PERSON

Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

2|2001
5. Jahrgang

Schwerpunkt: 100 Jahre Carl Rogers

FACHBEITRÄGE

Hans Peter Ratzinger und Elisabeth Zinschitz: **Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte** 9

Zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht – Zwölf Perspektiven 20
Natalie Rogers. Jürgen Kriz, Jochen Eckert, David J. Cain, Hans Swildens, Jobst Finke, Tom Greening, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Diether Höger, Michael Gutberlet, Irene Fairhurst, Maureen O'Hara und John K. Wood 20

Barbara Reisel: **The Clinical Treatment of the Problem Child – Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut** 55

Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer: **Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung** 68

Wolfgang W. Keil: **Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personzentrierter und Experienzieller Ansatz gehören zusammen** *90*

Anna Auckenthaler: **Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie** 98

GLOSSE

Peter F. Schmid: **Herausforderungen – Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels** 103

INTERVIEWS UND ROUNDTABLE

Zur Aktualität des Rogers-Ansatzes inder heutigen Psychotherapie-Ausbildung Statements von Ausbildungsteilnehmern/innen aus der APG, ÖGwG und SGGT 109

Profil zeigen – zum Hundertsten ein Institut – Interview zur Eröffnung des PCA-Institutes in Zürich 118

REZENSION 120

FACULTAS
WUV UNIVERSITÄTSVERLAG

ISSN 1028-6837

APG-Forum
IPS der APG
ÖGwG

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber und Herausgeberinnen sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie", „Klientenzentrierte Psychotherapie" und „Personzentrierte Psychotherapie" bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert" und „experienziell" und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell" wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21; Tel.: +49/23 05/28 58; Fax: +49/2305/2860; E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

Forum Personenzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision (Forum), A-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14; Tel./Fax: +43/1/966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.at

Institut für Personzentrierte Studien der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit (IPS), A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4; Tel.: +43/1/713 77 96; Fax: +43/1/718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG), A-4020 Linz, Altstadt 17; Tel./Fax: +43/732/78 46 30; E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung (SGGT), CH-8005 Zürich, Josefstr. 79; Tel: +41/1/271 71 70; Fax: +41/1/272 72 71; E-Mail: sggtspcp@access.ch

Verleger und Druck

WUV–Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5; Tel.: +43/1/310 53 56; Fax: +43/1/319 70 50; E-Mail: verlag@wuv.co.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7, E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Sylvia Gaul, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Margarethe Letzel, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Gerhard Stumm, Elisabeth Zinschitz

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Für jeden Artikel wird von der Redaktion eine Zusammenfassung in Französisch erstellt.

Beiträge dürfen nicht gleichzeitig andernorts eingereicht werden. Das ausschließliche Copyright geht mit der Veröffentlichung einer Arbeit auf den Verlag über.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholen kann.

Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Erscheinungshinweise

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich.

Bezugspreis jährlich (2 Nummern): € 26,16 / sFr 46,– zzgl. Versandkosten.
Einzelheft: € 14,53; sFr 26,– zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder von ÄGG, APG-Forum, APG-IPS, ÖGwG und SGGT erhalten PERSON im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind zweifach schriftlich ausgefertigt (anderthalbzeilig, mit einem breiten Korrekturrand und nummerierten Seiten) und auf Diskette oder E-Mail–Anhang (nach Möglichkeit Format *.rtf) an eine der Redaktionsadressen zu übermitteln:

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung,

c/o A. Univ.Prof. Christian Korunka, Institut für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Liebiggasse 5; Tel.: +43/1/42 77/478 27; Fax.: +43/1/4277/478 59, E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

oder
c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39; Tel.: +43/1/407 55 87 2; Fax: +43/1/407 55 87 4, E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

oder
c/o Mag. Margarethe Letzel, CH-6004 Luzern, Hertensteinstr. 29; Tel.: +41/41/410 48 58, Fax: +41/41/410 48 41, E-Mail: m.letzel@bluewin.ch

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung: ca. 10 Zeilen
- Stichwörter: ca. 3–5
- Text, allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: siehe „Hinweise für Autorinnen und Autoren"
- Biografie: Angaben zum Autor oder zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Adresse

Formale Hinweise

Autorinnen und Autoren erhalten von der Redaktion ein Merkblatt über die Gestaltung des Textes in formaler Hinsicht, besonders bezüglich Quellen- und Literaturangaben („Hinweise für Autorinnen und Autoren").

Zitationsweise

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Urheberrecht

Die in PERSON veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschließlich der Übersetzung in andere Sprachen, sind vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages ist jedwede Reproduktion untersagt. Ebenso bleiben die Rechte zur Wiedergabe durch Vortrag, Radio und Fernsehen oder Aufzeichnungen vorbehalten.

Gedruckt mit Unterstützung durch das österreichische Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Inhaltsverzeichnis

Editorial 3

Carl Ransom Rogers – Biografischer Überblick 7

Fachbeiträge

Hans Peter Ratzinger und Elisabeth Zinschitz
Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte 9

Zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht – Zwölf Perspektiven 20

Natalie Rogers
Carl Rogers' Theorie der Kreativität ins Leben umsetzen 21

Jürgen Kriz
Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft 23

Jochen Eckert
Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung 27

David J. Cain
„Die Fakten sind freundlich." Belege aus der Forschung für die Effizienz der Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien 29

Hans Swildens
Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft, ohne Idealisierung 32

Jobst Finke
Die Therapietheorie der Personzentrierten Psychotherapie 34

Tom Greening
Carl Rogers als „direktiver" Psychotherapeut 37

Eva-Maria Biermann-Ratjen
Zur Entwicklungspsychologie von Rogers 38

Diether Höger
Rogers und die Bindungstheorie 42

Michael Gutberlet
Friedensarbeit im Sinne von Carl Rogers beginnt in der Person. Jetzt. 45

Irene Fairhurst
Das Werk von Carl Rogers aus einer feministischen Perspektive 48

Maureen O'Hara und John K. Wood
Das Bewusstsein von morgen kultivieren: Der personzentrierte Prozess als transformierende Schulung 51

Barbara Reisel
The Clinical Treatment of the Problem Child – Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut 55

Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer
Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung 68

Wolfgang W. Keil
Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personzentrierter und Experienzieller Ansatz gehören zusammen 90

Anna Auckenthaler
Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie 98

Glosse

Peter F. Schmid
Herausforderungen – Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels 103

Interviews und Roundtable

Zur Aktualität des Rogers-Ansatzes in der heutigen Psychotherapie-Ausbildung – Statements von Ausbildungsteilnehmern/innen aus der APG, ÖGwG und SGGT *(Karin Hegar, Margret Katsivelaris, Martina Kucera, Frank Margulies, Michael Rehrl, Michael Schwarz, Maria Theurer und Harald Erik Tichy)* 109

Profil zeigen – zum Hundertsten ein Institut – Interview zur Eröffnung des PCA-Institutes in Zürich 118

Rezension

Margarethe Letzel
P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid, N. Stölzl (Hg.): Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen 120

Editorial

Diese Ausgabe ist in zweierlei Hinsicht eine besondere: Erstens würdigen wir mit einem Schwerpunktheft den Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie bzw. des Personzentrierten Ansatzes, Carl Rogers, der am 8. Jänner 1902, also vor hundert Jahren, geboren wurde. Auch wenn Rogers, dem Huldigungen zuwider waren, einem solchen Heft vermutlich reserviert gegenüber gewesen wäre, nehmen wir dieses Datum zum Anlass, seinem Leben und Werk insgesamt neunzehn Beiträge zu widmen. Diese beschäftigen sich aus verschiedenen Blickwinkeln ausgewählten Aspekten seiner Person und seiner Biografie sowie seinem Schaffen und seinen bleibenden Verdiensten, die für viele von uns ein Ansporn sind, den von ihm in die Welt gesetzten Ansatz in Theorie und Praxis fortzusetzen und weiter zu entwickeln. An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass das runde Jubiläum gleich zwei große Tagungen mit sich bringt: „Carl Rogers (1902–2002): Reflexionen – Begegnungen – Perspektiven" im Rahmen des dritten Weltkongresses für Psychotherapie vom 14.–18. Juli 2002 in Wien sowie die „Centennial Conference: Honoring 100 Years of Carl R. Rogers: His life, our work, a global vision" vom 24.–28. Juli in La Jolla (Kalifornien, USA) (siehe auch die jeweiligen Einschaltungen im Anhang dieses Heftes).

Zweitens wird die Zeitschrift PERSON ab der vorliegenden Nummer von einer erweiterten Kooperationsgemeinschaft herausgegeben: Zusätzlich zu den österreichischen Herausgebern (Forum der APG, IPS der APG und ÖGwG) beteiligen sich numehr auch die „Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie" (SGGT) und die deutsche „Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie" (ÄGG) an der Zeitschrift, die damit zur ersten deutschsprachigen Internationalen Zeitschrift für den Personzentrierten Ansatz geworden ist. Um diesem Neubeginn auch mit einem entsprechenden äußeren Zeichen Ausdruck zu verleihen, haben wir daher auch das Deckblatt etwas verändert. Aufgestockt ist nun auch das Redaktionsteam (zu seiner aktuellen Zusammensetzung siehe die Innenseite des Covers). Insbesondere dürfen wir Margarethe Letzel willkommen heißen, die bereits an der Erstellung dieses Heftes tatkräftig und kompetent mitgewirkt hat. Als Einstandsgeschenk hat sie unter anderem gleich fünf englischsprachige Beiträge übersetzt und die Koordination zur romanischen Schweiz übernommen. Ein Novum ist nämlich auch, dass mit Bedacht auf unsere französischsprachigen Kollegen/innen in der Schweiz Fachbeiträge ab nun um französische Abstracts ergänzt werden. Aus der Schweiz gibt es auch die offizielle Eröffnung des PCA-Instituts in Zürich am 22. Juni 2002 zu berichten, das noch in diesem Herbst mit einer ersten Fachtagung Akzente setzen möchte (siehe auch die Einschaltung im Anhang).

Gleichzeitig wurde auch das inhaltliche Spektrum, das mit der Zeitschrift erfasst werden soll, ausgedehnt. Dies wird auch mit dem neuen Untertitel dokumentiert: Neben einer unveränderten personzentrierten Ausrichtung im engeren Sinn sollen auch die Experienziellen Ansätze in Psychotherapie und Beratung Beachtung finden (siehe dazu auch die Präambel auf der inneren Umschlagseite, worin das Selbstverständnis der Blattlinie geformt ist). Dies kann auch als ein Schritt im Sinne von „carrying forward" gesehen werden, einem Terminus aus der experienziellen Theorie von Eugene Gendlin, der das Voranschreiten eines lebendigen Prozesses benennt. Folgerichtig sollte dieser Schritt bei vielen Lesern/innen einen „felt shift" ausgelöst haben. Wir warten auf Reaktionen!

Zurück zum Inhalt: Den Anfang macht eine von Hans-Peter Ratzinger und Elisabeth Zinschitz vorgenommene Auswertung biografischer Schriften über Rogers, autobiografische sowie Darstellungen und Recherchen über ihn, inklusive der ersten deutschsprachigen von Norbert Groddeck verfassten Übersicht. In diesem Artikel werden einerseits noch einmal die wesentlichen Stationen des Werdegangs von Carl Rogers sowie seine theoretischen Innovationen skizziert, aber auch die biografischen Texte kritisch bewertet. Er ist auch der grundlegenden Angaben wegen an den Anfang dieser Nummer gestellt.

