

Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen

# Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten

**Zusammenfassung:** Einleitend wird erörtert, ob es sinnvoll ist, das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot unter dem Gesichtspunkt „psychotherapeutischer Interventionen“ zu beschreiben. Wenn dieses Beziehungsangebot aber auf den verschiedenen, sich in ihrem Abstraktionsgrad unterscheidenden Ebenen, auf denen es beschrieben worden ist, betrachtet wird, lassen sich zwei Allgemeine Interventionsregeln herausstellen. Deren Darstellung folgt die von vier Interventionsprinzipien. Sie gehören zusammen und bilden die Basis des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes: Nicht-Direktivität, Empathisches Zuhören, Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit und Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten. Der Beitrag schließt mit der Darstellung von Interventionshilfen zur Förderung bzw. Erhaltung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes.

**Schlüsselwörter:** Gesprächspsychotherapie, Interventionsregeln, Interventionshilfen, Interventionsprinzipien.

**Abstract: Psychological interventions in client-centered psychotherapy.** *We are not sure that unconditional positive regard expressed via the verbalization of empathic understanding is a therapeutic intervention. The client-centered therapeutic relationship has been described in several ways which vary in their level of abstraction. These different levels form the basis for the formulation of two general rules of interventions. In addition we define four principles which underlie therapeutic behavior: non-directivity, empathic listening, focusing on specific contents and verbalization of emotional experiencing and last not least we show tools which may help to stabilize the therapeutic relationship.*

**Keywords:** *client-centered psychotherapy, person-centered psychotherapy, rules of interventions, principles of interventions.*

## 1. Einleitung

Die Diskussion über die Rolle der *therapeutischen Technik* und der *therapeutischen Beziehung* in der Gesprächspsychotherapie bzw. personenzentrierten Psychotherapie ist in der Vergangenheit heftig und in der Regel so geführt worden, als ginge es dabei um zwei sich gegenseitig ausschließende Konzeptionen.

Die Betrachtung der Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten schließt sich an diese Diskussion an: Lassen sich die Elemente des Therapeutenverhaltens, wie sie für die klassische Gesprächspsychotherapie beschrieben worden sind (Rogers, 1957), als Interventionen, wie sie in der Verhaltenstherapie konzipiert worden sind, auffassen und beschreiben?

Wir haben diesen Beitrag auch aus politischen Gründen verfasst. Den letzten Ausschlag dazu gab die Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie, d. h. die Verweigerung der Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen in Deutschland, durch den dafür zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen, dem auch Vertreter der psychologischen Psychotherapeuten

angehören. Bei dem Versuch, die Ablehnung zu begründen, sind der Bewertung des klassischen klientenzentrierten Konzepts nach Rogers konzeptfremde Theorien zu Grunde gelegt worden. So wurde das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot als eine aus drei „Interventionselementen“ bestehende Interventionstechnik aufgefasst (s. Strauß, Hautzinger, Freyberger, Eckert und Richter, 2010). Vor diesem Hintergrund hielten wir es für dringend erforderlich, aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie zu klären, ob und wie weit es theoretisch sinnvoll und gerechtfertigt ist, das therapeutische Vorgehen in einer Gesprächspsychotherapie unter dem Gesichtspunkt der psychotherapeutischen Intervention, wie sie in der Verhaltenstherapie konzipiert ist, zu betrachten. Dieser Aufsatz soll also auch dazu beitragen, die Position der Gesprächspsychotherapie in Bezug auf das verhaltenstherapeutische Konzept der Interventionen zu verdeutlichen.

Der Begriff „Intervention“ und mit ihm verwandte Begriffe werden in der psychotherapeutischen Literatur nicht einheitlich benutzt – auch nicht in der Verhaltenstherapie. Wir legen unseren Ausführungen folgende Definitionen zu Grunde:

Eine **Intervention** im Kontext von Psychotherapie wird vom Psychotherapeuten geplant durchgeführt mit dem Ziel, die für die Therapieziele als notwendig erachteten Therapieprozesse anzustoßen bzw. zu fördern.

Bezüglich ihrer Komplexität und im Hinblick auf die jeweilige Therapetheorie lassen sich bei den Interventionen **Interventionstechniken** von **Interventionsprinzipien** unterscheiden.

Unter einer **Interventionstechnik** wird ein bestimmtes konkretes Vorgehen verstanden. Verfahrensbezogene Interventionstechniken sind z. B. die „Systematische Desensibilisierung“ in der Verhaltenstherapie, Übertragungsdeutungen in der Psychoanalyse oder die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ in der Gesprächspsychotherapie. Nicht verfahrensspezifische Interventionstechniken sind z. B. Entspannungsübungen.

Von **Interventionsprinzipien** sprechen wir, wenn wir die Grundlagen von Interventionen meinen, die sich aus bestimmten Persönlichkeits-, störungs- oder therapietheoretischen Annahmen ableiten. So bezeichnen wir z. B. „Nicht-Direktivität“ als ein Interventionsprinzip, das auf der Persönlichkeitstheoretischen Annahme fußt, dass der Entwicklung eines Menschen eine „Aktualisierungstendenz“ zu Grunde liegt. Die Berücksichtigung dieses Prinzips zeigt sich auf unterschiedlichen Ebenen und in vielfältiger Weise unterschiedlich, z. B. in der Unterlassung bestimmter Interventionen, wie einen Ratsschlag zu erteilen, oder in der Hinwendung zu den und Förderung von den sog. Ressourcen des Patienten.

**Interventionsregeln** beschreiben den Einsatz von Interventionen in Abhängigkeit von den kontextuellen Gegebenheiten, z. B. wann eine Verbalisierung des Erlebens des Patienten therapeutisch sinnvoll ist und wann nicht, oder in der Prüfung der Verträglichkeit einer Intervention mit dem intendierten therapeutischen Beziehungsangebot. Es lassen sich *allgemeine* von *spezifischen Interventionsregeln* unterscheiden.

Als **Interventionshilfe** wird z. B. der Rückgriff auf Therapieprozessskalen bezeichnet, die es ermöglichen einzuschätzen, ob die therapeutische Beziehung die gewünschte Qualität hat.

## 2. Lässt sich der gesprächspsychotherapeutische Prozess durch die Beschreibung von Interventionen darstellen?

Die zentralen Elemente der von Carl Rogers entwickelten Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) sind nicht bestimmte psychotherapeutische Techniken, z. B. Entspannungsübungen, oder Interventionen, z. B. Übertragungsdeutungen. Das therapeutische Element der Gesprächspsychotherapie ist die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Sie ist auf der Seite des Psychotherapeuten durch drei Aspekte gekennzeichnet:

1. **Empathie:** Der Therapeut *fühlt sich empathisch* in die Erfahrungen des Patienten, so wie dieser sie erlebt (in dessen Inneren

Bezugsrahmen), ein und er bemüht sich, dem Patienten mitzuteilen, was er auf diesem Weg der Empathie bzw. durch einfühlendes Verstehen verstanden hat.

