

Bedingungsfreie Positive Beachtung in der Gesprächspsychotherapie¹

Jana Lammers

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Hamburg, Deutschland

Ausgehend von der Definition von *unconditional positive regard* durch Rogers wird dargestellt, welche konzeptuellen Wandlungen dieses Konzept innerhalb des Klientenzentrierten Therapieansatzes im deutschen Sprachraum erfahren hat. Eine Analyse der Rolle von Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie zeigt, dass diese mit der von Rogers vorgelegten Konzeptionen nichts mehr gemein haben. Abschließend wird gezeigt, dass neuropsychologische Erkenntnisse, vor allem über die Wirkung von Oxytocin und die Funktion der Spiegelneuronen, dazu beitragen zu verstehen, wie die *Bedingungsfreie Positive Beachtung* ihre Wirksamkeit entfaltet.

Schlüsselwörter: Bedingungsfreie Positive Beachtung, Empathie, Spiegelneuronen, Oxytocin

Unconditional positive regard in Person Centered Psychotherapy. We start with a description of the development of the concept of unconditional positive regard within the process of Rogers' conceptualization of Client-Centered-Therapy. The concept underwent some existential changings in the course of time while being adapted and translated into what is today defined as the Person-Centered-Approach. There is especially a substantial difference between the concepts of empathy and acceptance as defined by cognitive and behavior therapists and unconditional positive (empathic) regard in Rogers' conceptualizations. Modern neuropsychology for instance when concerned with oxytocin and mirror neurons produces scientific results which are compatible to the highest degree with Rogers' concepts of the conditions for psychological development in a therapeutic contact.

Keywords: unconditional positive regard, empathy, mirror neurons, Oxytocin

Rogers (1957) hat als eine der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den erfolgreichen Therapieprozess „that the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“ benannt.

Diese sog. Kernbedingung ist im Laufe der Zeit im deutschen Sprachraum mit unterschiedlichen Bezeichnungen, wie „unbedingte Wertschätzung“ oder „bedingungsfreies Akzeptieren“ belegt worden. In der Namensvielfalt drückt sich auch aus, dass Wesen und Funktion dieser Bedingung sehr unterschiedlich aufgefasst werden, nämlich: sowohl als eine therapeutische Haltung, als auch als ein Therapieprinzip, als ein operational definiertes Therapeutenmerkmal bzw. als eine Therapeutenvariable, aber auch als ein Aspekt der therapeutischen Beziehung.

Im Folgenden sollen diese unterschiedlichen Konzeptionen von „unconditional positive regard“ genauer beschrieben und ihre Auswirkungen auf das gesprächspsychotherapeutische Handeln betrachtet werden.

Bei unseren weiteren Ausführungen wird „*unconditional positive regard*“ als *Bedingungsfreie Positive Beachtung (BPB)* übersetzt. Dabei folgen wir der Argumentation von Höger (2012, Kap. 6.1.4). Dieser Autor weist darauf hin, dass „unconditional“ als „bedingungslos“ übersetzt werden kann. „Diese Übersetzung könnte aber wegen Assoziationen wie ‚bedingungsloser Gehorsam‘ im Sinne von Kritiklosigkeit und Aufgeben des eigenen Standpunkts verstanden werden. Worum es aber geht, ist, dass der Therapeut² seine aufmerksame Zuwendung von keinerlei Bedingungen abhängig macht, dass er

Jana Lammers, Diplompsychologin und Ausbildungskandidatin mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie am Institut für Psychotherapie an der Universität Hamburg.

Eva-Maria Biermann-Ratjen ist Diplompsychologin und Gesprächspsychotherapeutin in Hamburg im Ruhestand, Mitglied der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, ehemals Ausbilderin und Supervisorin u. a. im Forum in Wien. biermann-ratjen@web.de

1 Der Beitrag basiert auf einem Vortrag auf dem Forum Gesprächspsychotherapie der DPGG und des IfP am 28. 4. 2012 in der Universität Hamburg.

2 Es wird in diesem Text darauf verzichtet, auch von der Therapeutin bzw. der Patientin z. B. zu sprechen, wenn sie ebenfalls gemeint sind. Mit Therapeut ist hier sowohl der männliche Therapeut als auch die weibliche Therapeutin gemeint.

erlebt, dass er sich allen Facetten des Patienten mit der gleichen hohen Aufmerksamkeit zuwenden kann. Um diesen Aspekt zum Ausdruck zu bringen, bevorzugen wir (gemeint sind die Autoren des Lehrbuchs Eckert et al., 2012, aus dem zitiert wird) den Ausdruck ‚bedingungsfrei‘ und übersetzen daher ‚unconditional positive regard‘ mit ‚Bedingungsfreie Positive Beachtung‘ – und zur Kennzeichnung, dass es sich um einen eigenen Begriff handelt, werden alle drei Wörter groß geschrieben“ (Höger, 2012, S. 110).