Ein zweiter großer Abschnitt umfasst die Expertise von zwölf prominenten Vertretern des Personzentrierten Ansatzes sowie seines Umfeldes zu spezifischen Gesichtpunkten im Wirken von Rogers. Hier hat eine illustre, international besetzte Runde, beginnend mit seiner Tochter Natalie, die große Bandbreite in seiner Arbeit beleuchtet und kommentiert: Rogers als Forscher, als Theoretiker, als Praktiker, als Entwicklungspsychologe, als Protagonist der Encounter-Bewegung sowie als gesellschaftspolitisch Engagierter. Wir sind stolz darauf, dass es uns gelungen ist, derart heterogene Beiträge von Persönlichkeiten aus sechs verschiedenen Ländern zusammenzutragen, wobei fast die Hälfte dieser Stellungnahmen und Analysen, die allesamt Originalarbeiten darstellen, von englischsprachigen Autoren stammen.

Weitere, zum Teil wesentlich ausführlichere, Artikel beschäftigen sich ebenfalls mit speziellen Themenstellungen, herausragenden Bausteinen und tragenden Pfeilern in Rogers' Lebenswerk:

So hat Barbara Reisel Auszüge aus seinem ersten Buch übersetzt, die hiermit zum ersten Mal in deutscher Sprache veröffentlicht werden. Damit begibt sie sich auf die kindertherapeutische und erziehungsberaterische Spur, die so nachhaltige Wirkungen für Rogers' weitere Theoriebildung und Ausarbeitung der klientenzentrierten Praxis, ja auch des Personzentrierten Ansatzes, gezeitigt

hat. Wenn auch dieses Buch noch nicht zum klientenzentrierten Bestand im engeren Sinn gerechnet wird, zeigt die Autorin doch in verblüffender Weise auf, wie sehr hier bereits die Wurzeln dafür gelegt waren.

Eine Premiere stellt auch der Beitrag von Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer dar, haben sie sich doch zum ersten Mal im deutschen Sprachraum in akribischer und umfangreicher Weise der zum Teil aufwändigen Projekte von Rogers angenommen, die ihn zum Pionier der empirischen Psychotherapieforschung gemacht haben. Systematisch und detailreich werden drei Forschungssequenzen, die sich der Arbeit an den Universitäten in Ohio, Chicago und Wisconsin zuordnen lassen, nachgezeichnet und kritisch reflektiert.

Wolfgang W. Keil wiederum will mit seinen Ausführungen aufzeigen, wie sehr das von Eugene Gendlin näher konzeptualisierte experienzielle Element unabdingbarer Bestandteil Personzentrierter Psychotherapie zu sein hat. Wir meinen, das dieses Plädoyer Stoff für weitere Debatten und Auseinandersetzungen zum Verhältnis von personzentriert und experienziell liefert.

Wie sehr gesellschaftliche und juristische Rahmenbedingungen – Dimensionen, die für Rogers eher sekundär waren – den Boden für die Entfaltung eines Ansatzes abgraben bzw. austrocknen können, belegt Anna Auckenthaler in ihrer Analyse. Sie sagt der Personzentrierten Psychotherapie in Deutschland – trotz eindeutig bekräftigender Forschungsergebnisse und trotz ihrer impliziten Anerkennung – auch angesichts der universitären Nicht-Verankerung, des Medikalisierungstrends und Zeitgeistes eine schwierige Zukunft voraus. Gerade, was die Situation der „Gesprächspsychotherapie" in Deutschland anlangt, stehen wir vor großen Herausforderungen.

Demgegenüber betont Peter Schmid in seiner Glosse einmal mehr die Unvergleichlichkeit und Radikalität des Personzentrierten Ansatzes: Dieser habe mit seinen Grundzügen nicht nur gegenwärtige Entwicklungen vorweg genommen, sondern es sei sehr zu wünschen, dass sich auch zukünftige Gestaltungsperspektiven daran orientieren. Einige seiner diesbezüglichen „Traumvisionen" entwerfen Szenarien, die in diese Richtung weisen.

Schließlich äußern sich acht Ausbildungsteilnehmer/innen, die ihre psychotherapeutische Fachausbildung in den Ausbildungsgängen der Organisationen der Herausgeber absolvieren oder eben absolviert haben, über ihren Zugang zum Personzentrierten Ansatz, wie er von Carl Rogers eingeführt wurde. Was hat sie bewogen, sich gerade diese Methode anzueignen und die dahinter stehenden Leitsätze zu vertiefen? In zum Teil sehr persönlichen Annäherungen legen sie jeweils ihre Motive und ihren Ausblick dar. Sie repräsentieren ja sozusagen stichprobenartig die kommende Generation von Personzentrierten Praktikern. Sie tragen gewissermaßen die Stafette weiter, die wir unsererseits übernommen haben. Dies kann uns hoffnungsfroh und zuversichtlich stimmen, dass Carl Rogers' Vermächtnis noch mindestens weitere hundert Jahre überleben möge.

Gerhard Stumm
Joachim Sauer

Chères collègues et chers collègues de la Suisse romande

Avec la parution de ce premier numéro de « PERSON », vous tenez en main la succession du feu Brennpunkt. La SPCP n'avait plus les moyens ni voyait de sens à maintenir un organe théorique issu uniquement du milieu suisse. Nous sommes plutôt mal implantés en milieu universitaire, ce qui fait que la quasi-totalité de nos membres sont des praticiennes et praticiens. Ailleurs, comme en Autriche, ce n'est pas le cas.

Du côté de Vienne, nous avons un organe théorique absolument avant-garde et scientifique en matière de théorie centrée sur la personne ! Le comité de rédaction jusqu'alors autrichien de la revue « PERSON » s'est donc élargi par celui du Brennpunkt. Cependant, la fusion a son prix. Alors que dans le Brennpunkt nous avions eu souvent des articles entièrement traduits en français, cela ne sera plus le cas. La majorité des articles scientifiques sera publiée soit en allemand, soit en anglais, avec chaque fois un « abstract » en français. Cela permettra une orientation de fonds par rapport au contenu du texte.

La revue « PERSON » est un projet à caractère international et par là même une « lance de fer » pour pouvoir mieux défendre notre approche au niveau européen, en rude concurrence avec bien d'autres « écoles thérapeutiques ». C'est d'ailleurs pourquoi le comité de rédaction austriaco-suisse vient d'accueillir en son sein avec beaucoup de satisfaction l'association allemande des médecins pratiquant l'approche centrée sur la personne (ÄGG). Quant au nombre de contributions venant de la Suisse, cela dépend tout simplement de nous-mêmes. Espérons qu'elles seront nombreuses et variées !

Suite à d'intenses négociations nous sommes convaincus que pour l'heure c'est la meilleure formule possible et qu'elle est préférable à l'absence d'un organe théorique. A vous de juger !

Je vous souhaite bonne lecture !

Frank Margulies
Membre de la rédaction « interne » SPCP

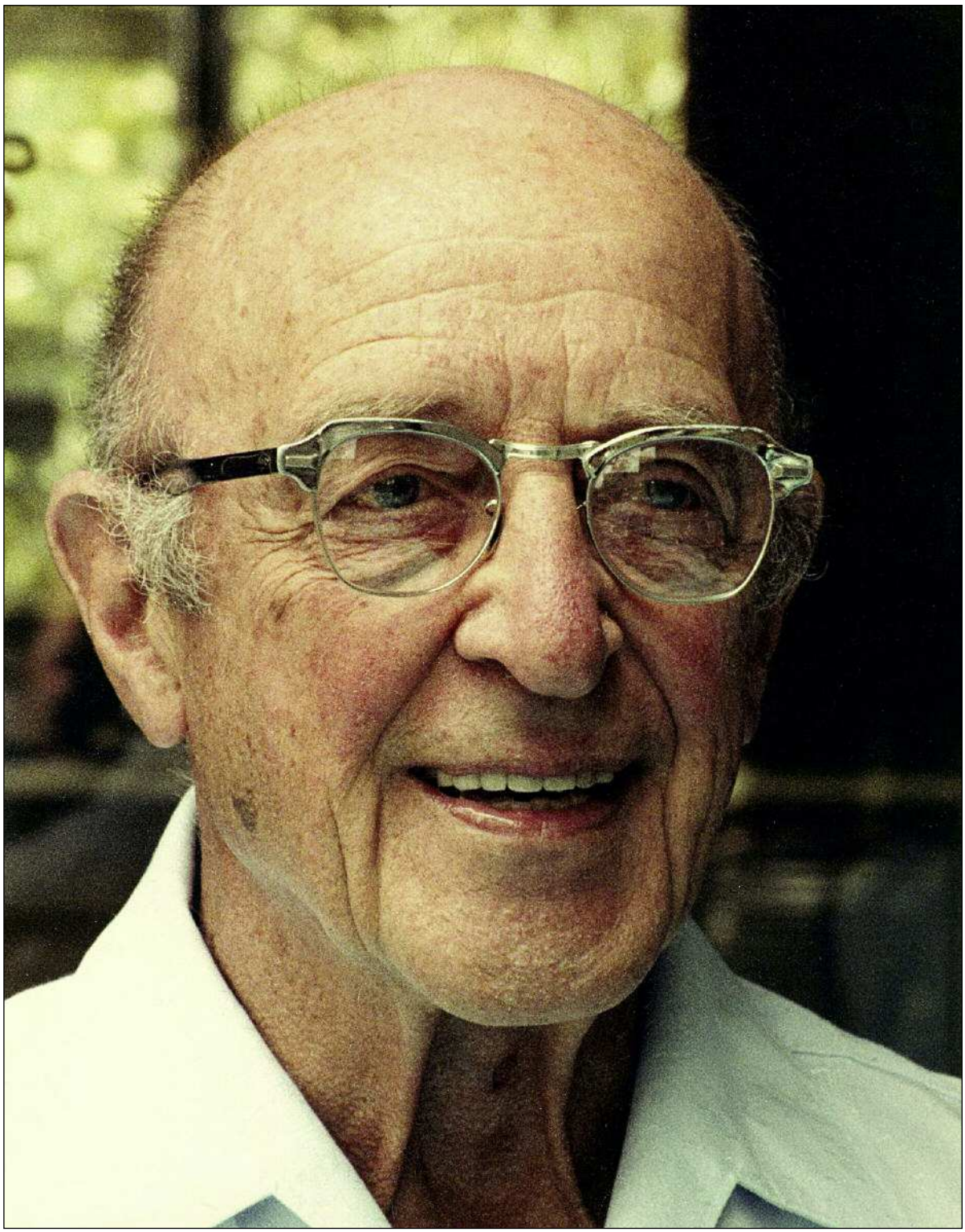


Foto: Douglas Land, zur Verfügung gestellt von Natalie Rogers

Carl R. Rogers (1902–1987)