2. **Bedingungsfreie Positive Beachtung:** Der Therapeut kann den Patienten in seinem Erleben in der Therapiesitzung *bedingungsfrei positiv beachten*. Das heißt, der Therapeut kann fühlen, dass er den Patienten in seinen Erfahrungen so, wie dieser sie macht bzw. darstellt, annehmen kann.
3. **Kongruenz:** Der Therapeut ist in der Beziehung zum Patienten *kongruent*. *Kongruenz* ist die Bezeichnung eines innerpsychischen Zustandes: Der Therapeut könnte sich alles, was er im Kontakt mit dem Patienten erlebt, bewusst machen. Kongruenz des Therapeuten bedeutet vor allem, dass der Therapeut nicht bestimmte Erfahrungen, die er im Kontakt mit dem Klienten und dessen Erfahrungen macht, von seinem Bewusstsein fernhalten bzw. abwehren muss, so dass z. B. das, was er ausstrahlt, mit dem, was er sagt, nicht übereinstimmt.

Rogers (1957) benennt noch drei weitere „Bedingungen“ für die therapeutisch wirksame Beziehung:

4. Patient und Therapeut befinden sich in psychologischem Kontakt, reagieren aufeinander, haben eine Bedeutung für einander.
5. Der Patient ist *inkongruent*: Ein Zustand von *Inkongruenz* liegt dann vor, wenn bei einer Person die Symbolisierungen ihrer Erfahrungen im Bewusstsein nicht mit den tatsächlichen Erfahrungen übereinstimmen.
6. Der Patient kann das Beziehungsangebot des Therapeuten zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen, d. h. er fühlt sich in seinen Erfahrungen verstanden und erlebt, dass er bedingungsfrei positiv beachtet wird von einem Therapeuten, den er als kongruent, d. h. als aufrichtig bzw. authentisch, erlebt.

Rogers hat diese sechs Bedingungen („conditions“) 1957 beschrieben und sie auf der Grundlage von empirischen Forschungen als „notwendig und hinreichend für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie“ bezeichnet.

Diese durch sechs Bedingungen beschriebene *therapeutische Beziehung* bildet den Kern der Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie. Sie lassen sich nicht voneinander trennen in dem Sinne, das man sie einzeln „einsetzen“ bzw. „verwirklichen“ könnte. Sie sind auch nicht konzipiert als psychotherapeutische Interventionen, die vom Therapeuten unter bestimmten Umständen geplant und dosiert und mit einer definierten Zielsetzung eingesetzt werden könnten, so wie verbale positive Verstärker zur Förderung positiver Kognitionen eingesetzt werden können oder Entspannungsübungen zur Minderung von ängstlichen Verspannungen.

Die psychotherapeutische Beziehung im Sinne von Rogers stellt sich ein – oder auch nicht. Ob sie sich einstellt und wie sie sich entwickelt, ist niemals nur von einzelnen – im Sinne von

isolierbaren – Elementen und auch niemals allein vom Therapeuten abhängig, sondern immer auch vom Patienten. Das kommt in den Bedingungen 4, 5 und 6 zum Ausdruck.

Eine wesentliche Aufgabe des Gesprächspsychotherapeuten besteht vor diesem Hintergrund darin, die therapeutische Beziehung im Auge zu behalten, sie immer zu reflektieren und gegebenenfalls zu fördern. Die Erfüllung dieser Aufgabe besteht nicht in einer bestimmten isolierten therapeutischen Intervention. Wir sprechen daher in diesem Zusammenhang von einem *Interventionsprinzip*.

Die weitere Betrachtung der Gesprächspsychotherapie unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Intervention wird zeigen, dass dem Verfahren Gesprächspsychotherapie eine Reihe von Interventionsprinzipien zu Grunde liegt, dass es aber nur **eine Interventionstechnik** definiert: Die Verbalisierung der emotionalen Erfahrungen des Patienten.

### 3. Allgemeine Interventionsregeln in der Gesprächspsychotherapie

Die gesprächspsychotherapeutische Beziehung ist auf sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen beschrieben worden. Es lassen sich mindestens vier Beschreibungsebenen (I–IV) unterscheiden (s. Abb. 1):

- I: Die Ebene der „Patient-Psychotherapeut-Beziehung“ im Unterschied zu anderen Beziehungen, z. B. „Mutter-Kind“ oder „Rechtsanwalt-Klient“.
- II: Die Ebene zusammenfassender Merkmale der (gesprächspsychotherapeutischen) Beziehung, z. B. die Merkmale „Bedingungs-freie Positive Beachtung“, „Empathie“ und „Kongruenz“.
- III: Die Ebene einer zusammenfassenden Klassifikation von Verhaltensweisen, wie die „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“ (VEE) durch den Therapeuten.
- IV: Die Ebene der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Patient in einer bestimmten beobachteten bzw. dokumentierten Therapiesitzung“ (vgl. Eckert et al., 2006, S. 227).

Diese vier Ebenen bilden eine Taxonomie, d. h. sie sind als durch mindestens zwei Regeln miteinander verbunden anzusehen:

- 1. Regel: Die Gegebenheiten auf einer bestimmten Ebene dürfen die Gesetzmäßigkeiten der jeweils übergeordneten Ebenen nicht verletzen.

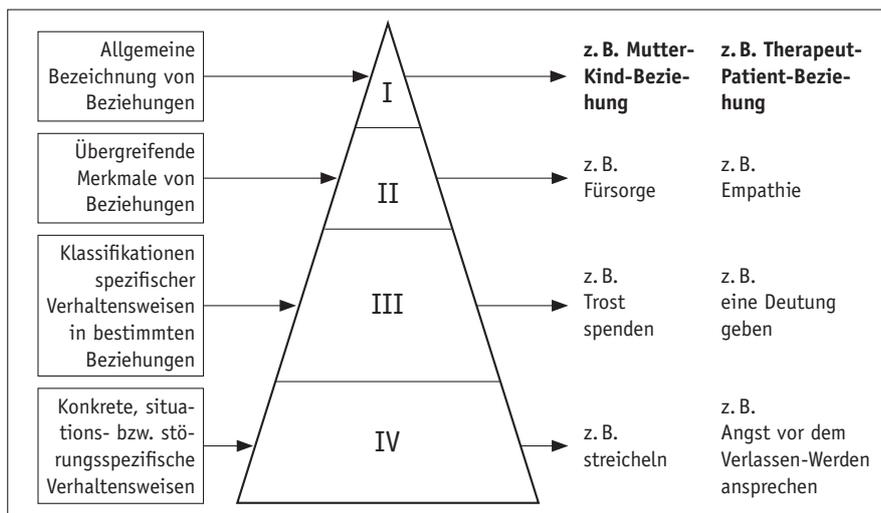


Abb. 1: Vier Abstraktionsebenen zur Erfassung von (therapeutischen) Beziehungen (nach Höger 1989; 2000)

- 2. Regel: Die Gegebenheiten einer Ebene lassen sich aus den Gesetzmäßigkeiten der jeweils höheren Ebene nicht eindeutig ableiten.