Die Entwicklung des Begriffs „unconditional positive regard“ in Rogers Schriften

Bei der Darstellung dessen, was genau Rogers darunter verstanden hat, „that the therapist is experiencing unconditional positive regard toward the client“, werden wir uns an einem Artikel von Jerold D. Bozarth (2009), in dem Buch „The Social Neuroscience of Empathy“, herausgegeben von Jean Decety und William Ickes, orientieren, in dem er auch die Entwicklung des Konzepts der Bedingungsfreien Positiven Beachtung im Verlauf von Rogers Leben nachgezeichnet hat.

Bozarth schreibt, Rogers habe die Klientenzentrierte Psychotherapie zunächst als eine Selbstentwicklungstheorie dargestellt, in der dem Selbstkonzept, den Selbsterfahrungen und auch dem Idealen Selbst große Bedeutung zugemessen worden seien. Die Selbstentwicklung des Klienten werde durch die Mitteilung des Therapeuten an diesen, dass er ihn in seinen Erfahrungen bedingungsfrei empathisch beachtet, unterstützt. Der Fokus lag auf den Antworten des Therapeuten auf die Äußerungen des Klienten, auf der Frage, ob sie die empathische bedingungsfreie Beachtung zum Ausdruck brachten. Sprachlich angemessene Äußerungen wurden geübt und auf Skalen bewertet.

1951 hat Rogers den theoretischen Schwerpunkt nachhaltig verschoben. Es hieß nun, dass die Worte – sowohl die des Klienten als auch die des Therapeuten – wenig zu sagen hätten verglichen mit der im Hier und Jetzt bestehenden emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Als Aufgabe des Therapeuten wurde nun formuliert, „den Inneren Bezugsrahmen des Klienten (zu übernehmen), die Welt so wahrzunehmen, wie der Klient sie wahrnimmt, den Klienten so zu sehen, wie der Klient sich selbst sieht, dabei alle Wahrnehmungen aus einem äußeren Bezugsrahmen heraus zur Seite zu stellen und dem Klienten etwas von diesem empathischen Verstehen mitzuteilen“ (Rogers, 1951, p. 29, nach Bozarth, 2009 S. 102, übersetzt von E.-M.B.-R.). Die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist nun ganz davon bestimmt, wie der Klient seine Erfahrungen emotional bewertet, auch die, dass der Therapeut ihn darin

empathisch – und zwar in allen seinen Erfahrungen gleichermaßen empathisch – beachtet.

Dieser Begriffsrahmen bildete die Grundlage der 1957 formulierten sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957) für den psychotherapeutischen Prozess und seinen Erfolg – nicht nur des Klientenzentrierten! Therapeut und Klient begegnen sich in einer Atmosphäre, die dadurch geprägt ist, dass beide die bedingungsfreie empathische Beachtung des Klienten durch den kongruenten Therapeuten erfahren. Und Empathie und Bedingungsfreie Positive Beachtung sind Teil der Kongruenz des Therapeuten.

Rogers Begriff der Empathie unterscheidet sich von allen anderen dadurch, dass er unlösbar mit der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbunden ist.

Er sieht in dieser mit der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbundenen Empathie:

1. Ein zentrales Wirkelement der Therapie – nicht eine Vorbedingung für andere Behandlungselemente
2. Etwas, das der Klient erfährt – und nicht so sehr ein Verhalten des Therapeuten
3. Eine Haltung des Therapeuten, die er non-direktiv nennt
4. Einen Prozess zwischen zwei Personen auf der Grundlage dieser Haltung.

In diesem Kontext definiert Rogers dann Empathie wie folgt: „Der Zustand der Empathie oder empathisch sein bedeutet den Inneren Bezugsrahmen des anderen genau wahrzunehmen mit allen emotionalen Komponenten und Bedeutungserfahrungen, die dazu gehören, so als wäre man die andere Person, aber ohne jemals dieses „als ob“ aus den Augen zu verlieren“ (Rogers, 1959, p. 210, nach Bozarth, a. a. O., S. 103, übersetzt von E.-M.B.-R.).

Entscheidend ist nicht nur, dass es dem Therapeuten gelingt, empathisch zu sein, sondern vor allem, dass die Mitteilung des empathischen Verstehens gelingt.

Das gilt genau so für die dazugehörige Bedingungsfreie Positive Beachtung:

Auch bei dieser sind verschiedene Komponenten voneinander zu unterscheiden:

1. Der Therapeut erfährt sich als den Klienten bedingungsfrei positiv beachtend.
2. Der Therapeut teilt diese seine Erfahrung dem Klienten mit.
3. Der Klient nimmt wahr, dass der Therapeut ihn in allen seinen Erfahrungen gleichermaßen aufmerksam beachtet.