Carl Ransom Rogers

8. Jänner 1902: Geboren als viertes von sechs Kindern in Oak Park, einem Vorort von Chicago; aufgewachsen in einem fundamental protestantischem Elternhaus;
1914: Übersiedlung seiner Familie auf eine Farm bei Wheaton (ca. 30 km von Chicago); dort weitgehend isoliert von Gleichaltrigen (Nährboden für sein lebenslanges Interesse an einem von Nähe, Verständnis und Austausch geprägten Beziehungsklima);
1919: Beginn des Studiums der Agrarwissenschaften an der Universität von Wisconsin;
1922: fünfmonatige Reise nach China, zu einem Welttreffen christlicher Studenten (Einfluss hin zu Weltoffenheit, Wandel in seiner theologischen Ausrichtung hin zu einer liberaleren Einstellung);
1924: Heirat mit Helen Elliott, einer künstlerisch veranlagten Studienkollegin, mit der er bis zu ihrem Tode verheiratet war;
1924–26: Studium der Theologie am progressiven „Union Theological Seminary" in New York, mit dem Ziel, Geistlicher zu werden; allmähliche Abkehr von der Religion und Hinwendung zur Psychologie, die seiner Tendenz, sich keinem Denksystem unterzuordnen, besser entsprach;
1926–31: Studium der Klinischen und Erziehungspsychologie am naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Teachers College der Columbia University;
1927–28: praktische Erfahrungen am psychodynamisch orientierten „Institute of Child Guidance";
1926: Geburt des Sohnes David;
1928: Geburt der Tochter Natalie;
1928-39: Arbeit an Erziehungsberatungsstelle in Rochester, New York; hier auch mit psychoanalytischen und den Auffassungen von Otto Rank konfrontiert; 1938–39: dortselbst Leitung der „Child Guidance Clinic";
1939: Publikation seines ersten Buches („Clinical treatment of the problem child"), in dem erste Anklänge seines Ansatzes erkennbar sind;
1940-44: Professur am Psychologischen Institut der Ohio State University in Columbus; Psychotherapieforschung, u. a. zum ersten Mal mit Hilfe von Schallplattenaufnahmen von therapeutischen Interviews;
1940: Rede („Some newer concepts of psychotherapy") an der Universität von Minnesota, die als Geburtsstunde des Klientenzentrierten Ansatzes betrachtet wird;
1942: erstes „klientenzentriertes" Buch („Counseling and psychotherapy") über den von ihm praktizierten Ansatz in Beratung und Psychotherapie, das auch das erste komplett abgedruckte Transkript des Verlaufs einer Psychotherapie enthält;
1944: Arbeit mit Kriegsheimkehrern im Rahmen der „United Service Organization" (USO);
1945–57: Professur an der Universität von Chicago und Leitung des „Counseling Center"; allmähliche Entwicklung vom non-direktiven zum Klientenzentrierten Ansatz: in dieser Phase ausgedehnte Forschungstätigkeit zur Psychotherapie; dies verleiht ihm den Ruf eines Pioniers der Psychotherapieforschung;
1946–47: Präsident der „American Psychological Association" (APA);
1948-49: persönliche Krise im Anschluss an missglückte Therapie mit einer Klientin; danach Eigentherapie bei Ollie Bown, Kollege am „Counseling Center";
1951: Veröffentlichung seines Buches „Client-centered therapy";
1956: Zuerkennung des Wissenschaftspreises durch die „American Psychological Association";
1956–58: Präsident der „American Academy of Psychotherapists";
ab 1956: zahlreiche Dialoge, u. a. mit Skinner (1956, 1960 und 1962), Buber (1957), Tillich (1965), Polanyi (1966) und Bateson (1975);
1957: Formulierung von drei notwendigen und hinreichenden therapeutischen Grundhaltungen;
1957–63: Professur an der Universität von Wisconsin; Arbeit und intensives Forschungsprojekt mit schizophrenen Personen am „Mendota State Hospital"; zunehmende Betonung der Kongruenz und Transparenz des/r Psychotherapeuten/in, der therapeutischen Beziehung und – auch unter dem Einfluss von Eugene Gendlin – einer Erlebnisorientierung in der therapeutischen Arbeit („Experiencing");
1961: Publikation von „On becoming a person";
1964: Übersiedlung nach La Jolla, einem Vorort von San Diego (Kalifornien), und Arbeit am „Western Behavioral Sciences Institute"; Beratungstätigkeit für das „California Institute of Technology"; Rückzug aus der klinischen Arbeit und stärkeres Interesse an philosophischen und gesellschaftpolitischen Fragen;
1964: Gespräch mit Gloria (die auch von Fritz Perls bzw. von Albert Ellis interviewt wird);
ab 1967: Veröffentlichung einer Reihe von weiteren Büchern, u. a. „Freedom to learn", „On encounter groups", „On personal power" und „A way of being";
1968: Gründung des „Center for Studies of the Person", intensive Arbeit mit Encountergruppen;
1972: „Distinguished Professional Contribution Award" der APA;
ca. ab 1975: Ausdehnung des Ansatzes auf andere Bereiche (z. B. Politik, Friedensarbeit, Wirtschaft / Managementtraining, Bildung / Erziehung / Schule) und damit Erweiterung vom Klienten- zum Personzentrierten Ansatz; rege Tätigkeit als Leiter von (u. a. interkulturellen und interrassischen) (Groß-)Gruppen („Cross Culturals") in vielen Ländern der Welt, u. a. in Brasilien (1977), Nordirland (1978), Südafrika (1982 und 1986) und später im Rahmen seines Engagements für die Friedensarbeit auch in Russland (1986);
1979: Tod seiner Frau Helen; Rogers geht nach ihrem Tod neue Liebesbeziehungen ein; er pflegt für einen längeren Zeitraum gleichzeitig Beziehungen zu drei Frauen, die voneinander wissen;
1981–85: mehrfach Aufenthalte in Deutschland, der Schweiz und Österreich, u. a. am Rust-Workshop, das dem Dialog zentralamerikanischer Politiker diente („Central American Challenge");
Rogers wird für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen;
am 4. Februar 1987 stirbt er in La Jolla, Kalifornien.

zusammengestellt von Gerhard Stumm

Hans Peter Ratzinger und Elisabeth Zinschitz

Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte

Zusammenfassung: *Dieser Artikel gibt anlässlich des 100jährigen Geburtstages von Carl Rogers eine Übersicht über dessen Leben sowie eine Zusammenschau der existierenden biografischen Schriften. Beschrieben wird Carl Rogers anhand autobiografischer Texte sowie aus der von persönlichen Erfahrungen geprägten Sicht seiner Kinder. Ergänzt wird dies durch die biografischen Arbeiten von Howard Kirschenbaum, Brian Thorne, David Cohen und Norbert Groddeck, die ihre Darstellungen von Rogers' Lebengeschichte mit der Entwicklung der Theorie des Personzentrierten Ansatzes verknüpfen. Die vorliegende Darstellung geht auf die unterschiedlichen Schwerpunkte, die in diesen drei Annäherungen gesetzt werden, ein.*

Stichwörter: *Rogers-Biografie, Entstehung des Personzentrierten Ansatzes*

Résumé : ***Carl R. Rogers: vues de l'intérieur et vues de l'extérieur à la lumière de textes biographiques*** *– A l'occasion du 100e anniversaire de Carl Rogers, cet article donne une vue d'ensemble de sa vie ainsi qu'un compte-rendu des écrits biographiques existants. Carl Rogers y est décrit à la lumière de textes autobiographiques de même qu'à partir de la vision de ses enfants – vision marquée par leurs expériences personnelles. Ceci est complété par les travaux biographiques de Howard Kirschenbaum, Brian Thorne, David Cohen et Norbert Groddeck, qui font le lien entre leurs récits de l'histoire de la vie de Rogers et le développement de la théorie de l'approche centrée sur la personne. Le présent exposé met en lumière les différents accents dominants contenus dans ces trois approches de la biographie de Rogers.*

Mots clés : *biographie de Rogers, naissance de l'approche centrée sur la personne*

1. Autobiografische Notizen: Selbstdarstellung

1.1. Das Leben

Carl R. Rogers – die von ihm selbst veröffentlichten oder autorisierten Bilder zeigen den (medial breitenwirksamen) Psychotherapeuten, Forscher, Lehrer, Schulengründer. Seine erste therapeutische Kompetenz erwirbt er, nach mehrmaligem Wechsel der Studienrichtung (Agronomie, Theologie, Psychologie) im Zuge seines Psychologiestudiums an der New Yorker Columbia University, wobei vorausgehende Erfahrungen in der seelsorgerischen Betreuung von Familien als angehender Pastor und damit verbundene freiwillige Kurse am Teachers College die natürlich gewachsene Grundlage bilden. Beide Wechsel gehen für Rogers einher mit wichtigen Schritten der Emanzipation von seinen Eltern. Im Übergang zur Theologie setzt er sich ihnen gegenüber durch, indem er ein für seine liberale Haltung bekanntes College wählt – seine Eltern hatten ein konservatives dringend empfohlen – und in der Wendung zur Psychologie, indem er die Theologie aufgibt, um in der Psychologie „einen Arbeitsbereich (zu) finden, der mir die Freiheit der Gedanken beließ" (Rogers 1961/1973, 24). Ohne sich groß zu entscheiden, folgt er den Tätigkeiten, die ihn interessieren: Erste Aufgaben in der Erziehungsberatung als Assistent am Institute for Child Guidance in der direkten Arbeit mit Kindern sind durch eine Atmosphäre des Improvisierens und des Ordnung-ins-Chaos-Bringens geprägt: „... das hieß jedoch, daß man machen konnte, was man wollte" (ebd., 25). Diese Freiheit und die Hinwendung zur direkten Arbeit mit Menschen scheinen einen prägenden Eindruck zu hinterlassen. Spürbar in den Selbstdarstellungen wird, welchen Auftrieb das Verlassen des „rigoros naturwissenschaftlichen, kalt-objektiven, statistischen Standpunkt(es)" zugunsten der „dynamischen Ansichten des Kollegiums ... über Freud" (ebd.) am Institute for Child Guidance dem Leben Rogers' gibt.

Einem dezidierten Karriereplan scheint der junge Rogers nicht zu folgen: „Ich glaube, ich habe immer das Gefühl gehabt, wenn man mir Gelegenheit gibt, die Arbeit zu tun, die ich tun will, ergibt sich alles andere irgendwie von selbst" (ebd., 25f). Es zeigt sich, dass ein starkes Wollen hinter seinem Tun steht. Hier zeichnet sich wohl eine der Stärken Rogers' ab, nämlich auch unter widrigen Bedingungen auf dem gewählten Weg zu bleiben und dem eigenen Gestaltungswillen mit einer – im positiven Sinn des Wortes – enormen Sturheit zum Durchbruch zu verhelfen: „Bei der einfachen

Beschreibung dieser Erfahrungen erkenne ich, wie stur ich meinem eigenen Kurs gefolgt bin, relativ unbesorgt darüber, ob ich mit meinen jeweiligen Kollegen zurechtkam oder nicht" (ebd., 28).

Erfahrungen des Scheiterns in der Anwendung übernommener Lehrmeinungen und Misserfolge in der Behandlung von Kindern überzeugen Rogers von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der eigenen Erfahrung unbedingt zu trauen. Diese Selbst-Erfahrungen will Rogers nicht nur als in ihm selbst wirkmächtig anerkennen, sondern auch in seinen KlientInnen[1] (damals noch Patienten und Probanden) suchen und darauf vertrauen, dass sie dort ebenso gestaltend zur Geltung kommen wie in ihm selbst.

Ein Vorfall mit der Mutter eines seiner jugendlichen Schützlinge, „war einer von mehreren, die mir zu der Erfahrung verhalfen – erst später erkannte ich sie völlig –, daß der Klient derjenige ist, der weiß, wo der Schuh drückt, welche Richtungen einzuschlagen, welche Probleme entscheidend, welche Erfahrungen tief begraben gewesen sind" (ebd., 27f). Eine deutliche Abkehr von der Anwendung reinen Expertenwissens gegenüber einem hilflosen Ratsuchenden ist die logische Folge. Damit beginnt auch die Einleitung eines neuen Paradigmas in der Psychologie respektive Psychotherapie: In der Unterrichtung von graduierten Studenten „wurde mir klar, daß ich, aus der eigenen Erfahrung heraus, vielleicht so etwas wie einen ausgeprägten eigenen Standpunkt entwickelt hatte. Als ich daranging, einige dieser Ideen klar zusammenzufassen, und sie in einem Aufsatz an der Universität von Minnesota im Dezember 1940 darlegte, erhielt ich sehr starke Reaktionen. Ich machte zum ersten Mal die Erfahrung, daß eine neue Idee von mir, die mir so voll glänzender und vielversprechender Möglichkeiten zu stecken schien, für einen anderen Menschen eine große Bedrohung darstellen kann" (ebd., 29).