Diese Regeln können die Grundlage für *Allgemeine Interventionsregeln* in der Gesprächspsychotherapie bilden.

Aus der 1. Regel: „Die Gegebenheiten auf einer bestimmten Ebene dürfen die Gesetzmäßigkeiten der jeweils übergeordneten Ebenen nicht verletzen“ ergibt sich als

#### 1. Allgemeine Interventionsregel:

Ein Therapeutenverhalten, das auf der Ebene IV bzw. III angesiedelt ist, muss mit dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, das auf der Abstraktionsebene II durch die Aspekte *Empathie, Kongruenz und Bedingungs-freie Positive Beachtung gekennzeichnet ist*, kompatibel sein.

So sollte eine „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“ zum Ausdruck bringen, dass der kongruente Therapeut den Patienten in seiner Erfahrung empathisch versteht und bedingungs-frei positiv beachtet.

Das ist zum *Beispiel* dann nicht der Fall, wenn der Therapeut seinem Patienten frustriert vorhält, dass er sich schon wieder um die längst fällige Aussprache mit dem Vorgesetzten herumgedrückt habe.

Aus der 2. Regel ergibt sich als

#### 2. Allgemeine Interventionsregel:

Die Verhaltensweisen des Therapeuten auf der untersten Ebene IV, also in der konkreten Therapiesituation hier und jetzt, lassen sich nicht eindeutig aus den höheren Ebenen ableiten.

In der konkreten Therapiesituation sind Verhaltensweisen des Therapeuten angemessen, wenn sie die Selbstexploration

des Patienten vertiefen (Ebene III) und/oder Ausdruck empathischen Verstehens sind und die Bedingungen Kongruenz und Bedingungsfreie Positive Beachtung nicht verletzen (Ebene II).

Der Therapeut kann unter diesen Umständen z. B. schweigen, die Augenbrauen erstaunt hochziehen, den Patienten fragen, ob er Suizidgedanken hat, ihn auf eine Widersprüchlichkeit in seiner Darstellung hinweisen, Fragen stellen usw.

Ein *Beispiel* für eine Intervention auf Ebene IV, die keine direkte Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes ist, die aber die 2. Allgemeine Interventionsregel erfüllt, ist das Folgende. Es stammt aus einem von Carl Rogers geführten Interview<sup>1</sup> mit einem an Leukämie erkrankten jungen farbigen Mann, der sichtbar voller Emotionen steckt, aber alles aufbietet, sie nicht zu zeigen. Der Patient sitzt in einem Rollstuhl und schweigt. Der Therapeut eröffnet nach kurzer Pause das Gespräch mit der Frage:

„Wenn Sie es über sich bringen könnten zu weinen, um was würden sie dann weinen?“

Er ermöglicht damit dem Patienten, in einen Selbstexplorationsprozess einzutreten, in dem seine Verlusterlebnisse Thema werden. Mit seiner Frage hatte der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass er verstanden hatte und auch akzeptierte, dass der Patient den Gefühlen, die ihn im Moment erfasst haben, nicht Ausdruck geben kann.

#### 4. Therapeutische Interventionsprinzipien

Therapeutische Interventionen sind bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten.

In der Gesprächspsychotherapie ist das Therapeutenverhalten vor allem auf der Stufe III der oben vorgestellten Abstraktionsebenen (s. Abb. 1) elaboriert worden, und zwar nicht als eng umschriebenes Verhalten. Bezüglich seiner genaueren Beschreibung besagt die 1. Allgemeine Interventionsregel, dass das Verhalten auf der Abstraktionsstufe III mit dem auf Stufe II definierten gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot kompatibel sein sollte. Diese theoretische Verknüpfung sowie der Umstand, dass es sich bei dem auf Stufe III beschriebenen Therapeutenverhalten nicht um eng umschriebene therapeutische Vorgehensweisen handelt, lassen es angemessen erscheinen, hier nicht von Interventionstechniken, sondern von Interventionsprinzipien zu sprechen. Es können vor allem vier Interventionsprinzipien unterschieden werden:

- Nicht-Direktivität
- Empathisches Zuhören
- Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit
- Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten

Diese vier Interventionsprinzipien beschreiben den Handlungsrahmen, den ein Gesprächspsychotherapeut hat, die therapeutische Beziehung aktiv zu gestalten. Die Interventionen im Rahmen dieser vier Interventionsprinzipien beeinflussen nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch die Inkongruenz des Patienten bzw. die Kongruenz des Therapeuten.

In Abbildung 2 wird versucht, die Zusammenhänge zwischen Interventionsprinzipien, therapeutischer Beziehung und den Merkmalen Kongruenz bzw. Inkongruenz schematisch darzustellen. Die Pfeile in Abbildung 2 kennzeichnen die Richtung der Einflussnahme, ihre Strichstärke die Stärke der Einflussnahme. Die Doppelpfeile bringen zum Ausdruck, dass die Einflussnahmen wechselseitig erfolgen. So kann die „Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten“ zu einem Abbau von Inkongruenz beim Patienten beitragen, ein hohes Ausmaß an Inkongruenz des Patienten umgekehrt dazu führen, dass der Therapeut den Patienten nicht empathisch versteht und er nicht oder nur eingeschränkt in der Lage ist, empathisch zuzuhören und seine Verbalisierungen nicht die emotionalen Erfahrungen wiedergeben, die dem Patienten wichtig sind.