Rogers (1959b/1987, S. 208, Übersetzung Höger, a. a. O.) definiert die Bedingungsfreie Positive Beachtung wie folgt:

„Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen von mir so wahrgenommen werden, dass keine von ihnen sich von irgend einer anderen dadurch unterscheidet, dass sie der aufmerksamen Beachtung (positive regard) mehr oder weniger wert ist, dann

erfahre ich für dieses Individuum Bedingungsfreie Positive Beachtung.“

Es ist bemerkenswert, dass die Skalen, z. B. von Carkhuff (1969), zur Erfassung von z. B. „The communication of respect in interpersonal processes“, ein Synonym für unconditional positive regard, keine inhaltlichen Beschreibungen des Therapeutenverhaltens enthalten. Auf der Stufe 1 heißt es, die erste Person kommuniziert mit dem, was sie sagt und wie sie sich verhält, einen klaren Mangel an „respect“ oder „negative regard“ für die zweite Person, und auf der 5., der höchsten: die erste Person „communicates the very deepest respect for the second person's worth as a person and his potential as a free individual“.

Und um deutlich zu machen, was mit „respect“ gemeint ist, heißt es im Beispiel zur Illustration der Stufe 1: Die erste Person teilt der zweiten mit, dass deren Gefühle und Erfahrungen es **nicht** wert sind bedacht zu werden und dass sie **nicht** fähig ist, sich konstruktiv zu verhalten. Nur die Bewertungen des Therapeuten gelten, und auf Stufe 5: Die erste Person „cares very deeply for the human potentials“ des Klienten.

Der Schlusssatz am Ende dieser Skala zur Erfassung der Ausprägung von „unconditional positive regard“ lautet: „In summary, the facilitator is committed to the value of the other person as a human being“ (Carkhuff, 1969, p. 318).

1975 hat Rogers präzisierend betont, dass es sich beim empathischen Verstehen und dessen Mitteilung um einen *Prozess* handelt, nicht um einen *Zustand* oder eine Seinsweise des Therapeuten. Und er hat betont, dass dieser beinhaltet, dass der Klient beim Therapeuten Achtung vor und wirkliche Anerkennung der Person, die er, der Klient, ist, spüre, was er früher als die Erfahrung des bedingungsfrei positiv Beachtetwerdens beschrieben habe.

Hier unterscheidet Rogers zwischen der bedingungsfreien empathischen Beachtung des Klienten durch den Therapeuten und dem Gefühl, das der Therapeut dabei gegenüber der Person des Klienten empfindet und das der Klient wahrnehmen kann.

Rogers hat sich mehrmals zu diesem Prozess z. B. wie folgt geäußert:

„Ich stelle fest, dass, wenn ich mich intensiv auf den Klienten konzentriere, meine bloße Gegenwart heilsam zu sein scheint, und ich denke, dass gilt wahrscheinlich für jeden guten Therapeuten“ (Baldwin, 1987, S. 45, nach Bozarth a. a. O.; übersetzt von E.-M. B.-R.).

Bozarth kommt zu dem Schluss, dass Rogers die Identifizierung der relevanten Komponenten der menschlichen Empathie, wie diese heute von den Neurowissenschaftlern gesehen werden, vorweggenommen habe:

1. Empathie als die Fähigkeit, an der emotionalen Erfahrung des anderen teilzuhaben

2. Empathie als die kognitive Fähigkeit, diese zu reflektieren und zu verstehen und

3. Die zur Empathie gehörende Fähigkeit, zugleich das eigene emotionale Erleben so zu steuern, dass die Unterscheidung zwischen den eigenen Gefühlen und denen des anderen aufrechterhalten werden kann.

Die Neurowissenschaften wiederum haben dazu beigetragen, Rogers Konzepte der Empathie und der Bedingungsfreien Positiven Beachtung besser zu verstehen und – wie noch zu zeigen sein wird – zu verstehen, wieso die Erfahrung, bedingungsfrei empathisch beachtet zu werden, eine heilsame ist.

Wie wird „unconditional positive regard“ von deutschsprachigen Autoren aufgefasst?

Das Klientenzentrierte Konzept von Rogers ist nun von verschiedenen Personen und zu verschiedenen Zeitpunkten seiner Entwicklung und auch immer wieder neu in Deutschland rezipiert worden. Dabei sind die es konstituierenden Begriffe nicht nur unterschiedlich verstanden sondern auch unterschiedlich benannt worden.

Tausch (1968) hat von „positiver Wertschätzung“ und „emotionaler Wärme“ als Übersetzung von Bedingungsfreier Positiver Beachtung gesprochen. Offenbar hat er mehr das betont, was der bedingungsfrei empathisch beachtende Therapeut erlebt oder zu erleben und zum Ausdruck zu bringen sich bemühen sollte, als die Bedingungsfreiheit der empathischen Beachtung selbst.