Neben der immer stärker Kontur annehmenden Idee, dass der Beziehung zwischen Behandelndem und Klient eine besondere Bedeutung zukommt („nicht-direktive Beratung"), erkennt Rogers in der wissenschaftlichen Forschung für sich ein wichtiges Instrument, um die Fülle seiner und der von seinen Mitarbeitern gemachten Beobachtungen in ein ordnendes Schema zu kleiden und um überprüfen zu können, ob er im subjektiven Vertrauen in seine Wahrnehmung nicht Gefahr läuft, den eigenen Trugbildern aufzusitzen. Aus den (therapeutischen) Beziehungen zu einer Vielzahl an Personen leitet Rogers Lernerfahrungen ab, die er immer auch als Lehrender anderen zugänglich macht. Dabei sieht er sich als jemand, der anderen die Gelegenheit bietet, sich in persönlicher Weise mitzuteilen, sich persönlich, mit seinen Gefühlen ins (Unterrichts-)Geschehen einzubringen. Das führt unter anderem zu einer Menge auch frustrierender Erfahrungen, wie Rogers gelegentlich andeutet. Aber: *„Erfahrung ist für mich die höchste Autorität.* Der Prüfstein für Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung. ... Ich muß immer wieder zur Erfahrung zurückkehren, um der Wahrheit, wie sie sich mir als Prozess des Werdens darstellt, ein Stück näher zu kommen" (Rogers 1961/1973, 39). Möglicherweise liegt hier aber ein Hinweis auf ein weiteres Talent von Carl Rogers, nämlich widersprüchliche Erfahrungen auszuklammern und sich auf jene Phänomene zu konzentrieren, die der Untermauerung seiner Vorannahmen und theoretischen Entwürfe dienen. Hier fühlt man sich an den immer wieder erhobenen Einwand erinnert, der Personzentrierte Ansatz blende die Erfahrung von Aggression, Gewalt und Destruktivität als soziale Phänomene aus bzw. wisse diese nicht in sein Menschenbild mit der Betonung auf Wachstumsorientierung zu integrieren. Bei seiner Tochter Natalie finden sich denn auch Hinweise darauf, dass Rogers sich der eigenen Schwierigkeit, seinen Ärger wahrzunehmen, bewusst war (siehe unten).

Rogers veröffentlicht die Darstellungen über sich selbst meist zuerst als Vortrag anlässlich einer Ehrung seiner Person oder einer Würdigung seiner Verdienste. Erst später erscheinen diese persönlich gehaltenen Einblicke in Form von Artikeln oder Buchkapiteln. Er folgt dabei natürlich den von ihm vorausgesehenen Erwartungen seines jeweiligen Publikums und präsentiert sich dementsprechend als Therapeut, (Hochschul-)Lehrer, Forscher und Schulengründer. Unter all diesen Lebensaspekten begegnet dem Leser bzw. Zuhörer ein Mensch, der von sich sagt, dass er sich auf sein Gegenüber einlässt und mit seiner persönlichen Erfahrung, seinem Intellekt, seiner Neugier, seinem Wissensdurst, seinem Humor etc. als Person gegenübertritt.

1.2. Die Ehe

Eine Empfindung des Erstaunens stellt sich ein, beim Wiederlesen einer Passage von Carl Rogers über sich selbst als Partner, Mann und Liebhaber. Insbesonders über den recht offenen Ton bezüglich eigener Erfahrungen als männliches, sexuelles Wesen. Seine Schüchternheit, Unerfahrenheit und Unwissenheit in sexuellen Belangen hindern ihn nicht daran, sich, sobald sich eine Möglichkeit bietet, den eigenen und fremden Fragen zum Thema Partnerschaft und Sexualität zu stellen. Ihm hatte gedämmert, dass die eigene sexuelle Zufriedenheit sich nicht automatisch in seiner Frau widerspiegeln musste. Also nahm er als Proband an einem Forschungsprojekt zu diesem Thema teil: „Ich erkannte, daß ich überhaupt nicht wußte, ob meine Frau jemals einen Orgasmus erlebt hatte. ... Aber das Wichtigste, was ich lernte, war, daß man über die Dinge in seinem Privatleben, über die man glaubt, unmöglich reden zu können, dennoch reden kann, und zwar frei und ungezwungen" (Rogers 1982, 29). Andere Probleme im Zusammenleben mit seiner Frau Helen deutet er zwar an, will sie aber nicht veröffentlicht wissen. Hier beschränkt er sich auf die Erwähnung von Zeiten großer Nähe

1 Die Autorin und der Autor dieses Artikels fühlen sich einer Schreibweise verpflichtet, die beide Geschlechter als eigenberechtigt anerkennt. Bei der Bezugnahme auf Originaltexte orientieren wir uns an der dort verwendeten Schreibweise.

und ebensolcher Distanz. Als problematisch für ein gemeinsames Leben erachtet er, seine eigene Neigung, seine Frau in halb öffentlichen Situationen herabsetzend zu behandeln, womöglich eine Folge seiner zeitweilig empfundenen Scham für sie, „weil sie in allgemeinen wie akademischen Dingen so wenig zu wissen schien" (ebd., 27). Differente Auffassungen darüber, ob es in einer Ehe ein Besitzen-Wollen geben könne und ob auch außerhalb der eigenen Beziehung Nähe und Intimität erfahren werden können, hielten nach Rogers' Meinung eine – nicht zu jeder Zeit angenehme – Spannung zwischen Helen und ihm aufrecht.

Wiederum ist hier auf den Kontext dieser Selbstaussagen zu verweisen. Sie finden sich in einem Buch über die unterschiedlichen Zugänge zu gelebter/lebbarer Partnerschaft. Rogers bietet eine subjektive Auswahl seiner persönlichen Erfahrungen an, dergestalt – man darf davon ausgehen –, dass sie mit seinem eigenen Selbstkonzept in Einklang stehen. Dass diese Selbstzeugnisse auch anders ausgelegt werden können, lesen wir bei Cohen (1997) (siehe unten).

1.3. Das Altern

An Rogers' Selbstbeschreibungen im Alter fällt auf, dass sie in einem leicht veränderten Grundton gehalten sind, der als beinahe schwärmerisch, ja euphorisch zu bezeichnen ist (Rogers 1980/1981). Dabei führt er weniger detailliert geschilderte Einzelerfahrungen als Belege seiner Aussagen an. Eher lässt sich ein erzählerischer Duktus festmachen. Rogers ist zu dieser Zeit längst aus dem Universitätsbetrieb ausgestiegen und folgerichtig nicht mehr einer streng wissenschaftlichen Denk- und Ausdrucksweise verpflichtet. Ebenso interessieren ihn nun auch Themen, mit denen sich auf akademisch-psychologischem Boden keine Meriten verdienen lassen: mysteriöse Phänomene wie Paragnosien, Gedankenübertragung, Hellsehen, außerkörperliche Erfahrungen, Leben nach dem Tod etc. (ebd., 49).

Zwar spürt er deutlich ein Nachlassen seiner körperlichen Kräfte, aber gleichzeitig ein starkes Interesse an Neuem: „Es langweilt mich, wenn ich mich immer wieder dasselbe sagen höre. Es ist lebensnotwendig für mich, Neues auszuprobieren" (ebd., 44). Er schildert sich als sexuell lebendig, aktiv, eingebettet in eine Vielzahl Sicherheit gebender Beziehungen und risikofreudig. Er folgt vielen Einladungen ins Ausland und arbeitet an dort stattfindenden oder entstehenden Projekten mit. Es ist die Zeit der Encounter-(Groß)Gruppen. Rogers publiziert viel in dieser Zeit und zieht eine ungeheure Befriedigung aus dieser Tätigkeit: „Es reizt mich, die Implikationen meiner eigenen Ideen ... zu untersuchen und zu verfolgen. Es gefällt mir, den Weiterungen eines Gedankens logisch nachzuspüren. Ich bin tief in der Welt der Gefühle, der Intuition, der nonverbalen wie auch der verbalen Kommunikation verstrickt, aber ich denke auch gern über diese Welt nach und schreibe darüber" (ebd., 46). Dabei anerkennt er auch den kleinen, unsicheren Buben in sich, der seine Unsicherheiten in der zwischenmenschlichen Kommunikation durch einen gewandten schriftlichen Ausdruck zu kompensieren versteht.

Rogers beschreibt auch, dass er gelernt hat, besser für sich selbst zu sorgen, dass ihm der freie Ausdruck seiner Gefühle zunehmend besser gelingt und er sich seiner selbst erfreuen kann: „Ich mag mich" (ebd., 47). Und er vergisst dabei auch nicht zu erwähnen, dass ihn die Zeit der Krankheit seiner Frau fast zusammenbrechen lassen hat: „Ich erkannte, daß ich, um zu überleben, *mein* Leben leben mußte und daß dies an erster Stelle zu kommen hatte, obwohl Helen so schwer krank war" (ebd., 48).

Sein Erleben hat sich verdichtet, Berührtsein löst tiefere Reaktionen aus und die Gefühle schwanken stärker als früher. Er ist in der Lage, ein größeres Ausmaß an Intimität zuzulassen, und erlebt sich sinnlicher. Hier folgt das vorsichtige Bekennen, dass Psychotherapie dem/r Therapeuten/in die Erfahrung von Intimität bietet, ohne zuviel von der eigenen Person zu riskieren. Rogers verweist hier auf seine persönliche Grenze, nicht die des Ansatzes, den er vertritt. Psychotherapie im Rogers'schen Sinne bietet dem/r Klientin eine Bühne auf der Ebene der Beziehung, aber es ist seine/ihre Bühne. Kongruenz ist eine notwendige Bedingung, um dem/r Klienten/in das eigene Erleben des/r Therapeuten/in zur Verfügung stellen zu können, aber es geht ganz um die Selbst-Erfahrungen des/r Klienten/in.

Die neu gewonnene Intimität ereignet sich nicht nur als sexuelle Erfahrung, sondern als Freiheit des Ausdrucks „jedes Aspektes meines Selbst" gegenüber seinen Mitmenschen. Wie so viele Erfahrungen im Leben Rogers' geht auch diese umgehend reflektiert in alle Beziehungen ein: „Einen Menschen so zu mögen, wie er ist, und auf meine Erwartungen, wie ich ihn haben möchte, oder wie er für mich sein sollte, zu verzichten, meinen Wunsch aufzugeben, diesen Menschen nach meinen Bedürfnissen zu ändern, dies ist ein überaus schwieriger, aber gewinnbringender Weg zu einer befriedigenden intimen Beziehung" (ebd., 51).

Die Erfahrung des Sterbens seiner Frau Helen verändert die Einstellung Rogers' zum Tod radikal. Sein Gefühl der absoluten Endlichkeit des Seins wandelt sich in die Ahnung von einem Danach: „Ich halte es jetzt für möglich, daß jeder von uns ein die Zeiten überdauerndes Geistwesen ist, das in einem menschlichen Körper zu Fleisch geworden ist" (ebd., 57). Tatsächlich verlief Rogers eigener Tod zumindest dem äußeren Anschein nach seinem Wunsch entsprechend, nämlich „schnell zu sterben, bevor es zu spät ist, mit Würde aus der Welt zu scheiden" (ebd., 54). Seine Ängste vor Krankheit, Senilität und Hinfälligkeit sind nicht wahr geworden.

Im Folgenden verlagern wir den Blick nach außen, darauf, wie Personen aus seinem engeren Umfeld und seine Biografen mit unterschiedlichen Interessen und unterschiedlichem Erfolg versuchen, ihre Sicht von und auf Carl Rogers zu erhellen.

2. Vignetten aus der Familie

2.1. David Rogers

In den Äußerungen von David Rogers über seinen Vater fällt eine gewisse Schmallippigkeit auf. Er betont, dass er sich der Zuneigung seines Vaters gewiss sein konnte und dass er diese Sicherheit als großes Geschenk betrachte, aber diese Sicherheit erreicht den Leser nicht. Seine Mutter steht für Heiterkeit, Unternehmungslust und das Künstlerische, der Vater steht für den jungen David für „doing things", für Handwerken und die Versorgung des kleinen Bastlers mit den Werkzeugen Erwachsener, nicht für Gespräche, wie er sich erinnert. Gemeinsame Unternehmungen im Freien, gemeinsames Erledigen von Aufgaben im Haushalt: ja; gemeinsame Gespräche: nein. Am ehesten klingt in seinen Erinnerungen so etwas wie Wehmut an und die Erinnerung an ein Gefühl der Scham, wenn ihm die Väter seiner Mitschüler herzlicher in der Begegnung, besser gekleidet und erfahrener in der Leitung großer Unternehmungen vorkamen, wohingegen der eigene Vater scheu und wortkarg auftrat.