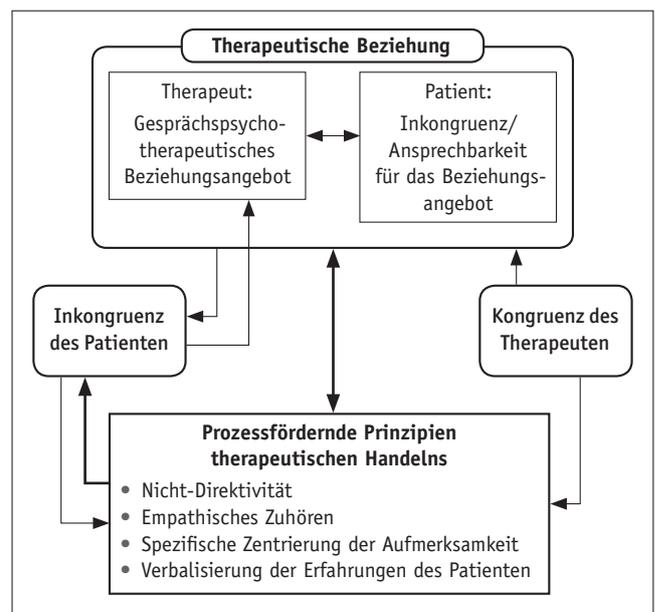


Abb. 2: Elemente und Funktionen des gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsmodells (aus Eckert et al. 2006, S. 229)

##### 4.1. Nicht-Direktivität

###### Definition

Das Prinzip der Nicht-Direktivität ergibt sich vor allem aus dem der Klientenzentrierten Theorie zugrunde liegenden Menschenbild, das durch ein hohes Ausmaß an Vertrauen in die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten („Aktualisierungstendenz“) von Menschen unter bestimmten Bedingungen gekennzeichnet ist.

Nicht-Direktivität ist in der Regel in der Therapiesituation gegeben, wenn sich zwischen Therapeut und Patient eine Beziehung

1 Quelle: Aus der Fernsehreihe „Wege zum Menschen“, SWF 1984: Die Kraft des Guten. Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers

einstellt, die aus der Sicht des Therapeuten durch die drei Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes gekennzeichnet ist und der Patient den Therapeuten auch als empathisch verstehend und unbedingt wertschätzend wahrnehmen kann (Rogers, 1957).

In seinen ersten Beschreibungen seines therapeutischen Ansatzes (Rogers 1942) stellte Rogers das Prinzip der Nicht-Direktivität noch sehr in das Zentrum des therapeutischen Handelns, in dem er ausführte, was erfolgreiche Therapeuten vor allem *nicht* tun: Sie geben keine Ratschläge, auch keine Deutungen, sie unterbreiten dem Patienten keine diagnostischen Erkenntnisse, sie halten sich mit eigenen Stellungnahmen und Kommentaren zurück, vor allem mit Bewertungen der Sichtweise des Patienten, sie folgen den Gedankengängen des Patienten und nicht ihren eigenen Einfällen dazu. Seine Vorstellungen bezüglich dessen, was Menschen hilft, sich zu verändern, fand Rogers durch den chinesischen Philosophen Laotse u. a. mit der Feststellung ausgedrückt: „Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst“.

In der weiteren Entwicklung des Konzepts erfuhr die Bedeutung der Nicht-Direktivität eine Relativierung, vor allem als ein Merkmal des Therapeutenverhaltens. Nicht-Direktivität war von vielen Therapeuten, die das Konzept übernommen hatten, missverstanden worden als Anweisung, nicht zu handeln, als passives Abwarten der Reaktionen des Patienten, als bloßes Wiederholen der Worte des Patienten („papageienhaftes Nachsprechen des Gesagten“, Paraphrasieren).

Um dieser Fehlentwicklung entgegenzutreten, nannte Rogers bekanntlich sein Verfahren nicht mehr „non-directive“, sondern programmatisch „client-centered“ (Rogers, 1951).

Das Konzept der „Nicht-Direktivität“ wurde jedoch nicht aufgegeben, sondern es erfuhr eine inhaltlich andere Ausrichtung: Es beschrieb nun weniger das Verhalten des Therapeuten, sondern lenkte die Aufmerksamkeit des Therapeuten weg von den Defiziten des Klienten hin zu seinen Möglichkeiten und Stärken. Das therapeutische Handeln wurde nicht mehr an der Frage ausgerichtet: Wie können wir uns als Therapeuten optimal verhalten, damit der Patient seine Probleme löst, seine Defizite bzw. psychischen Störungen überwindet?, sondern an der Frage: Welche Möglichkeiten hat der Patient, seine Entwicklung in eine positive Richtung zu lenken, und wie können wir das fördern? Heute bezeichnet man diese Konzeptualisierung von „Nicht-Direktivität“ als „Ressourcenorientierung“ bzw. im Beratungsbereich als „empowerment“ (Berger, 2006).

#### **Merkmale**

Nicht-Direktivität stellt sich heute als ein komplexes Interventionsprinzip dar. Es fußt auf der Annahme, dass die menschliche Entwicklung im Wesentlichen von einer angeborenen Aktualisierungstendenz bestimmt wird. Dieses grundsätzliche Vertrauen in das

Entwicklungspotential des Patienten wirkt sich sowohl auf die Einstellung des Therapeuten als auch auf sein Verhalten aus.

Die Einstellung des Therapeuten ist unter dieser Annahme mehr von Vertrauen, Hoffnung und Optimismus geprägt als von dem Bedürfnis nach Kontrolle, Absicherung und Strukturierung.

Die therapeutischen Interventionen richten sich mehr an der Frage aus, was den Patienten hindert, seine Ressourcen zu nutzen, als an der Suche nach geeigneten Lösungswegen und deren Einübung.

Abweichungen von der Nicht-Direktivität auf der Ebene der therapeutischen Interventionen, z. B. in der Form von Fragen, Stellungnahmen oder Ratschlägen des Therapeuten, sind eher selten und geschehen z. B. dann, wenn der Selbstexplorationsprozess des Patienten ins Stocken geraten ist und/oder der Therapeut bei sich Abweichungen von der bedingungsfree Positiven Beachtung registriert. Auch für vom Prinzip der Nicht-Direktivität abweichende Interventionen gilt die 2. Allgemeine Interventionsregel: Sie sollten Ausdruck eines bedingungsfree wertschätzenden empathischen Verstehens der inneren Situation des Patienten durch den kongruenten Therapeuten sein.

## **4.2. Empathisches Zuhören**

### **Definition**

Das Interventionsprinzip Empathisches Zuhören ist eng verbunden mit dem Prinzip der Nicht-Direktivität. Um das Erleben eines anderen wirklich verstehen zu können, muss man ihm zunächst einmal Raum geben und zuhören, und zwar so, dass man das, was der andere gesagt hat, vollständig und korrekt wiedergeben kann.