Wilfried Weber (1976) zitiert in seinem Buch „Wege zum helfenden Gespräch“ aus Rogers' Konkretisierungen der Bedingungsfreien Positiven Beachtung: „Der Berater akzeptiert und anerkennt die positiven Gefühle, die ausgedrückt werden, auf die gleiche Art, in der er die negativen Gefühle akzeptiert und anerkannt hat. Diese positiven Gefühle werden nicht mit Beifall oder Lob akzeptiert. Moralische Werte gehen in diese Art von Therapie nicht ein. Die positiven Gefühle (des Klienten) werden ebenso als Teil der Persönlichkeit akzeptiert wie die negativen. Dieses Akzeptieren sowohl der reifen wie der unreifen Impulse, der aggressiven wie der sozialen Einstellungen, der Schuldgefühle wie der positiven Äußerungen bietet dem Individuum (...) Gelegenheit, sich so zu verstehen, wie es ist“ (Rogers, 1972, 46).

Zur positiven Wertschätzung gehören nach Weber Achtung und Ehrfurcht. „Mit diesen Bezeichnungen wird der strapazierte Begriff „Liebe“ umschrieben und zugleich konkretisiert und spezifiziert. Gleich, welche Aussage der (Gesprächs-) partner macht, er wird akzeptiert“ (Weber, 1976, S. 55).

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1979) haben in ihrem Buch „Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen“

versucht zu verdeutlichen, dass mit der Haltung der Bedingungs-freien Positiven Beachtung – sie nennen sie noch „Unbedingte Wertschätzung“ – nicht eine Interventionsform gemeint sein kann. Sie haben vorgeschlagen, das Erleben der Bedingungs-freien Positiven Beachtung als etwas anzusehen, an dem der The-rapeut ermessen kann, in wie weit er den Klienten vollständig em-pathisch versteht, ob es ihm gelingt, tatsächlich mit dem Klienten zu fühlen, als ob er der Klient wäre, oder ob er eigene Gefühle oder z. B. Ziele für den Klienten verfolgt bzw. inkongruent ist.

Finke (1994/2004, 3. Aufl.) hat ein paar Jahre später „uncondi-tional positive regard“ ein *Therapieprinzip* genannt, eine den ge-samten Therapieprozess fundierende Grundhaltung, und über-setzt als „bedingungsfreies Akzeptieren“. Es führe „zu einer Festigung der therapeutischen Beziehung, zu einer Förderung des Selbstwerterlebens und zu einer Mobilisierung der Res-sourcen“ (S. 22).

„Bedingungsfreies Akzeptieren“ bedeutet „zunächst die Hal-tung des Respekts, der Wertschätzung und der Achtung für die Person des Patienten. Darüber hinaus aber bedeutet es auch eine Bereitschaft zur engagierten Anteilnahme, einer tiefen Be-jahung und einem sich sorgenden Interesse am Schicksal des Patienten. Diese Anteilnahme hat bedingungsfrei zu gesche-hen, also unabhängig von den jeweiligen Stellungnahmen und Werthaltungen des Patienten“ (S. 22). Das liest sich wie eine Ver-haltensanweisung und klingt auch im folgenden eher lerntheo-retisch, wenn Finke festlegt: „Der Therapeut soll nicht den Pa-tienten in seinen Meinungen und Empfindungen lenken oder gar manipulieren wollen, indem er nur bestimmte Inhalte durch Zuwendung belohnt und so den Patienten in seinem Denken, Fühlen und Werten beeinflusst“ (S. 22).

Es ist schwer, Finkes „Bedingungsfreies Akzeptieren“ und „Bedingungsfreie Positive Beachtung“ in Rogers Sinne mitein-ander zu vergleichen. Eine „bejahende Grundhaltung“ hat an-dere Konnotationen als eine „ausdrückliche aufmerksame Be-achtung“, auch wenn beide in dem, der sie erlebt, so etwas wie Achtung und liebevolles Interesse (care) für den Beachteten an-klingen lassen, wie ja auch Rogers beschrieben hat.

Überhaupt scheint im Verlauf der Ausbreitung der Ge-sprächspsychotherapie im deutschen Sprachraum immer mehr die Unterscheidung verloren gegangen zu sein,

- dass es um die Beachtung des Erleben des Klienten und um keines anderen Erlebens geht,
- dass der Therapeut fühlt, dass ihm die empathische Be-achtung „bedingungsfrei“ gelingt
- und wie sich das anfühlt.

Finke jedenfalls leitet aus dem „Prinzip des Bedingungs-freien Akzeptierens“ *Interventionsformen* ab: Der Therapeut soll den Klienten „bestätigen, ermutigen, ihm gegenüber So-lidarität bekunden und Sorge“ zeigen. Das ist nicht dasselbe

wie wenn der Therapeut „Achtung vor und liebevolles Interesse“ an der Person des Klienten so deutlich spürt, dass es auch für den Klienten wahrnehmbar ist.

Auch schon vor den Veröffentlichungen von Finke z. B. und vor allem im Rahmen von Übungen im angemessenen Thera-peutenverhalten oder in der Realisierung der drei therapeuti-schen *Basisvariablen* haben Gesprächspsychotherapeuten gern von „Akzeptanz“ gesprochen, wenn Bedingungsfreie Positive Beachtung gemeint sein sollte. Das dürfte dazu beigetragen haben, dass der Begriff Akzeptanz sich auch bei der Interpre-tation von Ergebnissen der Therapieforschung auf der Suche nach so genannten therapeutischen Wirkfaktoren etabliert hat.