Dass die Kongruenz seines Vaters, die positive unbedingte Wertschätzung sich auch auf David und seine Schwester Natalie erstreckte, kann deutlicher ihren Schilderungen entnommen werden. David affirmiert: „I don't believe I'm romanticizing this" (D. Rogers 1995, 277). Es liegt die Vermutung nahe, dass sich das Verhältnis zwischen Vater und Sohn mit steigendem Alter intensiviert hat: So zählt Carl Rogers in seinen späten Jahren seine Kinder mit zu seinen besten Freunden (z.B. Rogers 1987/1989, 56).

2.2. Natalie Rogers

Natalie Rogers ist als Tochter ihres berühmten Vaters oft eingeladen, über ihn zu sprechen. Zu solchen Gelegenheiten vergisst sie nicht zu erwähnen, dass ihre Mutter deutlich mehr zu ihrem Persönlichkeitsbildungsprozess beigetragen hat als ihr Vater. Vor allem ihre kreativen Entfaltung habe sie zum Großteil ihrer Mutter zu verdanken. Aber Carl war definitiv eine der wichtigsten Personen in ihrem Leben: „However, I am embarrassed to say that I often thought of him as naïve and frequently dense when it came to understanding interpersonal relationships" (N. Rogers 1995, 177). „Häufig beschränkt im Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen" ist nicht das, wofür der Name Rogers gemeinhin steht. Allein, die Tochter vermag sicherlich einen Eindruck zu vermitteln, wie die alltäglich gelebte Praxis im Hause Rogers sich angefühlt haben mag. Insofern ist ihr jedenfalls Glaubwürdigkeit zuzubilligen. Später wandelt sich ihre Sichtweise in Richtung „nicht eingeengt, nur unkommunikativ." Rogers zeigte oft keine Bereitschaft oder Fähigkeit seine Gedanken oder Gefühle im Augenblick auszudrücken. Aber er war auch als Vater und Freund ein außergewöhnlich guter Zuhörer, was Natalie als hilfreich beim Fällen persönlicher Entscheidungen empfindet. Viele von Carls speziellen Fähigkeiten wurden schon im Kindes- und Jugendalter an Natalie weitergereicht. Fast erstaunt stellt sie bei der bewussten Auseinandersetzung mit seinen Ideen im Zuge ihrer eigenen psychologischen Ausbildung fest, wie viel von seiner Philosophie sie bereits „absorbiert" hatte.

Laut Natalie war Carl immer der erste, der eingestand, kein sehr guter Vater gewesen zu sein, als die Kinder klein waren. Und doch gibt es Erinnerungen an einen Gutenachtgeschichten-erzählenden, freundlichen und liebenswürdigen Vater. Wenn er strafen sollte, bedeutete dies ohne Abendessen ins Bett oder auch einmal einen „nicht zu festen Klaps". Möglichen Fantasien, bei Rogers hätte es einen personen-/klientenzentrierten Haushalt gegeben, erteilt Natalie Rogers eine deutliche Abfuhr. Die Eltern waren eindeutig zu respektierende Autorität: „Rules were rules and 'No' meant no. We were to „Do as you are told, with no monkey business!" (ebd., 188).

Aus Natalie Rogers' Sicht wurden die Kinder ermutigt und unterstützt, Führungsaufgaben in der Schule zu übernehmen und sich nach ethischen Grundsätzen zu verhalten. Die großelterliche protestantische Pflichtethik wird ersetzt durch das Edikt, produktiv zu sein und einen positiven Einfluss auf die Welt auszuüben. An ein Gefühl der Nähe zu ihrem Vater kann sich Natalie Rogers bis zu einem Alter von 13 Jahren nicht erinnern, ab da sieht sie ihn eher als ihren Vertrauten. Und langsam dämmert ihr die Bedeutung des sich verbreitenden Rufes ihres Vaters.

Obwohl Natalie als Psychologin den Weg ihres berühmten Vaters einschlägt, geht sie in ihrer fachlichen Ausrichtung mit der Entwicklung der Expressive Arts Therapy einen eigenständigen Weg. In die Gedankenwelt des Personzentrierten Ansatzes wächst sie im wahrsten Sinne des Wortes hinein. Carl und Helen Rogers bitten oft graduierte Studenten zu sich nach Hause zum Sonntagmittagstisch – eine Gelegenheit, sich persönlich kennen zu lernen und den fachlichen Austausch in ungezwungener Atmosphäre zu pflegen. Natalie ist als Zuhörerin dabei und erfährt quasi nebenbei und doch mittendrin den nicht-direktiven Ansatz. Und nach und nach wird sie von den durchwegs älteren Studenten/innen als „natural therapist" gesehen: „The empathic, honest, and caring qualities were not difficult for me since I had learned them by osmosis at home" (ebd., 189).

Tiefen Eindruck hinterlässt bei ihr Virginia Axline, zu jener Zeit tätig am Counseling Center der Universität von Chicago, das von Natalies Vater geleitet wird. Sie entwickelt gerade einen speziellen Zugang zur Arbeit mit Kindern, die klientenzentrierte Spieltherapie. Ihre ersten praktischen Erfahrungen als Psychologiestudentin sollten Natalie Rogers genau in dieses Arbeitsgebiet führen. In ihrer Doktorarbeit versucht sie Spieltherapie und Creative Arts Experience miteinander zu verbinden.

In den später regelmäßig stattfindenden Projekten mit ihrem Vater schätzt Natalie nicht nur die Qualitäten ihres Vaters, sondern hadert auch mit seinen Eigenheiten: „The inability to be aware of his own anger (which he admitted) and deal with it in our team frustrated many of us" (ebd., 201). Auch ist es nicht leicht für Natalie ihre

eigene Identität zu entwickeln, während sie neben ihrem Vater arbeitet. Sie erlebt Carl Rogers in der Führungsrolle in Teams ungemein passiv. Ohne direktiv zu sein, hat er seine sehr subtilen Methoden, Autorität auszuüben, wovon die folgende klar zu den liebenswürdigeren zählt: Faculty-Treffen werden niemals formal beendet, aber es ist klar, dass ein Treffen vorbei ist, wenn Carl Rogers die Schuhe anzieht.

Großen Unmut auf Seiten Natalies hinterlässt, dass es ihr nie gelingt, eine verbale Anerkennung ihres Vaters für ihre berufliche Arbeit zu erhalten. Als sie ihn direkt damit konfrontiert, zieht er sich mit „I'm not very good at that" eher unelegant aus der Affäre. Allerdings versteht Natalie auch die averbalen Signale zu deuten. Als sie ihr Person-Centered Expressive Therapy Institute startet, arbeitet Vater Rogers auf Einladung gerne im Staff mit und zeigt großes Interesse und Faszination.

Wiewohl schwankend zwischen Wertschätzung für den freundlichen und fürsorglichen Vater und Verärgerung über dessen Unzulänglichkeiten gibt Natalie Rogers einer tiefen Befriedigung darüber Ausdruck, dass sie am Ende gut ausgesöhnt mit beiden Elternteilen an deren Sterbeprozess und Abschied teilhaben darf. Dies eröffnet ihr einen neuen Zugang zum Thema Tod und Sterben.

3. Lebensgeschichte – erzählt von Personen, die in der Tradition des PCA stehen[2]

3.1. Howard Kirschenbaum: On Becoming Carl Rogers

Kirschenbaums Biografie dürfte den von Carl Rogers selbst erzählten Geschichten am Nächsten sein. Sie wurde von Rogers gelesen und freigegeben. Veröffentlicht wurde sie, als Rogers 77 Jahre alt war, und acht Jahre nach Rogers' Tod wurde sie erweitert[3]. Sie beginnt mit einer Einleitung, in der Kirschenbaum Rogers als einen Helden bezeichnet, vergleichbar mit jenen vielseitigen Helden aus fiktiven Geschichten, von denen Rogers sich als Kind so faszinieren lassen konnte. Rogers habe sich im Laufe seines Lebens ebenfalls auf vielerlei Abenteuer eingelassen, und Kirschenbaums Anliegen ist es, einen Überblick über diese Vielseitigkeit zu geben. Er schreibt eindeutig aus der Position eines Anhängers und Bewunderers, dessen Anliegen, so wie er angibt, es ist, mit dieser Biografie die Verbreitung des Ansatzes zu unterstützen. In seinem Bemühen „to give a balanced picture" (Kirschenbaum 1979, xvi) gibt Kirschenbaum ein differenziertes Bild von Carl Rogers wieder, wobei die Betonung doch deutlich auf einer sehr positiven und bisweilen liebevollen Darstellung von Carl Rogers' Entwicklung liegt. Sie ist die detaillierteste aller Rogers-Biografien, gespickt mit Auszügen aus Tagebüchern und Briefen. Kirschenbaum hatte Rogers selbst zur Befragung zur Hand und hat außerdem viele andere Menschen interviewt, darunter Rogers' Frau, Geschwister und Kinder, aber auch LehrerInnen und StudentInnen.

Carl Rogers wird als ein kränkliches, aber sehr sensibles und intelligentes Kind dargestellt, das unter den innerfamiliären Neckereien sehr leidet. Insbesondere sein Mangel an sozialen Kontakten und die liebevoll strenge Religiosität und Moral seiner Eltern werden als persönlichkeitsbildende Faktoren hervorgehoben. Carl wächst auf in einer von protestantischer Pflichtethik geprägten Atmosphäre, getragen von der Diskrepanz, zu den Auserwählten zu gehören und ein sündiger und nichtswürdiger Mensch zu sein. Außerdem lernt er nachdrücklich, dass „bad feelings" aus der Familie draußengehalten werden müssen. Als Vater vermittelt er dies auch seinen Kindern.

Ein wesentliches Moment seines Ablösungsprozesses von der Familie stellt die Reise nach China dar. Die Loslösung erfolgt über eine Änderung seines religiösen Denkens. Die große Distanz und das dadurch verlangsamte Tempo, in dem seine diesbezüglichen Briefe seine Eltern erreichen, erleichtert ihm die Verselbständigung, da der Widerspruch erst dann eintrifft, nachdem sich seine Überlegungen bereits gefestigt haben.

Sein wachsendes Interesse für Agrikultur und Biologie gilt als Vorläufer seiner späteren wissenschaftlichen Entwicklung und seines Denkens. Viele seiner Denkmodelle sind der Biologie entlehnt. In seiner Karriere als Psychologe ist er von zwei verschiedenen Kräften beeinflusst: Neben dem zunehmenden Wunsch und Bemühen, den Menschen von innen her zu verstehen, besteht die Überzeugung, ihn anhand objektiver Testverfahren auch von außen her erklärend abbilden zu können. Es erscheint ihm stets wichtig, seine theoretischen Überlegungen durch gesicherte Forschungsergebnisse zu stützen.

Carl Rogers wird als jemand beschrieben, der nicht von einem großen Vorbild lernt, sondern in Hinblick auf Erwerb von Wissen in erster Linie seiner eigenen Erfahrung vertraut. Andererseits meint Kirschenbaum, Rogers' Formulierung des Personzentrierten Ansatzes sei nicht als ein neu erdachtes Konzept zu sehen, sondern als ein gelungener und radikaler Versuch, bereits existierende moderne Konzepte in ein organisiertes System einzubauen: „I would suggest that Rogers' contribution lay not in his uniqueness, but in his extreme and systematic approach to therapy. In effect he took many of the newer concepts and practices in therapy and built them into an organized system which was more extreme than any of his recent predecessors or contemporaries" (ebd., 124).