Da die Möglichkeiten empathischen Zuhörens von innerpsychischen Bedingungen des Therapeuten abhängig sind, z. B. von seiner Kongruenz, seinen aktuellen Möglichkeiten, neue Erfahrungen aufzunehmen und sich innerlich damit zu befassen, finden wir es adäquater, Empathisches Zuhören als Interventionsprinzip und nicht als eine jederzeit einsetzbare Interventionstechnik aufzufassen.

### **Merkmale**

- Zuhören kann nur stattfinden, wenn man dem anderen Raum zur Selbstdarstellung lässt,
- sich mit eigenen Einfällen und Stellungnahmen zurückhält,
- sich auf das konzentriert, was der andere über sich sagt.
- Zuhören im therapeutischen Sinne bedeutet auch, das, was der andere sagt und wie er es sagt, auf sich wirken zu lassen,
- sich der Gefühle bewusst zu werden, die das Gesagte in einem selbst auslöst, ohne dabei den anderen aus dem Auge zu verlieren, d. h.
- empathisches Zuhören bedeutet, mit dem anderen in emotionalem Kontakt zu bleiben.

### 4.3. Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit

Es lassen sich zwei Foki unterscheiden, auf die sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten richtet:

1. das eigene Selbsterleben
2. das Selbsterleben des Patienten

#### 4.3.1. Das eigene Selbsterleben

Der Gesprächspsychotherapeut behält im therapeutischen Kontakt mit seinem Patienten immer auch sein eigenes Erleben im Auge und achtet dabei vor allem auf Abweichungen von der Bedingungs-freien Positiven Beachtung des Patienten in seinem Selbsterleben.

#### 4.3.2. Das Selbsterleben des Patienten

Beim Selbsterleben des Patienten stehen drei Aspekte im Zentrum der Aufmerksamkeit:

1. Die *Selbstexploration*
2. Der *Innere Bezugsrahmen* des Patienten
3. Die gefühlte Bedeutung des Selbsterlebens: *Experiencing*

#### *Selbstexploration*

Im Zentrum des therapeutischen Prozesses stehen die Erfahrungen des Patienten und seine Möglichkeiten, sich diesem Erleben selbstreflexiv zuzuwenden und es zu symbolisieren und mitzuteilen. Dieser Selbstempathieprozess ist in Form einer Skala operational definiert und unter dem Namen Selbstexplorationsskala bekannt geworden (s. Tausch, 1973).

Für den Therapeuten kann die Skala als **Interventionshilfe** (s. u.) dienen: Sie liefert einen Maßstab für die Beurteilung der Qualität der therapeutischen Arbeit: Wenn die Selbstexploration des Patienten auf der Stufe 7 oder höheren Stufen eingeschätzt wird, sind konstruktive Veränderungen im Verlauf der Therapie zu erwarten.

#### **Skala zur Einschätzung des Ausmaßes der „Selbstexploration des Klienten“** (nach Tausch et al., 1969).

Stufe 1: Der Klient sagt nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein inneres Erleben. Er spricht ausschließlich über Tatbestände, die unabhängig von seiner Person sind.

Stufe 2

Stufe 3: Der Klient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen.

Stufe 4

Stufe 5: Der Klient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung stehen. Der überwiegende Teil der Aussage besteht in der

Schilderung seines Verhaltens oder äußerer Ereignisse; seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse werden nur kurz erwähnt.

Stufe 6

Stufe 7: Der Klient berichtet überwiegend von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen. Zusätzlich ist ein Ansatz zu erkennen, seine inneren Erlebnisse weiter zu klären: etwa sie in neuen Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen, Widersprüche zu entdecken u. ä.

Stufe 8

Stufe 9: Der Klient schildert ausführlich seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Es wird deutlich, dass er neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet.

#### *Der Innere Bezugsrahmen*

Mit dem Inneren Bezugsrahmen ist die Perspektive eines Menschen auf sein eigenes Erleben gemeint, mit der Bewertungen des Erlebens verbunden sind.

Es lassen sich innerhalb des Inneren Bezugsrahmens drei Bewertungsperspektiven unterscheiden: Erfahrungen können auf der Grundlage des Selbstkonzepts, internalisierter Wertvorstellungen oder der Beziehung zum Therapeuten bewertet werden. Die folgenden Fragen können dem Therapeuten helfen herauszufinden, aus welchem dieser Blickwinkel der Patient gerade auf sein Erleben schaut.

#### (1) *Selbstkonzept*

- In welcher Beziehung steht das Erleben, über das der Patient spricht, zu seinem Selbstkonzept?
- Erlebt der Patient die Erfahrungen, über die er berichtet, als mit seinem Selbst kongruent?

#### (2) *Internalisierten Wertvorstellungen*

- Wie bewertet der Patient sein Erleben?
- Könnten seiner eigenen nicht unbedingt wertschätzenden Beurteilung seines Erlebens von wichtigen Bezugspersonen übernommene Wertvorstellungen zugrunde liegen?

#### (3) *Beziehung zum Therapeuten*

- Fühle ich mich, wenn auch unausgesprochen, vom Patienten angesprochen?
- Versucht er unausgesprochen meinen Erwartungen zu entsprechen oder Befürchtungen vor meinen Bewertungen zu begegnen?

Die Einbeziehung des Inneren Bezugsrahmens bei der Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten ist in aller Regel für den

Selbstexplorationsprozess förderlich, weil auch die Bewertungen der Erfahrungen des Patienten angesprochen werden bzw. warum er sich in bestimmten Erfahrungen ablehnt.

Die drei Perspektiven hängen übrigens in hohem Maße zusammen.

### *Experiencing*

#### *Definition*

Mit Experiencing wird der Prozess bezeichnet, in dem sich in einer Person „gefühlte Bedeutungen“ entwickeln. Unter theoretischen Gesichtspunkten betrachtet ist der Prozess der inneren Entwicklung der Bedeutung von Erleben der Symbolisierungsprozess, d. h. der Prozess, in dem Erfahrung bewusst wird. In ihm tauchen unterschiedliche Formen des Selbsterlebens auf, vor allem Körperempfindungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle und Worte. Diese sind aufeinander bezogen und geben einander Sinn und Bedeutung. Die Symbolisierung beinhaltet auch die Bewusstwerdung der Bewertung einer Erfahrung.

Genclin (1998) hat *spezifische Interventionsregeln* entwickelt, diesen Prozess systematisch zu fördern. Sie finden im Rahmen des „Focusing“ Anwendung.