Auckenthaler und Bischkopf (2004) befassen sich bei der Unter-suchung der Frage, welche Rolle Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie spielen, auch mit der Frage, was dabei aus der Bedingungs-freien Positiven Beachtung geworden ist.

Sie kommen zunächst zu dem Ergebnis, dass trotz einer Inkorporation wesentlicher gesprächspsychotherapeutischer Konzepte durch die Verhaltenstherapie von einer Annähe-rung zwischen Gesprächspsychotherapie und Verhaltensthe-rapie keine Rede sein kann. Empathie und Akzeptanz haben in den beiden Ansätzen unterschiedliche Bedeutungen und unterschiedliche Funktionen.

Die beiden Autorinnen haben in einem ersten Schritt eine Analyse von Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie vorgenommen. Sie stellen fest, dass Bastine (1992) der einzige Autor sei, der auf die Empathiedefinition von Rogers (1959/1987, S. 37) zurückgreife: Empathisch zu sein ist ein Zustand und bedeutet „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emo-tionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „als ob“-Posi-tion aufzugeben“.

In den anderen Lehrbüchern würden Empathie und Be-dingungs-freie Positive Beachtung *durchgängig*, also auch dann, wenn sie im Rahmen der Abschnitte über die Gesprächspsy-chotherapie dargestellt werden, nicht so verstanden wie sie von Rogers definiert worden sind. Sie werden als „Basisvariablen“ (Reicherts 1998, S. 431) oder als „Eigenschaften“ des Thera-peuten dargestellt: „Der Therapeut muss während der gesamten Therapie drei wichtige Eigenschaften demonstrieren: unbe-dingte, positive Wertschätzung des Klienten, akkurate Empa-thie und Echtheit“ (Comer, 2001, S. 54; vgl. auch Davison & Neale, 2002, S. 642).

Anders als bei Rogers werde „Insgesamt (...) in den Lehrbü-chern der Eindruck vermittelt, auf Empathie zu setzen, sei für eine Therapie keinesfalls ausreichend“ (Auckenthaler & Bisch-kopf, a. a. O.; S. 389).

Eine Analyse in medizinischen und psychologischen Datenbanken gefundener neuerer Artikel und einschlägiger älterer Literatur zeigte: „Besonders typisch für das verhaltenstherapeutische Verständnis von Empathie scheint ihre enge Anbindung an Bestätigung, Zustimmung und Gewährenlassen“ (a.a.O., S. 390) zu sein. „Das wird auch dadurch unterstrichen, dass Empathie häufig in einem Atemzug mit einer nicht näher definierten Akzeptanz genannt wird. Da demnach Akzeptanz in einem alltagssprachlichen Sinn gemeint sein dürfte und daher mit ‚billigen‘, ‚bejahen‘, ‚guthießen‘, ‚freie Hand lassen‘ und sogar mit ‚ja und amen sagen‘ assoziiert werden kann (vgl. Duden, Bd. 8, 1972, S. 34), rückt Empathie in die Nähe einer Laissez-faire-Haltung. Das würde verständlich machen, warum vor *zuviel* Empathie und der damit verbundenen Gefahr der Stagnation gewarnt wird (Kanfer et al., 1996, S. 467)“ (Auckenthaler und Bischkopf, a. a. O., S. 390).

Auckenthaler und Bischkopf (2004) weisen auf einen weiteren gravierenden Unterschied zwischen Rogers Konzepten und entsprechenden verhaltenstherapeutischen Konzeptionen hin: Während bei Rogers Empathie und Bedingungsfreie Positive Beachtung zusammen als das zentrale therapeutische Agens angesehen werden, scheinen Verhaltenstherapeuten therapeutische Veränderung „eher außerhalb der Phasen zu erwarten, in denen der Therapeut auf Empathie setzt, und manchmal gewinnt man den Eindruck, als ob Empathie in der Verhaltenstherapie ihren Platz überhaupt außerhalb der „eigentlichen“ Therapie haben würde“ (a. a. O., S. 390). Sie sei Teil der „Beziehungsarbeit“, aber diese müsse offenkundig *neben* der „konkreten Verhaltenstherapie“ geleistet werden (Hoffmann, 2000, S. 366).