In seiner minutiösen Beschreibung von Rogers' Arbeitsjahren und der einhergehenden Entwicklung seines Denkens bringt Kirschenbaum eine Dichte an Details, die dem Leser den Eindruck ver-

2 Der Vollständigkeit halber sei hier noch die Habilitationsschrift von Reinhold Stipsits erwähnt, die 1999 unter dem Titel „Gegenlicht – Studien zum Werk von Carl R. Rogers" erschien und in der sich zahlreiche biografische Anmerkungen finden. Diese hier zu besprechen würde über den Rahmen des Artikels hinausgehen.

3 Für die Verfassung dieses Artikels lag lediglich die nicht erweiterte Fassung sowie die stark verdichtete Version der Gesamtarbeit in Suhd (1995) vor.

mitteln, jeden Entwicklungsschritt unmittelbar mitverfolgen zu können. Die Darstellung der Jahre in Rochester und Chicago geben genau wieder, wie Rogers von einem Experten zu einem Zuhörer wurde. Dabei lässt er sich von den Gedanken anderer Leute wie Jessie Taft und Frederick Allen anregen, folgt aber immer seinem Vertrauen in die eigene Erfahrung. Die Auseinandersetzungen mit Skinner und Buber werden eingehend besprochen wie auch die von ihm betriebenen Forschungen und entwickelten Testverfahren. Außerdem zeigt die gesamte Biografie, wie Rogers mehr und mehr er selbst sein kann und parallel dazu seine Sicht der Bedeutung der Kongruenz für das Therapiegeschehen herausarbeitet. Die Person Rogers an sich wird bei Kirschenbaum nicht als einseitig akzeptierend und freundlich dargestellt. Es finden sich auch Widersprüchlichkeiten, wenn er etwa warm, umsorgend und gleichzeitig sehr willensstark und distanziert erlebt wird: „In my opinion the answer lies in another set of Rogers' characteristics that were frequently mentioned by his students, associates, and friends: a combination of great warmth, giving, and caring and also, paradoxically, an impression of distance and aloofness" (Kirschenbaum 1979, 186). Auszüge aus Briefen aus der Wisconsin-Zeit, die vom Konflikt zwischen ihm, Gendlin, Kiesler und Truax zeugen, zeigen ihn als jemanden, der dem Konflikt nicht aus dem Weg geht und der bisweilen sehr bissig sein kann (ebd., 286). Die Probleme, die Carl und Helen in einem späteren Zeitpunkt ihrer Ehe bekommen, als Helen sehr krank und abhängig wird und Carl sich sehr belastet fühlt, beschreibt Kirschenbaum im Detail, ohne darüber ein Urteil abzugeben (ebd., 416). Es ist dies eine Zeit, in der sich Rogers der politischen Bedeutung seiner Ideen bewusst wird und beginnt, tiefer in die gesellschaftspolitische Arbeit einzutauchen. Die Encounterbewegung bietet nicht nur dem Einzelnen die Gelegenheit, in der Gruppe das eigene Wachstumspotenzial zu erleben, sie stellt auch ein wirkungsvolles Mittel zur Annäherung verfeindeter Standpunkte gesellschaftlicher Subgruppen dar. Rogers, der das in dieser Arbeit liegende große Potenzial erkennt, leidet sehr unter der durch seine schwerkranke Frau eingeschränkten Bewegungsfreiheit. Dennoch bringt sein – nach dem Tod von Helen verstärkter – Einsatz in der selbstauferlegten Mission der Friedensarbeit dem international bekannten Rogers weitere Anerkennung: „The older he was and the more experience he had in facilitating communication and community among diverse groups, the more committed he became to reducing international and intergroup tensions and achieving world peace" (Kirschenbaum 1995, 79).

3.2. Brian Thorne: Carl Rogers

Einen knappen Abriss verfasst Brian Thorne, der sich auf eine kurze Darstellung der Eckdaten aus dem Leben Carl Rogers' beschränkt. Die wichtigen Lebensperioden und -stationen sind vermerkt und mit interpretierenden Anmerkungen versehen. Mit ihrer Aneinanderreihung bezieht er sich augenscheinlich auf seinen Vorgänger als Biografen, Howard Kirschenbaum. Die Biografie erscheint post mortem, im Jahr 1992. Weder scheint Thorne Rogers persönlich so gut gekannt, noch je Gelegenheit zu einem ausführlichen Interview gehabt zu haben wie Kirschenbaum. Sein Hauptaugenmerk liegt also folgerichtig auf einer Darlegung der theoretischen Implikationen Rogers' und seines Einflusses auf die gelebte therapeutische Praxis, nebst einer Diskussion der Kritiken und Einwendungen gegen Rogers' Ansatz. Dem gelernten Theologen Thorne liegt die spirituelle Dimension im Leben Rogers' am Herzen, da er auf die verwertbaren Hinweise und Äußerungen Rogers' an mehreren Stellen seiner Arbeit eingeht.

Rogers' Theoriegebäude wird in einer übersichtlichen Ganzheit vor dem Leser aufgebaut. Dabei tritt die phasenhafte Entwicklung und Vertiefung der theoretischen Überlegungen in den Hintergrund und es entsteht eher der Eindruck einer lehrbuchhaften Präsentation der personzentrierten Theorie. Diese allerdings umfasst alle wesentlichen Ideen aus Rogers' Denken, von der Autonomie und Ressourcenorientiertheit der Person über die Aktualisierungstendenz hin zur Idee der „fully functioning person", von den Bewertungsbedingungen, dem Selbstkonzept, zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung und der Beschreibung des therapeutischen Prozesses. Selbst die, vom späten Rogers angedachte, vierte Bedingung, zusätzlich zu den drei „core conditions" ist erwähnt. Rogers beschreibt sie mit dem Begriff Anwesenheit bzw. Präsenz: „When I am at my best, as a group facilitator or a therapist, I discover another characteristic. I find that when I am closest to my inner, intuitive self, when I am somehow in touch with the unknown in me, when perhaps, I am in a slightly altered state of consciousness in the relationship, then whatever I do seems to be full of healing. Then my simple *presence* is releasing and helpful" (Rogers 1986; zit. nach Thorne 1992, 40).

Bereits in seinem Theorieentwurf aus dem Jahr 1959 hat Rogers ein klar konstruktivistisches Wissenschaftsverständnis an den Tag gelegt. „There is no such thing as Scientific Knowledge, there are only individual perceptions of what appears to each person to be such knowledge" (Rogers 1959, 192; zit. nach Thorne 1992, 42). Thorne legt dar, dass ein derartiges Verständnis, mit dem Primat der persönlichen Erfahrung, verschiedene Implikationen mit sich bringt. Rogers ist darauf bedacht, seiner eigenen und der Erfahrung des Klienten möglichst offen gegenüber zu sein. Erfahrungsdaten bilden die Basis für das therapeutische Geschehen, so wie sie in die subjektive Welt von Klient und Therapeut einfließen, und dafür, wie es gelingt, vom je eigenen Bezugsrahmen her darüber in Interaktion zu treten. Die Theorie der Psychotherapie und der Persönlichkeitsveränderung versucht nun diese subjektiven Daten in ein ordnendes Schema zu bringen. Die Theorie versucht zu beschreiben, *was* passiert und *wie* es passiert, oder in anderen Worten, die Hypothesen über die Erfahrungen aus der therapeutischen Interaktion führen zu generellen Annahmen über die Natur der menschlichen

Persönlichkeit und des menschlichen Verhaltens. Rogers behauptet zu Beginn nicht, dass eine Aktualisierungstendenz in jedem von uns wirkt, sondern dass, wenn Klient und Therapeut in einer helfenden Beziehung der subjektiven Wahrnehmung und Erfahrung folgen, dem menschlichen Organismus eine aktualisierende Tendenz mit anderen Teilen der natürlichen Ordnung gemeinsam ist. Diese Tendenz komme freilich häufig nicht zum Tragen, weil die subjektive Erfahrung nicht anerkannt wird und statt dessen kritische und bewertende Äußerungen Bewertungsbedingungen herstellen, die den Selbstaktualisierungsprozess mit der Aktualisierungstendenz des gesamten Organismus in Konflikt bringen. Erfahrung ist „all that is going on within the envelope of the organism at any given moment which is potentially available to awareness" (Rogers 1959, 197; zit. nach Thorne 1992, 43). Genau diese Grundlegung der subjektiven Erfahrung ist Ziel vieler Kritikpunkte an Rogers' theoretischen Formulierungen.

Nach Thorne liegt ein Hauptverdienst von Rogers in Bezug auf die praktische Ausübung der Psychotherapie in der Öffnung der Therapiesitzung für die wissenschaftliche Beforschung. Die Einführung von Ton- und Videoaufzeichnungen in die private Situation der therapeutischen Beziehung bildet die Voraussetzung für unterschiedliche Untersuchungsdesigns zum Wohl der Klienten und Ausbildungskandidaten, wie Thorne meint: „Rogers believed that therapy was such an important activity that it required opening up to the closest scrutiny and that far from trading on secrecy and mystification it should be revealed in all its observable dimensions (Thorne 1992, 46).

Nicht zu gering schätzen sei aber auch die Pionierarbeit Rogers' auf der Ebene des Berufsfeldes der Psychotherapie. In vielen Kämpfen und Auseinandersetzungen mit dem Berufsstand der Psychiater eröffnet und verteidigt Rogers Zug um Zug Betätigungsfelder für sich selbst und viele Psychologen respektive Psychotherapeuten.

Rogers' Erfolge als Forscher werden bei Thorne zwiespältig wahrgenommen. Im Aufwerfen notwendiger und interessanter Fragestellungen, als Impulsgeber und unbeirrbaren Denker sieht er ihn mit großem Respekt. Den erzielten Forschungsergebnissen aus Rogers' Arbeiten steht Thorne reserviert gegenüber, was ihre Gültigkeit angeht. Unter Bezugnahme auf Levant und Shlien sowie Watson und wohl so etwas wie einen „common sense" in der scientific community gesteht er weder Rogers' Forschungsmethodik noch Ergebnisevaluation großes Gewicht zu (ebd., 75f), wie überhaupt sich die Erforschung des Klientenzentrierten Ansatzes in Überblicksstudien als „fehleranfällig" und „wenig überzeugend" erwiesen habe. Das führt sogar zu der Aussage: „Indeed, it would seem that, as yet, Rogers' own hypotheses as he originally formulated them, remain untested" (ebd., 77).

Dies ist nicht der einzige Punkt, in dem Thorne mit Kritiken an Rogers übereinstimmt. Buber konnte in seinem Dialog mit Rogers überzeugend darlegen, dass es sich bei der therapeutischen Beziehung um keine handelt, die auf voller Gegenseitigkeit basiert. Die Therapiebeziehung konstituiere immer ein Ungleichgewicht, das eine offene Begegnung von unabhängigen Personen im Sinne einer „Ich-Du Begegnung verunmögliche", denn „life-giving 'I–Thou' relationship is only possible when both frames of reference are experienced simultaneously" (ebd., 83). Aus dieser Blickrichtung entscheidet sich Thorne dafür, es mit Van Belle zu halten, der in der Kooperation des Therapeuten mit dem Klienten die wesentliche Aufgabe des Therapeuten sieht und „facilitation" (ebd., 85) als Etikettenschwindel betrachtet, der den Klienten einlädt oder – schlimmer noch – verführt, sich einseitig auf seinen Therapeuten zu verlassen oder sich mit ihm zu identifizieren. So könnte durch mangelnde Kongruenz ein Verhältnis entstehen, das im Glauben an den alles vermögenden Therapeuten verhaftet bleibt und nicht in die Selbst-Ermächtigung und Emanzipation des Klienten mündet (ebd., 70).

