

Personzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit

Anmerkungen zum Aufsatz „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen für die Zukunft“ von M. Behr, J. Finke und S. Gahleitner
in PERSON 1/2016

Peter F. Schmid

Institut für Personzentrierte Studien, Wien

Der Beitrag ist eine Replik auf den nach Anpassung an den Mainstream plädierenden Aufsatz von Behr et al. Es wird gezeigt, dass viele der dort angeführten „Herausforderungen“ mit dem personzentrierten Paradigmenwechsel inkompatibel sind.

Schlüsselwörter: Personzentriert, Psychotherapie, Beratung, Person, Störung, Intervention.

Being person-centred — the future does not lie in the past. Remarks to „Being person-centered — Seven challenges for the future“ by M. Behr, J. Finke and S. Gahleitner in PERSON 1|2016. The piece is a riposte to Behr's et al. paper that reads as a plea for adaption to the mainstream. It indicates that many of the „challenges“ enumerated are incompatible with the person-centred paradigm change.

Keywords: Person-centred, psychotherapy, counselling, person, disorder, intervention.

Selten hat mir ein Aufsatz so klar vor Augen geführt wie der prominent in der Jubiläumsausgabe der PERSON (1|2016) platzierte, wie sehr das Verständnis von dem, was als „personzentriert“ bezeichnet wird, in deutschsprachigen Ländern differiert. Die zwei Autoren und die die Autorin¹ vertreten darin Auffassungen, die im Umfeld des Wunsches nach allgemeiner Anerkennung nicht selten so oder ähnlich anzutreffen sind. In knapper Form folge ich gern dem Anstoß zur Diskussion (S. 15).

Manchen als Herausforderung genannten Punkten ist aus meiner Sicht zuzustimmen, etwa der Herausarbeitung der Bedeutung der Beziehung in der Entwicklung, den konstruktivistischen Perspektiven oder der Betonung sozialtherapeutischer Arbeit. Insgesamt jedoch erscheinen die „Herausforderungen für die Zukunft“ als Schritt zurück – vor den Rogerianischen

bzw. personzentrierten Paradigmenwechsel. So liest sich der Aufsatz eher als eine Streitschrift, die bestimmte, lang schon bekannte Positionen in der Debatte im deutschen Sprachraum (teilweise recht polemisch) wieder aufwärmt, denn als zukunftsweisende Perspektiven für Personzentrierte Psychotherapie.

Daher beziehe ich mich im Folgenden hauptsächlich auf den Teil des Aufsatzes, der sich explizit oder implizit mit dem Menschenbild des Ansatzes beschäftigt und sich im Wesentlichen als eine Apologie störungszentrierten Denkens und Handelns liest. Deshalb können meine Anmerkungen auch relativ kurz ausfallen. Die einschlägigen Belege wurden oft genannt (z. B. Schmid, 2017).

What's in a name?

„Offsprings“, Entwicklungen aus dem Personzentrierten Ansatz heraus, haben in vielfacher Weise stattgefunden; meist aber wurden andere Therapieansätze – wie es die Redlichkeit erfordert – auch anders benannt (z. B. experienziell, Focusing-orientiert, emotionsfokussiert, störungsspezifisch, prozessdirektiv, zielorientiert, klärungsorientiert, pluralistisch). Die selbst

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., ist Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich. Er lehrt an der Sigmund-Freud-PrivatUniversität Wien (SFU) sowie mehreren Universitäten und Hochschulen in Europa und den USA. Er arbeitet als Psychotherapieausbilder am *Institut für Personzentrierte Studien (APG•IPS)* in Wien und als Psychotherapeut, Supervisor und Coach in freier Praxis. Schmid hat mit Carl Rogers in den 1980-er Jahren zusammengearbeitet und unter anderem den Weltverband (*WAPCEPC*) und das Europäische Netzwerk (*PCE Europe*) sowie die Fachzeitschriften *PCEP* und *PERSON* initiiert und mitbegründet. Mehr als 350 facheinschlägige Bücher und Publikationen. Carl-Rogers-Award der *APA (American Psychological Association)* 2009. Web: www.pfs-online.at; E-Mail: pfs@pfs-online.at

1 Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich im Folgenden stets den Gattungsbegriff.

gewählten Namensbezeichnungen von WAPCEPC und PCE Europe, des personenzentrierten *und* experienziellen Welt- und Europaverbandes, kommen aus dieser Sichtweise. Im gegenständlichen Aufsatz handelt es sich, dem Titel gemäß, jedoch ausdrücklich darum, „personenzentriert zu sein“ (S. 14).

