

Personzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum

Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid

Michael Behr, Jobst Finke und Silke Birgitta Gahleitner

An den von uns vorgeschlagenen sieben Herausforderungen für den Personzentrierten Ansatz (Behr, Finke & Gahleitner, 2016) stören Schmid (2017) vor allem zwei Dinge: *störungsspezifisches Wissen* und das *Kennzeichnen von Methoden und Techniken*. Beides führe den Ansatz in Zeiten vor Rogers zurück (*sic*), dessen Anliegen mit solcher „Anpassung an das bestehende System“ mit Füßen getreten würde. Das radikal andere Menschenbild verwässere. Die Wirkmacht des Ansatzes liege – im Gegensatz dazu – in der personalen Begegnung, die die Therapie „zu einem neuen einzigartigen Kunstwerk“ macht, zu „art in progress“.

Solches Denken halten wir für respektabel – aber eben nur insoweit, wie man im Personzentrierten Ansatz ein sozial-philosophisches Manifest sieht. Das Menschenbild ist humanistisch, und das ist gut so. Die Parteinahme für die Entwicklungspotenziale der Person vertreten auch wir, sie möge wo auch immer dezidiert und nachhaltig sein. Dass die Person ihren Bezugsrahmen voll bewohnt und kongruent ‚nach vorne heraus‘ lebt: unbedingt ja.

Fachkräfte der Beratung und Therapie fragen sich täglich, wie facilitiere ich dies, so gut ich kann. Das hatte sich auch der Rogers der 1940er-Jahre gefragt. Er erfand die beste Psychotherapiemethode seiner Zeit. Ihre Überlegenheit konnte er, empirische Forschung einführend, beweisen. *Dies* erbrachte die Durchbrüche, nicht, weil sie „radikal“ das „bestehende System“ unterlaufen hätte.

In Beratung und Therapie müssen wir unseren Klienten¹ das Best-Verfügbare anbieten. Dazu hat Rogers (1949, 1986) ausdrücklich und wörtlich aufgefordert! Wissen und Möglichkeiten in Beratung und Therapie konnten sich seit Rogers' Zeit ganz erheblich weiterentwickeln. Puristisches Personzentriert-Sein (Rogers, 1957: die Kernbedingungen seien hinreichend) sichert unserem Ansatz einen Platz im Museum, ausgerechnet in den USA wurde das bereits erreicht: Der Ansatz ist an den Rand gedrängt.

Was zu tun ist, begann längst: das Personzentrierte kreativ und ohne dogmatische Enge zu entwickeln, ohne – und das ist der Punkt – im Klientenkontakt unser Menschenbild zu verlassen und die gelebte Beziehung zum Klienten zweitrangig werden zu lassen. Die von den Kritikern beschworene Wirkmacht erlebt jeder, der sich personzentriert versteht, wer wollte denn davon weg!? Diese *Verbindungen* zu entwickeln, *das* sind die Herausforderungen: Personzentriert sein *und* auf der Höhe der fachlichen Entwicklung sein. Einfach wären z. B. Konzepte wie: mit etwas wertschätzender Empathie Klienten zu motivieren, damit sie uns bei den „eigentlichen“, z. B. verhaltenstherapeutischen, Methoden folgen – und dann auch noch für sich in Anspruch zu nehmen, personzentriert zu arbeiten. So etwas geschieht außerhalb des Personzentrierten und könnte durch ein allzu unbedachtes ‚Integrieren‘ anderer Methoden auch uns dazu verführen, unseren Ansatz zu verwässern. Davor warnen die Kritiker zu Recht. Doch darum geht es niemandem. Dies wäre auch keine Herausforderung, weil sehr simpel.

Personzentrierte Therapeuten/Berater sind herausgefordert, in unsere Kernprinzipien all die moderne Fachlichkeit *zu integrieren*, die unseren Ansatz noch besser macht. Dafür brauchen wir weiterentwickelte Konzepte, Praxis und Forschung. Das ist alles andere als einfach, darum sind es auch Herausforderungen und keine Lösungen. Es ist natürlich nicht der Schritt in die ‚Vor-Rogers-Zeit‘ zurück, sondern der einzige Weg, der unseren Ansatz für die Herausforderungen der aktuellen Lebensverhältnisse passfähig macht und eine Existenzberechtigung im Konzert der psycho-sozialen Hilfesysteme gibt. Und vor dem Museum bewahrt.