3.3. Norbert Groddeck: Carl Rogers – Wegbereiter der modernen Psychotherapie

Groddecks Biografie ist der erste in deutscher Sprache verfasste Überblick über Rogers' Leben. Sie beginnt, indem der sich wandelnde Zeitgeist in den Vereinigten Staaten zum Zeitpunkt von Rogers' Geburt beleuchtet wird.

Rogers' Eltern gründen ihre Familie, als soeben das Jahrhundert des Kindes ausgerufen ist. Das bedeutet eine radikale Wende im Erziehungsdenken: Die Erwachsenen sollen jetzt für die Kinder da sein, während vorher die Kinder sich dem Denken und den Ansprüchen der Eltern anpassen mussten. In einem angemessenen und guten pädagogischen Rahmen sollen Selbstbestimmung und Kreativität des Kindes gefördert werden. Natürlich ist das auch eine Zeit, in der der Kampf zwischen Erneuerern und Traditionalisten tobt. In diesem Spannungsfeld erziehen Julia und Walter Rogers ihre sechs Kinder. Ein weiterer bestimmender Faktor ist der Pioniergeist der Einwanderer, die aus Europa ausgewandert waren, um endlich ihr Leben frei und ohne viel Einmischung durch den Staat zu gestalten. Carl Rogers' Familienerbe ist ein „strenger missionarischer Protestantismus gepaart mit einem vom Überlebenskampf geprägten Pragmatismus" (Groddeck 2002, 22). Die Lebensausrichtung ist individualistisch, geprägt von Selbstverantwortung, in der wirtschaftlicher Erfolg und ein frommes, tugendhaftes Leben keinen Widerspruch darstellen. Groddeck bezeichnet Rogers' Familie als eine Wagenburg aus der Pionierzeit: „Man fühlte sich umzingelt von Feinden, Fremden und von religiösen Verlockungen und Versuchungen des Vorstadtlebens. Man musste zusammenhalten und jedermann in dieser ‚Pionierfamilie' musste sich anstrengen und aufpassen, dass die hohen Standards einer christlich-tugendhaften Lebensführung eingehalten werden konnten. Das bedeutete konkret: Viel Arbeit, keine Freizeit, kein Müßiggang, keine ‚Laster' und stets ein Vorbild für die anderen zu sein" (ebd., 23).

Wie bereits beschrieben, wird Carl als sehr sensibles und intelligentes Kind geschildert, das anders als seine Geschwister ist. Dieser Umstand und die Tatsache, dass ihm kein Umgang mit Kindern aus anderen Familien erlaubt ist, führt zu einer inneren Einsamkeit, die sehr wahrscheinlich dazu beigetragen hat, dass gerade solche zwischenmenschlichen Elemente wie Kontakt, Einfühlung, Akzeptanz und Beziehung in seinem psychotherapeutischen Ansatz so wichtig geworden sind. Der Aspekt, dass Gefühle, vor allem negative, in der Familie nicht offen gelebt werden, erklärt womöglich, weshalb Kongruenz zwar anfangs als Therapiebedingung aufscheint, aber erst in einer späten Phase seines Lebens Bedeutung als gelebte Praxis gewinnt. Auch jene vierte Bedingung für Persönlichkeitsveränderung, die Rogers erst im hohen Alter hinzufügt, wird als Ergebnis seiner eigenen Entwicklung beschrieben: „In seinem Spätwerk fühlte Rogers sich ermutigt, die drei förderlichen Einstellungen des Beraters und Therapeuten, die er in seiner frühen Psychotherapieforschung als die entscheidenden Wachstumsbedingungen herausgearbeitet hatte, (...), um eine vierte zu erweitern, die er Präsenz (Gegenwart/Anwesenheit) nannte. Er konnte und wollte dieses intuitive Element nicht mehr mit den Mitteln der empirischen Forschung untersuchen und erfassen und beschrieb (sie) deshalb nur phänomenologisch von seinem Erleben her" (Groddeck 2002, 179f).

Groddeck weist auf Rogers' Zerrissenheit zwischen Empirie und Phänomenologie hin und beschreibt, wie Rogers sich doch zunehmend auf seine Intuition und sein implizites Wissen verlässt und sich der akademischen Tradition entzieht. Er stellt ihn in einen frühen Zusammenhang mit dem konstruktivistischen Denken, denn in dieser Zeit schreibt Rogers einen Artikel, in dem er einer Idee Ausdruck verleiht, die „wir heute (2001) konstruktivistisch nennen würden und die seit den 1980er Jahren von vielen systemischen Theoretikern ebenfalls propagiert wird und die Rogers' Werk mit seiner Fundierung in der subjektiven Wahrnehmung eigentlich bereits seit 1951 durchzieht." (ebd., 176f).

Der Ton dieses Buches liest sich neutral bis verständnisvoll, getragen von einem Versuch, die Persönlichkeit Carl Rogers in einem differenzierten Licht zu sehen: „Rogers Karriere (war) durchaus von ehrgeizigen, zielstrebigen, beharrlichen und auch kämpferischen Motiven geprägt (...). Seine bisherige Entwicklung auch in öffentlichen Ämtern zeigte, dass er auch politisch sehr geschickt sein konnte und ein sicheres Gefühl für effektive Strategien und Mobilisierungseffekte besaß. Dies steht deutlich in Kontrast zu seiner eigenen Sichtweise, in der er sich gerne als bescheiden, zurückhaltend und verständnisvoll darstellt, als ‚sanfter Revolutionär', der leise durchs Leben geht" (ebd., 81). Andererseits wird er auch als integrierende Figur dargestellt. Als Rogers begann in Erscheinung zu treten, stand er im „Mittelpunkt dieser zentrifugalen Tendenzen der akademischen Psychologie" (ebd., 89), mit denen er aufgrund seiner „praktisch helfenden und wissenschaftlich-diagnostischen Ambitionen" (ebd., 90) in Verbindung bleiben konnte, und hatte dadurch eine integrierende Wirkung: „In vielen aufwendigen Verhandlungen und auf vielen Reisen nach New York und Washington gelang es Rogers, eine Übereinkunft zu erreichen, die darauf abzielte, dass die APA zukünftig eine Organisation sein wollte, die alle Psychologen zu vertreten gewillt war" (ebd., 91). Im Vergleich zu anderen Biografien besticht diese durch den immer wieder beleuchteten sozialgeschichtlichen Hintergrund, vor dem Carl Rogers' Denken sich entwickelte. Dadurch wird es möglich, das Entstehen des Personzentrierten Ansatzes in einem breiteren Kontext zu verstehen. Groddeck beschreibt beispielsweise, wie die Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes dadurch möglich wurde, dass die Psychoanalyse – durch die Flüchtlingswellen im Zuge des zweiten Weltkriegs zu einer „Mode- und Masseerscheinung" geworden – zu einem wachsenden Interesse an Psychotherapie und Beratung führte (ebd., 77). Auch die Entstehung der Encounter-Gruppen fand in einer Phase statt, da es bereits in der Psychoanalyse ein „deutliches Bewusstsein dafür (gab), dass ‚der Platz auf der Couch zu knapp war', wie es Ruth Cohn anschaulich formulierte, ... (ebd., 145). Rogers stellt den psychoanalytischen und gruppendynamischen Konzepten ein auf Bubers Begegnungsphilosophie basierendes Gruppenmodell entgegen, wodurch auch der Ansatz erweitert wird: „In dieser Version der historischen Entwicklung wird die klient-zentrierte Therapie, obwohl sie in der zeitlichen Aufeinanderfolge früher und von der Theorie her beinahe vollständig war, zu einem Teilbereich des person-zentrierten Konzepts. Somit erlebte seltsamerweise die klient-zentrierte Therapie einen Rückschlag, als sie sich weiter ausdehnte" (ebd., 148).

Rogers' letzte Tage werden eindrücklich aus einer fast privaten Perspektive derer, die dabei waren, geschildert. Nachdem er sich bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen hat, fällt er nach der gut verlaufenen Operation in ein Koma: „In diesen Tagen traf die Mitteilung seiner Nominierung für den Friedensnobelpreis ein. Gay Barfield schreibt: „Mit Traurigkeit und mit Freude zugleich lasen wir diese Ankündigung Carl an seinem Krankenbett vor, als er im Koma lag und dann am 4. Februar 1987 starb. Ich bin mir gewiss, dass er uns und unsere Nachricht verstanden hat" (Groddeck 2002, 202).

4. Von außen gesehen – Kritisches, Diskursives

4.1. David Cohen: Carl Rogers – A critical biography

Cohen ist, seinem Anspruch nach, ein viel kritischerer Biograf. Er ist Psychologe und Journalist, und er ist interessiert daran zu untersuchen, inwiefern berühmte Psychologen das auch lebten, was sie predigten. Seine nach Rogers' Tod erstellte Biografie hat den Vorteil, dass sie nicht nach dessen Zustimmung fragen musste oder wollte. Sie präsentiert sich als Ergebnis journalistisch-wissenschaftlicher Recherche anhand öffentlich zugänglicher Unterlagen in der Washington-Library of Congress. Allerdings kann auch an

ihrer Objektivität gezweifelt werden. Cohen beschreibt die Enttäuschung, die er und seine Studienkollegen erlitten, als sie Carl Rogers in ihre Universität einluden. Anstelle einer persönlichen Reaktion, wie sie sie erwartet hatten, erhielten sie eine sehr unpersönliche Absage. Cohen gesteht ein, dass dies eine Kränkung darstellte, wenngleich ein Teil des Gekränktseins in ihrer Arroganz als Studenten einer Eliteuniversität lag. Aber nach dem, was sie alles über und von Rogers gelesen hatten, war dies ein böses Erwachen. Die Enttäuschung dürfte sich in der Biografie widerspiegeln. Sie bietet damit eine keineswegs verklärte Sichtweise, sondern Cohens Interesse führt insbesondere zu den Schattenseiten dieser oft verherrlichten Persönlichkeit. Zwar erkennt er an, dass Rogers nicht versucht hat, seine eigenen Schwächen und Fehler zu vertuschen, indem er seinen Nachlass unzensuriert der ganzen Welt zugänglich gemacht hat. Andererseits weist er dezidiert auf die Diskrepanz zwischen dem Menschen Carl Rogers und seinem Image als „Gott" hin. Insgesamt gibt Cohen ein viel menschlicheres Bild von Rogers als manch anderer Biograf. Es kann sich beim Lesen sogar ein Gefühl der Erleichterung einstellen, da der Mensch Carl Rogers näher rückt und durch manche spekulative Aussage nicht wirklich an Respektabilität verliert.

Leider tut eine journalistische Gier nach Sensationellem dem an sich lobenswerten Bestreben nach einem ungeschönten Blick auf Rogers nicht gut. Sie verführt Cohen dazu, Anspielungen zu machen, die er nicht durch Fakten belegen kann. Ein Beispiel dafür ist seine Unterstellung, dass Rogers womöglich eine Affäre mit einer Klientin hatte, die unter Schizophrenie litt, ohne dafür Beweise vorlegen zu können (Cohen 1997, 139). „It should be stressed that there was no firmer evidence for suggesting that Rogers had been sexually involved with his client, ..." (ebd., 139). Wenn es keine Belege gibt, wozu dann die Rede darauf bringen?

Im Folgenden sollen, um Wiederholungen zu vermeiden, eben nur jene Aspekte von Rogers' Lebenslauf und Persönlichkeit angeführt werden, die durch Cohens Perspektive eine andere Sichtweise als jene der oben vorgestellten Autoren einbringen.