Was wird hier unter „personenzentriert“ verstanden? Behr, Finke und Gahleitner nehmen ihren Ausgangspunkt von einem explizit störungsspezifischen Zugang. Sie kritisieren personenzentrierte und psychiatriekritische Psychopathologieansätze, wie beispielsweise jene von Sanders und Warner, etwa für die Begriffe *difficult client process* und *fragile process* (die ja bewusst und zur Abgrenzung von traditionellen Verständniszugängen so benannt wurden, um etwas anderes zu bezeichnen als die „international gebräuchlichen Termini“, S. 16). Sie fordern insgesamt die Regeln der internationalen scientific community ein (S. 16). Der klassischen Terminologie der Manuale sei zu folgen, verlangen sie, man müsse von Krankheit reden, Therapie habe als Zielpunkt, Störungen zu bearbeiten und „für einen Personenzentrierten Therapeuten“ stehe „immer die Auseinandersetzung der Person mit ihrem Problem oder ihrer Störung im Mittelpunkt des Interesses“ (S. 16), weshalb es um therapeutisches Fokussieren auf die Probleme der Klienten gehe, die nicht aus quasi ideologischen Gründen ausgeblendet werden dürften (S. 16). Die Klienten seien ja unübersehbar krank, daher habe man sich vor einer Dämonisierung des Pathologischen zu hüten. Therapeuten müssten schon der Krankenkassen wegen die Klienten „pathologisieren“ (S. 17). Eine problemzentrierte Haltung der personenzentrierten gegenüberzustellen sei ebenso unsinnig wie das als überholt und gefährlich betrachtete Festhalten an der Überzeugung, dass allein der Klient Experte für sich und sein Leben sei (S. 21). Alles das seien „Sonderlichkeiten“ und „Widersprüche“ durch eine „fundamentalistisch verstandene ‚Gegenzentrierung‘ zur Mainstream-Therapie und zum medizinischen Modell“ (S. 17) und daher konzeptuell zu korrigieren. Generell wird „Entradikalisierung“ gefordert (S. 20).

Deutlicher kann man sich wohl nicht von den Intentionen des Begründers dieses Ansatzes abwenden, als dass man Anpassung an das bestehende System sucht. Rogers hat entschieden und vielfach seinen aus einem erfahrungsgestützten Menschenbild heraus entwickelten Zugang zum Verständnis der Person, ihrer Entwicklung und der Psychotherapie dem vorherrschenden System gegenübergestellt und explizit dazu aufgefordert, es zu verändern. Es bleibt jedem unbenommen, anderer Meinung zu sein. Nur ist es schlicht Etikettenschwindel, das dann „personenzentriert“ zu nennen und einen guten Namen für etwas zu benutzen, das sich vom althergebrachten schulmedizinisch-psychiatrischen Konzept nicht mehr *wesentlich* unterscheidet und somit verwechsel- und austauschbar wird. Wenn man anderes denkt und will, wäre es fair, das auch anders zu nennen.