Stichwort: der therapeutische Bezugsrahmen und die Techniken: Ein konkretes Beispiel dazu ist, dass wir beim psycho-sozialen Helfen heute in zahlreiche Situationen kommen, in denen wir eine distanzierte, diagnostizierend beobachtende Rolle einnehmen müssen, um mit eigenen Augen zu beurteilen, ob ein Klient z. B. ernsthaft suizidal ist oder ein Zustand psychischer Desorganisation droht oder ob jemand wirklich von der Therapie oder Beratung profitiert. Das ist unsere Verantwortung,

¹ Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

sie wird im Extremfall von Gerichten eingefordert. Natürlich leben unsere Gespräche von einer unmittelbaren, intuitiv geführten Interaktion, aber genau wie Rogers sagen wir, dass die Kommunikation der therapeutischen Einstellungen nicht beliebig und regellos sein sollte, sondern dass bestimmte Muster des therapeutischen Vorgehens (Rogers sprach hier von „Techniken“) diese Einstellungen vermitteln müssen.

Stichwort: das „Radikale“: Schmidts sozial-philosophische Position vertritt eine Seite, der man durchaus zustimmen kann, sie ist wertvoll und ein Markenzeichen unseres Ansatzes. Doch sie verweigert, anders als Rogers, die Komplexität der faktischen therapeutischen Situation zu sehen, und entwertet dabei die anderen Seiten verzerrend als die „medizinisch-psychiatrischen“. Durch solche „Radikalität“ leisten wir der Marginalisierung des Personenzentrierten in ein sektiererisches Nischendasein Vorschub.

Man muss Rogers nicht immer folgen, doch seine Position, den Ansatz stets so weiterzuentwickeln, dass er den aktuellen Wissensstand mitprägt, war während seines ganzen Lebens eindeutig:

„Anhänger klinisch wirksamer Verfahren neigen dazu, dogmatisch zu werden. ... Wenn sich die emotionale Gewissheit eines Therapeuten mit dem Dogma verbindet, wird er defensiv und unfähig, neue und widersprechende Beweise zu sehen. Aber wenn wir stets forschen, verankern wir Gewissheit, die wir alle haben müssen, nicht in Dogmen, sondern in einem Prozess, in dem die Wahrheit entdeckt wird, nämlich im wissenschaftlichen Vorgehen.“ (Rogers, 1949b, p. 152, eigene Übersetzung)

Und noch 37 Berufsjahre später, ein Jahr vor seinem Tod, bei der ersten Konferenz der ADPCA 1986 in Chicago, sagte er:

„Unser ganzes Voranschreiten, so spüre ich, ist Teil des klientenzentrierten Ethos: wir bleiben nicht an einem Ort stehen. Ich

hoffe, ich hoffe, ich hoffe. Wir bewegen uns immer, zu einer neuen Theorie, zu neuen Arten des Seins, zu neuen Handlungsfeldern für Situationen, zu neuen Wegen, mit Personen zu sein. Ich hoffe, dass wir immer teilnehmen am Wachsen über Grenzen hinaus.“ (Rogers, Cornelius-White & Cornelius-White, 1986/2005, p. 395 f., eigene Übersetzung)

Diese Zitate widersprechen nicht der sozial-philosophischen Sprengkraft des Person- und Beziehungsverständnisses. In Hinblick auf Beratungs- und klinisch-psychologische sowie psychotherapeutische Arbeit können wir daraus jedoch keine puristische oder gar radikale Position ableiten. Dennoch möchten wir der Konsequenz und Entschiedenheit, mit der Sie als unsere Kritiker Ihre Position vertreten, weiterhin mit Achtung begegnen, ohne unsere Position zu verleugnen. Wir wünschen uns vielmehr, dass es uns in Zukunft allen gelingen möge, „die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie“ anzuerkennen, wohl wissend, wie wichtig es heute ist, für die Herausforderungen der Gegenwart möglichst breit und vielgestaltig aufgestellt zu sein.

Literatur

- Behr, M., Finke, J. & Gahleitner, S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. *Person 20* (1), 14–30.
- Rogers, C. R. (1949b). A coordinated research in psychotherapy: A non-objective introduction. *Journal of Consulting Psychology*, 13 (3), 149–153.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R., Cornelius White, J. H. D. & Cornelius White, C. F. (2005). Reminiscing and predicting: Rogers's beyond words speech and commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45 (3), 383–396 (Vortrag von 1986).
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentriert sein — die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. *Person 21* (1). (in Druck)