#### **4.4. Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten**

Wir haben oben das empathische Verstehen des Therapeuten als wesentlichen Aspekt der therapeutischen Beziehung dargestellt. Wenn wir den Ausdruck des empathischen Verstehens des Therapeuten unter Interventionsgesichtspunkten betrachten, dann lassen sich *zwei spezifische Regeln* für die Verbalisierung der auf dem Wege der Empathie verstandenen Erfahrungen aufstellen.

Die erste, an den Therapeuten gerichtete *spezifische Regel* lautet:

Benenne bei der Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten möglichst auch die mit ihnen verbundenen Gefühle.

Wenn der Therapeut die Erfahrungen des Patienten verbalisiert, sollte er immer auch „kongruent“ und bedingungslos positiv beachtend sein. Daraus ergibt sich als *zweite spezifische Regel* für die Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten:

Sprich das im Hier und Jetzt tatsächlich gegebene bzw. stattfindende Erleben des Patienten möglichst vollständig an, sofern Du es empathisch verstanden hast und bedingungslos positiv beachten kannst.

## **5. Evaluation und Interventionshilfen**

### *Evaluation der Interventionen*

Wie konstruktiv die Psychotherapie verläuft, kann der Therapeut an den Veränderungen am Selbstempathie- bzw. Selbstexplorationsprozess des Patienten feststellen (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 71).

Bleibt dieser Prozess – gemessen mit der Selbstexplorationskala (s. o.) – des Patienten auf einem mittleren Niveau erhalten oder nimmt die Selbstexploration während der Behandlungsstunde zu, dann spricht das für einen konstruktiven Verlauf. Das Gegenteil wäre anzunehmen, wenn eine niedrige Selbstexploration sich nicht verändert oder es zu einem Nachlassen der Selbstexploration – bis hin zum Verstummen – in der Therapiesitzung kommt.

Ob eine Intervention therapeutisch sinnvoll war oder nicht, entscheidet sich also an ihrer Auswirkung auf den Selbstempathieprozess.

### *Interventionshilfen*

Interventionshilfen dienen dazu, die therapeutische Beziehung, wie sie auf Stufe II der Beziehungstaxonomie definiert ist, zu erkennen und zu fördern.

Als Interventionshilfen können in der Gesprächspsychotherapie die Definitionen der zentralen Prozessmerkmale und die Skalen, die zu ihrer empirischen Erfassung entwickelt worden sind, dienen. Bei diesen Skalen handelt es sich in der Regel um mehrstufige Intervallskalen, deren einzelne Skalenstufen durch Ankerbeispiele gekennzeichnet sind. Neben den Definitionen der Merkmale durch diese Skalen dienen auch diese Ankerbeispiele dem Gesprächspsychotherapeuten als Orientierung für sein therapeutisches Verhalten.

Weitere Interventionshilfen sind Interventionen, wie „Konfrontation“, die eingesetzt werden, wenn die therapeutische Beziehung bzw. Aspekte von ihr beeinträchtigt sind.

## **5.1 Interventionshilfen bezüglich der zentralen Merkmale des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots: Empathie, Bedingungslos Positive Beachtung und Kongruenz**

### *5.1.1 Empathie*

#### *Definition*

Eine auf Rogers zurückgehende Definition von Empathie lautet: „den Inneren Bezugsrahmen eines anderen mit den emotionalen Komponenten und den dazu gehörenden Bedeutungen genau wahrzunehmen, als ob man die andere Person sei, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Bedingung zu verlieren“ (zit. nach Eckert et al., 2006, S. 220).

#### *Skala*

Tausch et al. (1969) haben in Anlehnung an eine Empathieskala von Truax (eines Mitarbeiters von Rogers), eine Skala entwickelt, mit der das Ausmaß der „**Verbalisierung emotionaler Erlebnishalte (VEE)**“ durch den Psychotherapeuten eingeschätzt werden soll. Die VEE-Skala (z. B. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 19) umfasst neun Stufen, von denen jede zweite operational definiert ist.

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass bedeutsame korrelative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der VEE des

Therapeuten und der Selbstexploration des Patienten bestehen, während die Zusammenhänge zwischen VEE und den Therapieeffekten eher gering sind, d. h. VEE ist offenbar für den psychotherapeutischen Prozess unmittelbarer bedeutsam als für das Therapieergebnis.

Für die Praxis ist der Hinweis wichtig, dass die VEE-Skala nur den Umgang mit vom „Patienten *ausgedrückten* persönlich-emotionalen Erlebnisinhalten“ beschreibt und die Forschung die Regel bestätigt hat, dass es förderlich ist, möglichst alle geäußerten Aspekte dieses geäußerten Erlebens aufzugreifen. Von dieser Regel gibt es im Individualfall Ausnahmen: Wird z. B. deutlich, dass sich ein Patient der Erfahrungen, über die er berichtet, schämt, dann ist diese Scham das dem Patienten wichtige Gefühl und es wäre sogar unempathisch zu versuchen, möglichst „alle“ geäußerten schambehafteten emotionalen Erlebnisinhalte zu verbalisieren.

Unter Interventionsgesichtspunkten ist die Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten, die sich an der VEE-Skala ausrichtet, die einzige *Interventionstechnik*, die im Rahmen des Therapiemodells der klassischen Gesprächspsychotherapie definiert worden ist.

### 5.1.2. Bedingungsfreie Positive Beachtung

#### Definition

Die auf Rogers zurückgehende *Definition* von Bedingungsfreier Positiver Beachtung lautet:

„Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen von mir so wahrgenommen werden, dass sich keine von ihnen von irgendeiner anderen dadurch unterscheidet, dass sie mir der aufmerksamen Beachtung („positive regard“) mehr oder weniger Wert ist, dann erfahre ich für dieses Individuum Bedingungsfreie positive Beachtung“ (zit. nach Eckert et al., 2006, S. 121). Sie verdeutlicht, dass mit diesem Begriff ein innerpsychischer Prozess bezeichnet wird, der nur introspektiv durch den Therapeuten selbst wahrgenommen werden kann.

Bedingungsfreie Positive Beachtung des Patienten in seinen Erfahrungen kann nicht im Sinne einer Intervention gezielt „eingebracht“ werden, sondern stellt sich im günstigen Fall ein und der Therapeut kann sie introspektiv bei sich selbst feststellen.

Unter Interventionsgesichtspunkten kann also nicht das Ausmaß an Bedingungsfreier Positiver Beachtung bzw. Anerkennung **handlungsleitend** sein, sondern sollten es die **Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung** sein.

Solche Abweichungen können in vielfältigen Formen auftauchen, z. B. als Ungeduld, Langeweile; plötzliche, kaum zu beherrschende Müdigkeit während der Sitzung; Erleichterung, wenn der Patient eine Sitzung absagt; plötzliches Auftreten von Hungergefühlen während der Sitzung; nachhaltige Freude bis Begeisterung darüber, dass der Patient seine beruflichen Probleme in den Griff zu kriegen scheint.