Es ist mehr als genügend Theorie reflektiert, Literatur publiziert und Praxis erlebt worden, die aufzeigt, dass störungs- oder krankheitszentriert genau nicht *personenzentriert* ist, d. h. nicht den ganzen Menschen in den Blick nimmt, sondern seine Krankheit und damit unter anderem nicht die Ressourcen und das Potenzial des Menschen „in den Mittelpunkt des Interesses stellt“, sondern seine Probleme und die Auseinandersetzung damit. Und die Probleme machen eben nicht den ganzen Menschen aus. Auch und gerade wenn es dem Betroffenen selbst so erscheint, ist das dementsprechend andere, nämlich personale Menschenverständnis des Therapeuten ein entscheidendes Korrektiv. Es handelt sich schlicht um eine grundlegend andere Sicht vom Menschen, um ein anderes – aus personenzentrierter Sicht reduktionistisches – Menschenbild, zu dem auch die Reifizierung von Störungsbildern als angeblich feststehende Fakten gehört und nicht bedacht wird, dass diese bestimmte, auch gesellschaftspolitisch beeinflusste Konstruktionen darstellen. Entsprechend wird im Aufsatz in klarem Gegensatz zu Rogers durchgängig von einem störungsorientierten Konzept her argumentiert, das als Matrix für die „Herausforderung“ auf verschiedenen theoretischen Ebenen gesehen wird (z. B. S. 22, 23). Für eine Therapieform, die den im Aufsatz genannten „Herausforderungen“ entspricht, wäre somit etwa die Bezeichnung „mainstream- und störungszentrierte Therapie“ zutreffend und ehrlich.

Zurück zur Anpassung?

Mir ist keine veröffentlichte personenzentrierte Meinung bekannt, die das Pathologische je dämonisiert hätte. Diesbezüglich handelt es sich in dem Aufsatz um eine unwissenschaftliche und unsachliche Polemik, die personenzentriert arbeitende Menschen, nimmt man die Wortwahl der Metapher, in die Nähe mythologischer Dämonenvorstellungen rückt. Außerdem: Welcher ernstzunehmende Vertreter eines personalen Menschenbildes hat je „die Schwierigkeiten des Klienten ausgeblendet“? (S. 16)

Ja, Rogers' Ansatz ist etwas Besonderes – gerade weil es ihn von den gängigen Krankheits- und Therapiemodellen bewusst unterscheidet, „sondert“. Personenzentrierte Theorien deshalb als „Sonderlichkeiten“ (S. 17) abzuqualifizieren und sie von den Wurzeln abzuschneiden – das bedeutet ja der Begriff „entradikalisieren“ (S. 20) –, zeugt eher davon, dass entweder nicht verstanden worden ist oder nicht gelten soll, dass es hier um einen tatsächlich radikal, also von den Wurzeln her, anderen Zugang zum Menschen handelt, einen der sich tatsächlich nicht dem Mainstream und seinen Reparatur- und Anpassungsmodellen unterordnen will. Sollte die Hoffnung auf Anerkennung durch die Krankenkassen dahinterstecken: Liebe deutsche Kollegen und Kolleginnen, schon vergessen, dass euch die ganze

Anpasserei in Bezug auf die sozialrechtliche Anerkennung nichts genützt hat?

Man darf in diesen und anderen Verwässerungstendenzen (von innen) und Verharmlosungstendenzen (von außen) auch einen Widerstand gegen den radikalen Anspruch des personenzentrierten Paradigmenwechsels sehen, der bedrohlich für etablierte Macht, für Status und Prestige ist, wie schon Rogers selbst vermutet hat. Er sprach öfter von einer „stillen Revolution des Personenzentrierten Ansatzes“, die – wie durchaus kritisch anzumerken bleibt – bisweilen zu still ausgefallen ist.