Durchgängig scheinen die Autoren der von Auckenthaler und Bischkopf analysierten Literatur der Meinung zu sein, dass Empathie vorwiegend Mittel zum Zweck sei und bei Bedarf ein- und ausgeschaltet werden könnte. Sie diene dem Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung und sie könne zur Steuerung der Aufnahmebereitschaft und Motivation des Klienten für therapeutische Interventionen eingesetzt werden (vgl. Fiedler et al., 1994, S. 245). In diesem Verständnis von Empathie ist diese also eine *therapiebegleitende Maßnahme*, die dem Therapeuten dabei hilft, die Therapie in Gang zu setzen bzw. in Gang zu halten. Der Therapeut scheint dabei immer wieder vor der Entscheidung zu stehen, ob er sich Empathie „leisten“ kann. Denn anders als in der Gesprächspsychotherapie, wo man davon ausgeht, dass Verändern *durch* Verstehen (im Sinne des gesprächspsychotherapeutischen Empathiekonzepts) möglich wird (vgl. den Untertitel von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979), geht es in der Verhaltenstherapie offenkundig um Verändern *oder* Verstehen (Kanfer et al., 1996, S. 467). Empathie wird hier tatsächlich als strategisches Mittel konzipiert“ (Auckenthaler & Bischkopf, a. a. O., S. 390).

„Unconditional positive regard“ im Licht der Neurowissenschaften

Die aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse hingegen lassen Rogers Formulierungen und Definitionen der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess wie einen Vorgriff auf die Zukunft erscheinen. Michael Lux, der das u. a. in seinem Buch „Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften“ (2007) ausführt, stellt diesem daher das bekannte Zitat von Rogers voran, „die Tatsachen sind freundlich“. Er weist auf die folgenden Untersuchungsergebnisse hin, die für ein Verständnis von Bedingungsfreier Positiver Beachtung und ihres Beitrags zu einem Therapieprozess mit einem positiven Ergebnis relevant sind:

1. Aktivitäten, die das Erleben sozialer Verbundenheit erzeugen, sind mit einer vermehrten Ausschüttung des deswegen so genannten Bindungshormons Oxytocin verbunden. Man spricht von einem social-buffering-effect des Oxytocins, weil es eine Angst mindernde Wirkung hat. Es deaktiviert die Amygdala, die die Kampf- und Fluchtreaktion zur Verfügung stellt, und mindert insofern das Erleben von Stress. Oxytocin senkt den Blutdruck und verbessert die Wundheilung. Nach der Verabreichung von Oxytocin zeigen Versuchspersonen mehr Vertrauen in andere Personen. Das wiederum führt zu vermehrter Oxytocinausschüttung bei den Personen, denen vertraut wird. Nach der Einnahme von Oxytocin ist die Fähigkeit verbessert, mimisch zum Ausdruck gebrachte Emotionen von anderen Personen zu erkennen. Die Augenpartie des anderen wird unter der Wirkung von Oxytocin besser exploriert.

2. Der andere große Forschungsbereich, der Ergebnisse liefert, die für unser Verständnis von Psychotherapie relevant sind, befasst sich mit den Spiegelneuronen und verwandten Strukturen in unserem Gehirn. Spiegelneuronen werden die Neuronen genannt, die sowohl bei unseren eigenen zielgerichteten Verhaltensweisen und Emotionen reagieren – diese im Gehirn repräsentieren – als auch dann, wenn wir die gleichen Verhaltensweisen und Gefühle bei anderen wahrnehmen. Sie reagieren im Therapeuten auf das Erleben des Klienten, als ob es der Therapeut selbst erlebte, wie es in Rogers Definition der Empathie heißt. Dass der Therapeut empathisch versteht – und bedingungsfrei positiv beachtet – spiegelt sich wiederum im Klienten.

Die Erfahrung derart empathisch verstanden zu werden ist eine Erfahrung von sozialer Verbundenheit und hat die oben beschriebenen positiven Begleiterscheinungen der Oxytocinausschüttung.

Gesprächspsychotherapeuten haben schon immer auf diese positive Erfahrung von sozialer Verbundenheit in der Psychotherapie hingewiesen. Allerdings haben sie, wie beschrieben,

unterschiedliche Schlussfolgerungen daraus gezogen. Sie haben sie auch unterschiedlich erklärt. Zum Beispiel hat Tausch (1968, S. 33–43) angenommen, dass in einer Gesprächspsychotherapie eine unsystematische Desensibilisierung erfolge, wenn in einer angstfreien Atmosphäre, wie sie durch die Bedingungs-freie Positive Beachtung entstehe, üblicherweise angstbesetzte Erfahrungen ihren Schrecken verlieren.

Dass nicht nur die Spiegelneuronen des Therapeuten auf die beim Klienten empathisch erfassten Erfahrungen reagieren, sondern auch die des Klienten auf die Resonanz des Therapeu-ten auf das Erleben des Klienten, stellt Rogers Formulierungen der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess noch einmal in ein neues Licht. Es geht nicht nur darum, dass der Therapeut tatsächlich die Erfahrungen des Klienten, genau so wie der sie macht, bedingungs-frei positiv empathisch beach-ten kann, sondern auch und vor allem darum, dass der Klient genau das auch erlebt. Und was der Klient erlebt, hängt von dem ab, was sich tatsächlich im Therapeuten abspielt. Eine vor-ge-täuschte Achtung oder ein vergebliches Bemühen des Thera-peuten, den Respekt für den Klienten auch zu empfinden, den er verbal zum Ausdruck bringt, fühlt sich für den Klienten an-ders an als das Erleben bedingungs-frei positiv beachtet zu wer-den. Rogers hat das mit dem Konzept der Kongruenz betont.