Wenn der Therapeut solche Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung bei sich feststellt, sollte er sich

selbstreflexiv der Frage zuzuwenden: Was an der Schilderung seines Erlebens durch den Patienten lässt mich so reagieren? Erst wenn er sich in seiner Reaktion verstanden hat – durch Selbstreflexion in der therapeutischen Situation, manchmal aber erst in der Supervision – kann sich die Abweichung von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung auflösen.

#### Skalen

Es hat verschiedene Versuche gegeben, das komplexe Beziehungsmerkmal Bedingungsfreie Positive Beachtung in Ratingskalen operational zu definieren und zu erfassen. Die Stufen der Skala „**Unconditional Positive Regard**“ von Truax (s. Tausch, 1973, S. 115) erfassen das Ausmaß an Bedingungsfreier Positiver Beachtung des Therapeuten, wie es für außenstehende Beurteiler sichtbar wird. Sie stellen aber keine Interventionshilfe dar insofern, als die Betrachtung eines Fremdratings mir in der Regel keinen Hinweis darauf liefert, welchen Grund ich habe, meinen Patienten nicht unbedingt positiv zu beachten.

### 5.1.3 Kongruenz

#### Definition

Kongruenz ist definiert als das Vorliegen der Möglichkeit, sich aller bewusstseinsfähigen Erfahrungen, die der Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren. Kongruenz in einer therapeutischen Beziehung heißt vor allem, dass sich der Therapeut aller Gefühle bewusst werden kann, die der Patient in ihm auslöst. Wenn der Therapeut auf den Patienten mit Gefühlen reagiert, deren er sich nicht bewusst werden kann, wird er in der Regel durch diese Gefühle auch darin behindert, sich in den Patienten einzufühlen und dementsprechend in dem, was er dabei verstanden hat, bedingungsfrei positiv zu beachten (vgl. Eckert et al., 2006, S. 223).

Auch diese Definition macht deutlich, dass mit Kongruenz ein innerpsychischer Prozess gemeint ist, der zwar bewusstseinsfähig, aber für den Therapeuten nicht unmittelbar erfahrbar ist. Der Therapeut erlebt – das ist ähnlich wie bei der Bedingungsfreien Positiven Beachtung – eher Inkongruenz, d. h. das *Fehlen* von Kongruenz. Bedeutsame Inkongruenzen sind auch mit Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbunden und mit Schwierigkeiten, sich in die vom Patienten präsentierten Erfahrungen korrekt einzufühlen. Unter **Interventionsgesichtspunkten** ist deshalb auch hier **handlungsleitend**, dass der Therapeut dann, wenn er sich den Erfahrungen des Patienten nicht ausreichend bedingungsfrei positiv beachtend zuwenden kann und/oder Schwierigkeiten hat, sich einzufühlen, der Frage nachgeht, ob er vielleicht inkongruent ist.

Die Kongruenz des Therapeuten wird in der Regel dadurch bedroht, dass das Erleben des Patienten von Erfahrungen bestimmt bzw. mitbestimmt wird, die dieser von sich aus nicht thematisieren

kann oder will, – von Erfahrungen z. B., die sein Selbstkonzept in Frage stellen. Das ist ihm oft nicht bewusst, d. h. er spricht nicht nur nicht über diese Erfahrungen und was sie für ihn und sein Selbstverständnis bedeuten, sondern er wehrt sie ab.

Es gibt unter den Gesprächspsychotherapeuten im Wesentlichen zwei unterschiedliche Auffassungen darüber, wie mit Abwehr<sup>2</sup> bzw. Abwehrverhalten therapeutisch umzugehen sei.

Die eine Position beruft sich auf Rogers und setzt darauf, dass das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot ausreiche, bestehende Abwehrstrukturen zu überwinden, d. h. sie überflüssig zu machen. Der Klient könne die Unbedingte Positive Beachtung seiner Erfahrungen durch den Therapeuten als eine angstfreie Haltung sich selbst gegenüber übernehmen und immer mehr seiner Erfahrung in seine Selbsterfahrung integrieren. Die andere Position (z. B. Finke, 2004; Sachse, 1999) hält eine gezielte Arbeit am Abwehrverhalten für erforderlich.

Wir vertreten hier die Position, dass eine gezielte Arbeit an der Abwehr in der Gesprächspsychotherapie nur dann indiziert ist, wenn der Therapeut auf das Abwehrverhalten des Patienten seinerseits mit Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung reagiert.

Die Interventionen des Therapeuten sollten mit der 2. Allgemeinen Interventionsregel vereinbar sein, d. h. sie sollten nach Möglichkeit die Selbstexploration (Ebene III) des Patienten erhöhen, und zwar in Bezug auf sein Abwehrverhalten, und sie sollten darüber hinaus die Bedingungen *Kongruenz* und *Bedingungsfreie Positive Beachtung* der Ebene II nicht verletzen. Gelingen dem Therapeuten solche Interventionen, dann führt das dazu, dass Therapeut und Patient die Ursachen und die Funktion der Abwehr besser verstehen, mit dem Effekt, dass sie nicht mehr nötig ist.

Finke (2004) hat Interventionen vorgeschlagen, die geeignet sind, die Kongruenz des Therapeuten zu erhalten oder wieder herzustellen:

1. Abwehrbearbeitung
2. Selbstöffnung und Selbsteinbringung

Sie sollen hier unter dem Gesichtspunkt Interventionshilfen diskutiert werden.

### **Abwehrbearbeitung<sup>3</sup>**

Die häufigste Form des Ansprechens von Abwehr, die *Konfrontation*, wird in der Regel dann eingesetzt, wenn Widersprüche auftreten, und zwar

- zwischen verbalem und non-verbalem Ausdruck  
Beispiel: Th.: „*Ich spüre da einen Unterschied zwischen dem, was sie sagen, und dem, was mir viele Ihrer Gesten auszudrücken scheinen.*“
- zwischen Selbstbild und Fremdbild  
Beispiel: Th.: „*Es entspricht so Ihrem Ideal, immer um Harmonie bemüht zu sein, aber es fällt Ihnen oft schwer, das zu verwirklichen.*“
- zwischen Einsicht und Verhalten  
Beispiel: Th.: „*Obwohl Sie die Probleme so klar sehen, war es jetzt zu schwer für Sie, nicht wieder zu ihm zurückzugehen.*“
- in der Logik der Darstellung  
Beispiel: Th.: „*Sie äußerten eben noch, auf Abstand zu ihr gehen zu wollen, Ihr letzter Satz sagt aber eigentlich das Gegenteil; da stehen sich wohl zwei Wünsche in Ihnen gegenüber?*“

Die Abwehr zeigt sich ferner besonders häufig in *Vermeidungsverhalten*. Der Therapeut kann es zum Thema machen mit dem Ziel, dass Patient und Therapeut verstehen, wie es zustande kommt und welche Funktion es hat.