Die Konsequenzen aus der für Anpassung plädierenden Sicht der Dinge sind logisch: Vertreter eines personalen anthropologischen Fundaments werden mit dem Killerargument „fundamentalistisch“ (S. 21) abgewertet (eine Bezeichnung, die man sich im Kontext heutigen Sprachgebrauchs von „Fundamentalismus“ einmal bewusst machen muss!), aus dem notwendigerweise nach- und mitfühlendem Verstehen der Empathie wird ein „Voraussein“ und „Besser-Verstehen“, das folgerichtig mit Interpretieren gleichgesetzt wird (S. 21). Nur konsequent ist dann auch die Behauptung, dass dementsprechend Rogers „so etwas wie eine Therapietechnik“ beschrieben habe (S. 22) und dass „personenzentrierte Therapietechniken“, „Interventionskataloge“ und „Handlungsinstrumentarien“ als Fortschritt verstanden werden. Die Begründung dafür, dass das Zurückweisen von Techniken (gerade auch durch Rogers selbst) „bedenklich“ sei, wird erneut im „Gegensatz zu den Mainstream-Methoden“ gesehen. Selbst Autoren wie Mearns und Thorne werden entgegen ihren eigenen Intentionen und Beschreibungen Techniken unterstellt. Techniken, von den Autoren des Aufsatzes verstanden als „Muster des therapeutischen Kommunikationsverhaltens“ (S. 23), die „immer systematischer“ beschrieben werden sollten, sind jedenfalls das Gegenteil von einer Haltung, die die Person in den Mittelpunkt stellt. Sie reduzieren – aus personaler Perspektive betrachtet – die Person auf ihr Erleben, ihr Verarbeiten usw. Handelt man personenzentriert, versteht man Therapie wie Rogers als Begegnung von Person zu Person, und jede Therapie wird zu einem neuen einzigartigen Kunstwerk, ist art in progress, Betreten jeweils unbekanntem Terrain. Techniken, im Originalsinn des Wortes als Kunstfertigkeiten verstanden, sind dann individuell und beziehungsbedingt von den beteiligten Personen zu entwickeln, statt auf ein vorgefertigtes Repertoire oder einen Handwerkskoffer zurückzugreifen. Ein solcher Rückgriff ist immer ein Schritt aus der Begegnung heraus. Das hat auch Konsequenzen für die Ausbildung (siehe unten).

Die verkürzt wiedergegebene Formulierung, ausschließlich der Klient sei Experte (gemeint: für sein Leben) und der Therapeut sei Experte darin, kein Experte für den anderen zu sein (was ja ein hohes Maß an Expertise verlangt, nämlich nicht die aus der Not des Klienten heraus oft angeforderte Expertenrolle zu übernehmen), wird als extrem einseitiges „monologisches

Beziehungsmodell“ diskriminiert, und es wird gefordert, Therapie als Verständigung zwischen zwei Experten zu verstehen, als Ergebnis einer Konsensbildung. Daher habe auch der Therapeut den Klienten nicht nur aus dessen innerem Bezugssystem, also empathisch, zu verstehen, sondern auch aus dem eigenen Bezugssystem, denn Klienten mit ihren Inkongruenzen könnten sonst nicht von ihrer „Selbsttäuschung“ (S. 21) befreit werden. Die logische Folge ist: Den Klienten müsse man besser verstehen als der sich selbst und daher sei Interpretieren geboten und Techniken seien nicht nur notwendig, sondern deren Zurückweisen sei bedenklich (S. 23).

Das alles hat natürlich Auswirkungen auf die Ausbildung, die entsprechend nicht als Heraus-Bildung und Persönlichkeitsentwicklung, sondern als lehrbares Erlernen von Handlungsmustern (S. 23) verstanden wird, wobei es gelte, die „Technik-Konzepte immer präziser“ und „systematischer“ zu beschreiben. Das Argument, wenigstens der Lehr- und Lernbarkeit wegen müsse es also standardisierte Techniken geben (die man später allenfalls wieder vergessen dürfe), verkennt, dass Ausbildungsteilnehmer – immer vom personenzentrierten Menschenbild ausgehend – sehr wohl in der Lage sind, sich selbst als Person als das therapeutische „Instrument“ in der Beziehung zu verstehen und darauf vertrauen zu lernen, dass es ihnen möglich ist, auch in konkreten schwierigen Situationen als Person präsent zu sein und sich nicht mit einer Technik „drüberzuhelfen“ oder sich dem un-Mittel-baren Beim-und mit-dem-Anderen-Sein zu entziehen. Das ist die Herausforderung – für den Ansatz und für jeden einzelnen.