Auch die oben zitierte Äußerung von Rogers: „Ich stelle fest, dass, wenn ich mich intensiv auf den Klienten konzen-triere, meine bloße Gegenwart heilsam zu sein scheint, und ich denke, dass gilt wahrscheinlich für jeden guten Thera-peuten“ ist auf der Grundlage der neurowissenschaftlichen Be-funde leichter zu verstehen.

Die soziale Verbundenheit, die entsteht, wenn die eine Per-son spürt, dass die andere sie wirklich bedingungs-frei empa-thisch beachtet und das auch fühlt, wird von einer Oxytocin-ausschüttung bei beiden begleitet, die sich angenehm anfühlt und wiederum das Interesse verstärkt, zu verstehen, was im anderen vor sich geht.

Zugleich feuern die Spiegelneuronen und befördern damit auch die Voraussetzungen für die kognitive bzw. reflexive Wahr-nehmung der je eigenen Erfahrungen und der des anderen.

Watson und Greenberg (2009) diskutieren die folgenden Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung unter dem Gesichtspunkt ihrer Bedeutung für den Praktiker:

1. Die Fähigkeit zur Empathie gehört zur angeborenen Grundausrüstung des Menschen. Die Spiegelneuronen ver-setzen uns tatsächlich in die Lage, die Handlungen anderer zu verstehen. Dieselben Neuronen, die unsere eigenen emo-tionalen und motivational zielgerichteten Handlungen reprä-sentieren, reagieren auch auf die Handlungen, die wir bei an-deren beobachten, sowie auf Handlungen, die wir uns vorstellen. Die Spiegelneuronen unterscheiden verschiedene Handlun-gen und verschiedene Handlungsziele voneinander, d. h. die

Spiegelneuronen informieren uns über die emotionale und motivationale Bedeutung auch von Handlungen anderer.

2. Mit den Spiegelneuronen hängt die angeborene Fähigkeit und Neigung zusammen, andere nachzuahmen, und Menschen erwarten und bewerten es positiv, dass sie imitiert werden, bzw. wenn die Imitation ausfällt, verletzt das die Erwartungen. I-mitation ist ein wichtiger Teil des empathischen Verhaltens..

3. Der Kontext, in dem eine Handlung erfolgt, ist entschei-dend dafür, wie wir sie verstehen und interpretieren, und die Spiegelneuronen reagieren umso stärker, je mehr vom Kontext bekannt ist.

4. Reaktionen auf den Schmerz eines anderen können selbstbezogen oder auf den anderen bezogen sein. Wenn eine Person sich vorstellt, was sie selbst fühlen würde, wenn es ihre Hand wäre, die sie gerade einer schmerzhaften Behandlung ausgesetzt sieht, fühlt sie etwas anderes, als wenn sie sich vor-stellt, dass es sich um die Hand einer anderen Person handelt.

5. Es gibt neurologische Hinweise darauf, dass Menschen sich in ihrer Fähigkeit, empathisch zu sein, voneinander unter-scheiden.

Vor dem Hintergrund vor allem dieser Ergebnisse der For-schung haben Watson und Greenberg einen Zusammenhang zwischen dem hergestellt, was Therapeuten tun in ihrem Be-mühen, ihre Klienten so gut wie möglich zu verstehen, und den neurowissenschaftlichen Gesichtspunkten, unter denen be-trachtet es gut ist, dass sie es tun:

1. Sich etwas aktiv vorzustellen und zu visualisieren erhöht die Aktivität der Spiegelneuronen. Therapeuten führen sich die Ereignisse im Leben ihrer Klienten bzw. die Umstände von deren Erfahrungen so genau wie möglich vor Augen und las-sen sich dabei von den Klienten unterstützen.

2. Dabei achten sie auf ihr eigenes Körpererleben und die verschiedenen Empfindungen, die sie selbst haben. Sie spüren dabei auch den eigenen Imitationen des Erlebens des Klien-ten nach, die sie auch selbst gezielt in sich verstärken können. Sie können ihre Klienten auch offen imitieren und sie fragen, was sich in diesem ihrem Verhalten wohl ausdrückt.

3. Sie versuchen so viel wie möglich von den Details und ge-nauen Umständen des Erlebens der Klienten früher und heute zu erfahren, denn auch die früheren Lebensumstände gehö-ren zum Kontext von Erfahrungen und haben Einfluss auf ihre Bedeutung nicht nur früher sondern auch heute. Therapeuten achten auch auf die Art, in der über Erfahrungen berichtet wird, z. B. ob es wie einstudiert wirkt oder weitschweifig. Sie helfen den Klienten, in engeren Kontakt zu ihren Erfahrungen zu kommen, die der Therapeut dann auch leichter empathisch erfassen kann.