*Beispiel: Umgang mit Vermeidungsverhalten*

Th.: „*Mir fällt auf, dass für Sie das Thema Eheprobleme, das ja in unseren Eingangsgespräch so zentral war, keine wichtige Rolle mehr zu spielen scheint. Sehe ich das richtig?*“

Die Intervention in diesem Beispiel beinhaltet schon einen Aspekt der im Folgenden darzustellenden Interventionskategorie „Selbstöffnen/Selbsteinbringen“ (vgl. Finke, 2004, S. 67ff.).

### **Selbstöffnen/Selbsteinbringen („self-disclosure“)**

Selbstöffnen/Selbsteinbringen stellen Interventionen auf der Abstraktionsebene III dar.

Auf der fünften und höchsten Stufe der von Truax entwickelten Skala zur Fremdeinschätzung von „self-disclosure“ des Therapeuten ist sie wie folgt operationalisiert:

„Stufe 5: Der Therapeut macht sich in besonderer Weise transparent, so dass der Patient es in konstruktiver Weise nutzen kann“ (Finke, 2004, S. 68).

An dieser Formulierung wird deutlich, dass sich die Intervention Selbstöffnen/Selbsteinbringen positiv auf den Therapieprozess auswirken soll.

2 Der in der Gesprächspsychotherapie verwendete Begriff „Abwehr“ bzw. die damit bezeichnete Funktion ist nicht deckungsgleich mit dem Abwehrkonzept der Psychoanalyse; z. B. wird nicht zwischen „Abwehr“ und „Widerstand“ unterschieden.

3 Beispiele aus Finke (2004, S. 62ff.)

Finke (2004, S. 68) unterscheidet verschiedene Inhalte, bezüglich derer sich der Therapeut selbst öffnen bzw. selbst einbringen kann. Welche Inhalte Thema werden, hängt davon ab, welche Aspekte des Selbsterlebens des Patienten im therapeutischen Kontakt sein Erleben maßgeblich bestimmen. Dazu ist erforderlich, dass der Therapeut den *Inneren Bezugsrahmen* des Patienten (s. 5.3.2) korrekt erfasst. Finke findet dafür folgende Beispiele:

#### **Mitteilen von Anteilnahme**

Th.: „Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben.“

Th.: „Ich Sorge mich, dass Sie sich so schnell entscheiden.“

#### **Mitteilen von Ähnlichkeit**

Th.: „Das kann ich gut nachempfinden. Ich habe Ähnliches erlebt.“

Th.: „Ich kenne solch quälende Zweifel.“

#### **Mitteilen von Beurteilungen**

Th.: „Ich finde, dass Sie das gut gemeistert haben.“

Th.: „Da waren Sie wirklich in einer schwierigen Situation.“

#### **Konfrontation mit Beobachtungen**

Th.: „Es erstaunt mich, dass Sie immer wieder ...“

Th.: „Es irritiert mich, dass Sie ...“

#### **Anbieten einer alternativen Erlebnisweise**

Th.: „An Ihrer Stelle würde mich das aber ärgern.“

Th.: „Ich wäre da aber etwas stolz auf mich.“

#### **Mitteilen der emotionalen Resonanz**

Th.: „Es macht mich etwas unzufrieden, dass ...“

Th.: „Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie ...“

Diese Beispiele verdeutlichen unmittelbar, dass beim Selbstöffnen/Selbsteinbringen eine Abweichung von der „Bedingungsfreien

Positiven Beachtung“ zum Ausdruck gebracht werden kann. Eine Therapeutenintervention, wie die aus dem letzten Beispiel „Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie ...“ beinhaltet ja die Mitteilung, dass der Therapeut etwas am Patienten nicht bedingungsfrei annehmen kann. Im Gegenteil!

Solche Interventionen sind nur dann therapeutisch sinnvoll, wenn sie dazu führen, dass Patient und Therapeut unmittelbar im Anschluss an sie gemeinsam versuchen zu verstehen, was dazu geführt hat, dass der Therapeut sozusagen „aus der Rolle gefallen“ ist.

Bevor ein Gesprächspsychotherapeut damit interveniert, dass er sich selbst öffnet oder einbringt, sollte er sich daher selbstreflexiv Rechenschaft darüber ablegen, warum er auf die Idee kommt, sein eigenes Erleben zur Thema zu machen, und ob er die bei sich selbst erlebte Abweichung von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung nicht in stummer Selbstreflexion verstehen und damit überwinden kann.

## **6. Ausblick**

Zusammengefasst ist aus unserer Sicht festzuhalten: Das Klientenzentrierte Konzept ist im Wesentlichen auf einer relativ hohen Abstraktionsstufe formuliert worden: in der vierstufigen Beschreibungstaxonomie auf Stufe II, d. h. es lassen sich vor allem *Interventionsprinzipien* herausstellen, aber nur bedingt einzelne Interventionstechniken auf den darunter liegenden Ebenen. Die Gesprächspsychotherapie kennt im Prinzip nur *eine* einzige Interventionstechnik, die der Therapeut unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen – vor allem Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz – gezielt einsetzen kann: Die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE).

Die Beachtung der *Interventionsprinzipien* und von *Interventionshilfen* bieten dem Gesprächspsychotherapeuten viele Möglichkeiten, sein therapeutisches Verhalten den Patienten und der jeweiligen Situation im Therapieprozess entsprechend differenziert auszurichten und zu überprüfen.

## Literatur

- Berger, F. (2006). Personzentrierte Beratung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 333–372). Heidelberg: Springer
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie: Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta / Original erschienen 1996, *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counseling and Psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin / *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-centered therapy. Current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin / *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103 / Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Matthias-Grünewald.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Methodenkritische Anmerkungen zur Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.4.2008 im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 160–168.
- Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie*. 5. ergänzte Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B. & Minsel, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 175, 93–102.

## Autor/innen:

**Eva-Maria Biermann-Ratjen**, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in privater Praxis, Hamburg.

**Jochen Eckert**, Prof. Dr., Psychologischer Psychotherapeut, Stellv. Geschäftsf. Direktor des Instituts für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jochen Eckert  
Universität Hamburg  
Institut für Psychotherapie  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg  
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de