung des Therapeuten dem Klienten gegenüber. Ein wesentlicher Teil dieser inneren Einstellung ist Absichtslosigkeit. Eine absichtsvolle Bedingungsfreie Positive Beachtung z. B. ist ein Widerspruch in sich selbst.

Der Erfassung dieser Einstellung in Ratings z. B. und damit ihrer „Messung“ hat das übrigens nie im Wege gestanden. Therapeuten können in der Regel per Introspektion selbst feststellen, ob und wie weit sie sich in ihre Klienten einfühlen können und ob sie etwas anderes als Bedingungsfreie Positive Beachtung des Klienten in seinem Erleben empfinden. (Genau das ist das häufigste Thema in der Supervision von Gesprächspsychotherapeuten.) Und Beobachter der Therapeuten und vor allem Beobachter der Interaktion zwischen Therapeut und Klient können das auch erschließen. Vor allem aber kann der Klient selbst feststellen, ob er sich empathisch und bedingungsfrei positiv beachtet fühlt bzw. den Therapeuten als bedingungsfrei positiv empathisch beachtend erlebt – oder als z. B. eine Rolle mehr oder weniger gut spielend. Dass sich der Klient zumindest im Ansatz empathisch bedingungsfrei positiv beachtet erlebt, ist ja die sechste der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess.

Während ich mir keine absichtsvollen Handlungen des Therapeuten vorstellen kann, „die zu einer Beziehung beitragen, in der die drei Beziehungsvariablen verwirklicht sind“, kann ich mir aber sehr wohl Äußerungen – sprachlich, mimisch, gestisch usw. – des Therapeuten vorstellen, die der Klient als Ausdruck davon versteht, dass der Therapeut ihn empathisch verstanden hat und wirklich respektiert, die also zur Erfüllung der sechsten Bedingung beitragen. Die Haltung des Therapeuten lässt sich nicht verwirklichen. Sie ist entweder wirklich im Therapeuten vorhanden oder nicht. Damit sie auch „wirken“ kann, muss der Klient sie allerdings auch wahrnehmen können.

Mit der Absicht, „dass die Mitteilung an den Klienten, dass der Therapeut ihn empathisch versteht und bedingungsfrei positiv beachtet, zumindest in einem minimalen Ausmaß gelingt“ kann der Therapeut nun einiges tun.

M. E. kann z. B. die „Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten“ (VEE) – die wahrscheinlich bekannteste Verhaltensweise des Gesprächspsychotherapeuten – als Verhalten des Therapeuten angesehen werden, das zur Erfüllung der sechsten Bedingung für den therapeutischen Prozess beitragen kann – aber eben nur als Hinweis auf die Erfüllung, nicht aber als „Realisierung“ der 4. Bedingung angesehen werden, „dass der Therapeut den Klienten empathisch versteht“.

Ich hoffe, Sie empfinden diese meine Ausführungen nicht als Wortklauberei. Ich brauche sie als Basis für meinen Versuch, Ihnen Ihre Fragen nach meiner Meinung

- bezüglich der Nicht-Direktivität der Gesprächspsychotherapie,
- bezüglich Högers Meinung, der Therapeut könne auch mal Vorschläge machen,
- und bezüglich der prozess-direktiven Entwicklungen in der Gesprächspsychotherapie

zu beantworten.

Das erste Missverständnis der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, mit dem sich Rogers auseinander gesetzt hat, war deren Interpretation, der Therapeut folge passiv empathisch dem Selbstexplorationsprozess des Klienten, ohne ihn zu bewerten, und sei in seinen Ausdrucksmöglichkeiten auf ein papageienhaftes Wiederholen der Äußerungen des Klienten beschränkt bzw. darauf, hinter dem Klienten herzuschweben wie ein Geist, ohne sich persönlich einzulassen oder gar zu zeigen. Diesem Missverständnis kann man nur mit der Empfehlung begegnen, sich die zahlreichen Explikationen dieser komplexen inneren Einstellung „wirklich (d. h. auch kongruente) empathische bedingungsfrei positive Beachtung des Klienten in seinem Erleben“, die es in der gesprächspsychotherapeutischen Literatur gibt, anzusehen. Es gibt kein empathisches Verstehen ohne wirkliches Mitfühlen und keine bedingungsfrei positive Beachtung ohne wirkliches Verstehen und damit echte Berührung durch den anderen.

Auf der anderen Seite: Untersuchungen der „klassischen Gesprächspsychotherapie“, in denen z. B. Verhaltenstherapeuten nach wenigen Trainingsstunden „Einführung“ in und „Akzeptieren“ des Klienten „realisieren“, indem sie z. B. immer zusammenfassend zu wiederholen versuchen, was der Klient gesagt hat, oder ihm beteuern, dass sie ihn verstehen und annehmen – ohne dass überprüft wird, ob sich der Klient verstanden fühlt, sind keine Untersuchungen der klassischen Gesprächspsychotherapie.