4. Therapeuten konzentrieren sich auf das Erleben des Klien-ten, nicht auf das, was sie selbst in der Situation des Klienten erleben würden. Watson und Greenberg weisen in diesem

Zusammenhang auf Rogers Konzept der Bedingungs-freien Positiven Beachtung hin, das ja, wie oben ausgeführt wurde, beinhaltet: dass der Therapeut fühlen kann, dass er den Klienten bedingungs-frei positiv beachtet, und nichts anderes fühlt; dass er sich *nicht* damit beschäftigen muss, wie er selbst anstelle des Klienten fühlen würde, und auch nicht damit, wie er die Erfahrungen des Klienten bewertet, z. B. indem er heftiges Mitleid erlebt oder indem er sich dagegen wehren muss, sich z. B. weder von der Verachtung anstecken zu lassen, die der Klient für sich selbst erlebt, noch von dessen Hoffnungslosigkeit.

5. Therapeuten üben sich in Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion. (Wir sagen: Sie üben sich vor allem in der Beachtung ihrer Unbedingten Positiven Beachtung des Klienten bzw. der emotionalen Abweichung von dieser.) Sie wissen z. B., dass das Ausmaß des Mitfühlers von der Intensität des Schmerzes des anderen abhängt – wenn er stärker wird, ist der Schmerz auch für den, der sich einfühlt, schwerer zu ertragen. Therapeuten wissen auch, dass die Einfühlung in den Schmerz eines anderen davon abhängt, ob er diesen als verdient oder nicht ansieht, dass es leichter ist, sich in Menschen einzufühlen, die einem ähnlicher und vertrauter sind, und in aggressive und unzufriedene Gefühle, wenn sie einer anderen Person gelten und nicht der Therapeutin bzw. dem Therapeuten. Therapeuten können sich solches Wissen zunutze machen, wenn sie in der einen oder anderen Weise spüren und reflektieren, dass sie ihren Klienten im Moment nicht bedingungs-frei positiv beachten können. Sie können versuchen, sich die von der Bedingungs-freien Positiven Beachtung abweichenden Gefühle – auch die positiven! – bewusst zu machen und den Kontext, in dem sie entstanden sind.

Zusammenfassend möchten wir vor allem festhalten: Unsere Ausstattung mit Spiegelneuronen, der Neigung zur Imitation des Erlebens anderer und der Reaktion der Oxytocinausschüttung bei Erfahrungen sozialer Verbundenheit – bei der auch das Interesse am Erleben des je anderen erhöht ist – sorgt dafür, dass unser Körper zumindest vorbewusst immer unterscheiden kann, ob eine andere Person uns wirklich empathisch bedingungs-frei positiv beachtet und in diesem Sinne kongruent ist oder uns eine Erfahrung von Bedingungs-freier Positiver Beachtung vorzuspielen versucht.

Literatur

Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5, 388–392.
 Bastine, R. (1992). *Klinische Psychologie. Bd. 2*. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979; 2006: 8. Aufl.). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
 Bozarth, J. D. (2009). Rogerian Empathy in an organismic Theory: A Way of Being. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Science of Empathy* (p. 101–112). A Bradford Book: Cambridge, Mass.
 Carkhuff, R. R. (1969). *Helping & human relations. A Primer for Lay and Professional Helpers. Volume II. Practice and Research*. New York: Holt, Reinhart and Winston.
 Comer, R. J. (2001) *Klinische Psychologie*. (2. dt. Aufl.) Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
 Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
 Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2012). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
 Fiedler, P., Albrecht, M., Rogge, K.-E. & Schulte, D. (1994). Wenn Verhaltenstherapeuten mit ihren phobischen Patienten über Ängste sprechen: Eine Episodenstudie zur prognostischen Relevanz therapeutische Lenkung und Empathie. *Verhaltenstherapie* 4. 243–253.
 Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
 Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie, Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
 Höger, D. (2012). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2. Aufl.) (S. 105–126). Berlin Heidelberg: Springer.
 Hoffmann, N. (2000). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1, Grundlagen – Diagnostik – Verfahren* (2. Aufl.) (S. 363–371). Berlin: Springer.
 Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
 Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt.
 Reicherts, M. (1998). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (2. Aufl.) (S. 416–429). Bern: Huber.
 Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
 Rogers, C. R. (1957). 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-Grünewald-Verlag).
 Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: a study of a science*, Vol. 3 (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. (Deutsch: Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
 Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Original erschienen 1942: Counseling and Psychotherapy).
 Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Person-Centered Review* 5: 2–10.
 Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie*. (2. ergänzte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
 Watson J. C. & Greenberg, S. S. (2009). Empathic Resonance: A Neuroscience Perspective. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Science of Empathy* (p. 101–112). A Bradford Book: Cambridge, Mass.
 Weber, W. (1976). *Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis*. (4. unver. Aufl.). München/Basel: Ernst Reinhardt.