Anhand einer Argumentationslinie im Aufsatz sei gezeigt, wie sehr gegen einen zuvor unrealistisch aufgestellten Popanz Stellung bezogen wird. Rhetorisch gefragt wird: „Würde es nicht der Klientenzentrierung widersprechen, wenn der Therapeut diesem Anliegen des Klienten [nämlich, dass dieser den Therapeuten in der Regel wegen bestimmter Probleme aufsuche und die Behebung der Beschwerden sein primäres Anliegen sei] gar keine unmittelbare Beachtung des Klienten schenken und erklären würde: ‚Es geht hier nicht um Ihre Beschwerden oder Ihre Probleme, sondern nur [sic!] um Ihre Person?‘“ (S. 16). Nicht einmal völlig unkundige Anfänger in einer Therapieausbildung würden so etwas oder Ähnliches sagen! – Ich nehme auch nicht an, dass das heißen soll, Aufgabe der Therapeuten sei zu tun, was die Klienten möchten, dass die Therapeuten tun.

Eine Frage der Anthropologie und der Wertsetzung

Das Ärgerliche an dem Aufsatz ist, dass nicht die Vielfalt an Positionen herausgestrichen wird, wie andernorts betont wird, sondern dass alles, was nicht den dort „Herausforderungen“ genannten Kriterien entspricht, mit einer bemerkenswerten

Intoleranz als überholt, „konservativ“, „fundamentalistisch“ und „sonderlich“ bezeichnet wird.

Freilich gilt: Niemand hat die Wahrheit. Es geht nicht darum, was so ist, wie Rogers es gesagt und getan hat und was nicht. Selbstverständlich kann man anderer Meinung als er sein – und ist ihm wohl weit treuer, wenn man ihn nicht bloß wiederholt, sondern seine Ansätze weiterentwickelt. Der – im Übrigen immer zeitbedingte – Ansatz eines Gründers ist kein Garant für „Richtigkeit“. Es geht auch nicht um die rechte Exegese, die richtige Auslegung von Rogers. Bloß weil er etwas gesagt hat, ist es noch nicht sinnvoll. Wie bei den so genannten heiligen Schriften, ob Bibel oder Koran, Freud oder Rogers, kann man für alles irgendeinen Beleg finden und sich einseitig darauf berufen. Den eigenen Überzeugungen, die hoffentlich durch Erfahrungen und nicht durch Übernahme der Überzeugungen anderer entstanden sind, ist zu folgen.

Therapierichtungen unterscheiden sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Grundpositionen und Wertsetzungen im Menschenbild. Im personenzentrierten Fall sind das: Vertrauen in das Entwicklungspotenzial des Klienten, Freiheit und Selbstbestimmung statt Anpassung, Beziehungsfähigkeit und -angewiesenheit, Förderung von Emanzipation und Respekt vor der Menschenwürde. Auf der Basis der Grundannahmen geht es dann

um innere Konsistenz und genuine Theorie und Praxis („genuin“ heißt „echt“, „authentisch“, also „kongruent“).

Nicht immer bedeutet „Weiterentwicklung“ auch Vertiefung. Aus meiner Sicht wird im Aufsatz von Behr, Finke und Gahleitner einer Verflachung und Verwässerung das Wort geredet. Rogers hat selbstverständlich die ständige Überarbeitung und wissenschaftliche Überprüfung der personenzentrierten Theorie und Praxis gefordert und sich gegen Dogmatismus gewendet. Mir ist aber nicht bekannt, wo er seine Grundüberzeugungen und seinen Ansatz zu Emanzipation und Selbstbestimmung der Person sowie sein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz in der Persönlichkeitsentwicklung, also die radikalen Wurzeln seines Therapiekonzeptes aufgegeben hätte.

Literatur

- Behr, M., Finke, J., Gahleitner S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers Tod. *PERSON* 20, 1 (2016) 14–30.
- Schmid, P.F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie [Neufassung]. In: T. Slunecko (Hg.), *Psychotherapie. Eine Einführung*, 3. Auflage (S. 153–201). Wien: WUV facultas.