Ich habe in meinem letzten Brief an Sie erwähnt, dass Höger vorschlägt, mehrere Abstraktionsebenen, auf denen das Klientenzentrierte Konzept beschrieben worden ist, voneinander zu unterscheiden. Zur Beziehung dieser Beschreibungsebenen zueinander sagt er, dass eine einer Ebene zuzuordnende Beschreibung immer auch den Kriterien der jeweils übergeordneten Ebenen genügt. Die Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes der einen Person durch eine andere ist z. B. nur dann eine „gesprächspsychotherapeutische“, wenn sie den Kriterien der übergeordneten Ebenen nicht widerspricht, also wenn der emotionale Erlebnisinhalt des Klienten vom Therapeuten empathisch verstanden worden ist und in ihm keine andere Reaktion als bedingungsfrei positive empathische Beachtung ausgelöst hat.

Der Therapeut kann auf selbstexplorative Äußerungen des Klienten sehr wohl z. B. mit einer Frage, aber eben auch mit

einem eigenen Vorschlag antworten. Das Kriterium dafür, ob das „gesprächspsychotherapeutisch“ ist, ist die Reaktion des Klienten. Wenn er die Äußerungen des Therapeuten als Hinweis darauf versteht, dass ihn der Therapeut empathisch verstanden hat und sein Erleben nicht bewertet, dann ist sie eine „gesprächspsychotherapeutische“. Wenn der Klient einen Vorschlag des Therapeuten allerdings so erlebt, als hätte der nichts mit dem zu tun, worin sich der Klient gerade selbst exploriert, oder beinhalte ein „besseres“ Erleben oder Fühlen oder Schlussfolgern als das eigene, dann ist der Vorschlag nicht „gesprächspsychotherapeutisch“.

Und zum Punkt drei: Die sog. Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie verstehen sich alle nicht als „direktiv“, sondern als „prozess-direktiv“. Ich verstehe das so, dass sie die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Ingangsetzen und die Aufrechterhaltung des psychotherapeutischen Prozesses“ zwar nicht in Frage stellen, aber sehr wohl der Frage nachgehen, ob sich dieser Prozess nicht optimieren lässt.

Auch in Gesprächspsychotherapien kann sich der Therapeut nicht ununterbrochen empathisch in den Klienten einfühlen und erleben, dass er ihn bedingungslos positiv beachtet. Der Klient – und mit ihm der Therapeut – erleben immer wieder Situationen, in denen seine Selbstexploration stockt oder unterbrochen ist, eine unmittelbar weitergehende Selbstreflexion unmöglich ist. Die Einfühlung in das Erleben des Klienten in diesen Situationen ist weniger leicht als in Phasen unbeeinträchtigt fließender Selbstexploration. Die Frage der „prozess-direktiven“ Gesprächspsychotherapeuten ist nun: Gibt es Möglichkeiten, aus dieser Situation eines blockierenden Selbstreflexionsprozesses auf der Seite des Klienten herauszukommen? Sie sagen: Ja, die gibt es. Und sie stellen Methoden vor, mit deren Anwendung sie die Absicht verfolgen, diese Blockaden sichtbar

zu machen und damit den Selbstreflexionsprozess wieder in Gang oder in Fluss zu bringen. Sie verfolgen nicht die Absicht, auf die Inhalte der Selbstexploration und Selbstentwicklung des Klienten Einfluss zu nehmen.

Die Anwendung dieser Methoden ist ein Intervenieren in Ihrem Sinn. Der Therapeut verfolgt eine Absicht: die Aufmerksamkeit des Klienten auf den Fluss seines Selbstreflexionsprozesses zu lenken und ihn damit „zum Fließen“ zu bringen.

Lieber Herr Wittke, ich muss mich leider an dieser Stelle von Ihnen verabschieden! Hoffentlich ist es mir gelungen, einige Ihrer Fragen zu Ihrer Zufriedenheit zu beantworten.

Mit herzlichem Gruß,

*Ihre E.-M. Biermann-Ratjen*

### Literaturhinweise

- [1] Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- [2] Stumm, G. & Keil, W. (Hrsg.) (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- [3] Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2012). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch*. (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- [4] Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. (10. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- [5] Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse, J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S.197–222). Heidelberg: Asanger.
- [6] Raskin, N.J. (1947) The nondirective attitude. (Unveröffentlichter Artikel). Zitiert nach Rogers, C.R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S.42). Frankfurt am Main: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Deutsche Erstveröffentlichung 1972.)