Die Beschreibung von Carl Rogers' Kindheit und Jugend unterscheidet sich nicht wesentlich von den anderen, außer dass er vielleicht ein etwas kritischeres Bild von Rogers' Eltern gibt. Zudem stellt er das subjektive Erleben des Kindes Carl Rogers, nämlich dass das Necken innerhalb der Familie oft bis an die Grenze der Grausamkeit ging, in Frage: „To a surprising extent, Rogers wrote as if he had been a victim in his childhood" (Cohen 1997, 25). Und scheint damit genau das zu tun, was er Rogers in der Rochester-Phase vorwirft (siehe weiter unten): Er macht das Kind für dessen Probleme verantwortlich. Rogers' Ablösungsprozess nützt er, um hervorzuheben, dass Carl konfliktscheu war, und schreibt dessen Magengeschwür diesem Umstand zu. Bezüglich Rogers' Phase als Kinderpsychologe weist Cohen an verschiedenen Stellen immer wieder darauf hin, dass es doch verwunderlich ist, dass Rogers in dieser Zeit nie einen Fall von Kindesmissbrauch aufdeckte (ebd., 61). Er meint, dass Rogers damals die sozialen Umstände, aber auch das Sozialverhalten des Kindes oder der Familie zwar scharf kritisiert, aber nicht danach fragt, ob an dem Kind eventuell Missbrauch getrieben worden sei (ebd., 85). Diese Kritik wirkt etwas undifferenziert, da die Tatsache, dass Sexualität und Missbrauch allgemein noch viel mehr tabuisiert waren als heute, mit keinem Wort erwähnt wird.

Cohen stellt Rogers' liberale Sichtweise in Frage und bringt dafür als Beispiel einen Artikel aus jener Phase (1931) mit dem Titel „We pay for the Smiths", in dem Rogers eine sozial schlecht gestellte Familie mit zahlreichen abwertenden Begriffen beschreibt. Er weist auf die Diskrepanz zwischen Rogers' sozialem Bewusstsein, seinem Interesse an Menschen und seiner moralischen Bewertung hin, die zu dem Zeitpunkt noch sehr stark von der psychoanalytisch-psychologischen Sichtweise geprägt ist. Kinder werden als egoistisch und als „Teufelsbraten" beschrieben: „... the negative tone, insisting on the selfish child, was typical of the professionals of the period" (Cohen 1997, 84). Dieses Verhaften, wenn auch nur noch mit einem Fuß in der damaligen Sichtweise, findet auch Ausdruck in seiner von Cohen als zwiespältig beschriebenen Haltung zu den Gedanken von Taft und Allen: Einerseits ist er einverstanden mit ihrer kind-zentrierten Sichtweise, andererseits bezeichnet er sie als idealistisch (ebd., 77).

Cohen zeichnet Charaktereigenschaften, die bei Kirschenbaum nicht mit *der* Schärfe hervorgehoben werden, beispielsweise Rogers' Gefühl, sich beweisen zu müssen, und ein damit zusammenhängender Ehrgeiz, die er beide als Beweggrund für das Verfassen des ersten Buches („The Clinical Treatment of the Problem Child") betrachtet (ebd., 81). Zudem meint er, dass „Rogers nie gern therapeutisches Versagen zugab" (ebd., 90), und belegt das mit der Tatsache, dass Rogers nie erklärt hat, weshalb er ein Jahr, nachdem er den Posten des Leiters des Rochester Guidance Center nach einigem Kampf letztendlich doch erhalten hat, für viele überraschend das Angebot annimmt, an der Ohio State University zu unterrichten. Cohen vermutet, dass Rogers womöglich ausgebrannt ist, da die positiven statistischen Daten täuschen und die Arbeit sich im Endeffekt doch als weniger erfolgreich darstellt.

Im Laufe des Buches wird Cohens Ton immer kritischer. Er scheint jede Gelegenheit wahrzunehmen, Carl Rogers Schwächen nachzuweisen. Einmal behauptet er, Rogers habe die Wirkung seines Vortrages in Minnesota, den er als die Geburtsstunde der Klientenzentrierten Psychotherapie bezeichnet, übertrieben, um seine eigene Bedeutung zu verstärken (ebd., 97-98). Ein andermal betont er, dass Rogers lange Zeit seine Augen vor den enttäuschenden Ergebnissen der Psychotherapieforschung verschließt (ebd., 151). Er beendet seinen Bericht, indem er die Bedeutung Carl Rogers' zu relativieren sucht: „In social work his influence is strong, though it would be exaggerating to claim that there is a school of non-directive therapy or of the person-centred approach. Rather, Rogers' philosophy—listen to the client, treat him or her with respect, use empathy, try to get the client to find his or her solutions—has

become part of the fabric of therapy" (ebd., 235). Er attestiert ihm lediglich, „he made therapy friendlier, more accessible and he took some of the controls out of the hands of therapists. He helped popularise the idea that therapy was not just for the 'sick' but that it could help anyone to be happier and find his or her real self" (ebd., 235f).

Ist es Unkenntnis oder Nicht-wahr-haben-Wollen der Tatsachen? Ist Cohen das implizite Eingehen der von Rogers postulierten therapeutischen Basisvariablen in die Praxis einer Vielzahl von Therapierichtungen unbekannt und nehmen nur Insider die Verbreitung des Personzentrierten Ansatzes wahr, die zugegebenermaßen in Europa mehr Gewicht zu haben scheint als in den Vereinigten Staaten, wohin der Brite Cohen seine Recherche verlagert hat? Die Fakten haben sich für Carl Rogers immer als freundlich dargestellt – vielleicht weil er sie so wollte. Für Cohen ist die Faktenlage eine dichte, denn alles aus Rogers' Nachlass ist offen zugänglich. Rogers hat sich damit sogar darauf eingelassen, posthum die Bewertung im Gegenüber bzw. beim Anderen zu belassen. Dieses Faktum *ist* freundlich.

Aus Fakten werden Geschichten und davon, welche Fakten in die Geschichte eingebracht werden und welche nicht, hängt es ab, welche Leser- oder Zuhörerschaft eine Geschichte findet, welcher „Aspekt der Wahrheit" (Stipsits 1999, 80) getroffen oder verfehlt wurde. Das Verfassen einer Biografie ist wohl ein ebenso subjektives Unterfangen wie das Leben und das Lesen einer solchen. Ob sich der/die LeserIn mit wissenschaftlichem Interesse oder aus Neugier an der vermeintlichen Sensation nähert, ist für den Beschriebenen längst unerheblich. Auch wenn manchmal eine Anmutung entsteht, der in der Geschichte dargestellten Person begegnet zu sein, sie besser zu kennen als vorher, ist dem keineswegs so. Bestenfalls haben wir uns anrühren lassen und – so wir aufmerksam waren – etwas über uns erfahren und werden unserer eigenen Biografie einen kleinen, unerheblichen Schlenker in eine andere Richtung versetzen. Schlimmstenfalls haben wir unserer eigenen Lust an der Sensation – und damit letztlich nur unsererer Sehnsucht nach und Fiktion von Nähe – nachgegeben und uns hoffentlich gut unterhalten. Aber das ist eine andere Geschichte.

Literatur:

Cohen, David (1997), Carl Rogers. A critical biography, London (Constable)

Groddeck, Norbert (2002), Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie, Darmstadt (Primus)

Kirschenbaum, Howard (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Delacorte)

Kirschenbaum, Howard (1995), Carl Rogers, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 1–102

Rogers, Carl R. (1961), This is me, in: On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin) 4–27; dt.: „Das bin ich". Entwicklung meiner fachlichen Ansichten und meiner persönlichen Philosophie, in: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta) 1973, 19–43

Rogers, Carl R. (1972), My own marriage, in: Becoming partners: Marriage and its alternatives, New York (Delacorte) 21-29; auch in: Kirschenbaum, Howard / Land-Henderson, Valerie (Eds.), The Carl Rogers Reader, Boston (Houghton Mifflin) 1989, 29-37; dt.: Meine eigene Ehe, in: Partnerschule. Zusammenleben will gelernt sein, München (Kindler) 1975, 25-33 [Frankfurt (Fischer TB) 1982, 26-36]

Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1974), In retrospect: Forty-six years, in: American Psychologist 29, 2, 115–123 [auch in: Evans, Richard I., Carl Rogers. The man and his ideas, New York (Dutton) 1975, 119-146]; dt.: Rückblick: sechsundvierzig Jahre, in Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rahel, Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, 35-52

Rogers, Carl R. (1980), Growing old: Or older and growing, in: A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 70–95; dt.: Alt werden oder: älter werden und wachsen, in: Der neue Mensch, Stuttgart (Klett-Cotta) 1981, 37–61

Rogers, Carl R. (1986), A client-centered/person-centered approach to therapy, in: Kutash, Irwin L. / Wolf, Alexander (Eds.), Psychotherapist's casebook, San Francisco (Jossey-Bass) 197-208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, 238-256

Rogers, Carl R. (1987), On reaching 85, in: Person-Centered Review 2, 2, 150-152; auch in: Kirschenbaum, Howard / Land-Henderson, Valerie (Eds.), The Carl Rogers Reader, Boston (Houghton Mifflin) 1989, 56–58

Rogers, David (1995), A ripple in the pond, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 275-299

Rogers, Natalie (1995), The creative journey, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 175–224

Stipsits, Reinhold (1999), Gegenlicht – Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902–1987), Wien (WUV/Universitätsverlag)

Thorne, Brian (1992), Carl Rogers, London (Sage)

Autoren:

Hans Peter Ratzinger, 1961, lebt und arbeitet als Personenzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis in Wels, Oberösterreich; Mitglied der Sektion FORUM der APG.

Elisabeth Zinschitz, 1959, Mag. phil., Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin, Vorstandsmitglied der ÖGWG; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie mit (geistig) behinderten Menschen; Elternberatung für Eltern behinderter Kinder; Supervision von BehindertenbetreuerInnen; Workshops für Prä-Therapie; Veröffentlichungen über Psychotherapie mit KlientInnen mit Behinderungen.

Kontaktadressen:

Hans-Peter Ratzinger
Adlerstr. 4
A–4600 Wels
E-Mail: hp.ratzinger@utanet.at

Mag. Elisabeth Zinschitz
Lenaugasse 7/8
A–1080 Wien
E-Mail: e.zinschitz@chello.at

Person 2 (2001) *20–54*

Zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht

Zwölf Perspektiven

Ein Kernstück dieses Schwerpunktheftes zu Carl Rogers stellen Kommentare von renommierten Repräsentanten des Personzentrierten Ansatzes aus sechs Ländern zu wesentlichen Arbeitsbereichen und zentralen Aspekten seines breiten Schaffens dar – erweitert um ein kurzes Statement von Tom Greening, immerhin Herausgeber des „Journal of Humanistic Psychology“.

Den Anfang macht Natalie Rogers, Carls' Tochter, die mit ihm vor allem in der Encounterperiode zusammen gearbeitet und in weiterer Folge ihre „Expressive Arts Therapy“ entwickelt hat, dabei auf die von ihm formulierte Theorie der Kreativität zurückgreifend. Jürgen Kriz, Jochen Eckert und David Cain befassen sich in ihren Beiträgen jeweils mit Rogers als Wissenschafter und Psychotherapieforscher bzw. auch mit Forschungsergebnissen, wie die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Praxis abschneidet.Hans Swildens würdigt in seinem Artikel einerseits die praktischen Verdienste von Rogers, relativiert zugleich aber dezidiert und kritisch die von Rogers vertretene humanistische Grundposition und seine gesellschaftspolitischen Exkurse. Die Therapietheorie ist bei Finke und Greening angesprochen: Während ersterer die Grundprinzipien des Anerkennens, Verstehens und Begegnens herausarbeitet, verblüfft unser amerikanischer Kollege mit der provokanten These, dass Rogers direktiv am inneren Bezugsrahmen der Klienten interessiert war. Entwicklungstheoretischen Fragestellungen, ein Aspekt, den Rogers nur am Rande streifte, gehen Eva-Maria Biermann-Ratjen und Diether Höger nach: In ihren Stellungnahmen zeigen sie auf, wie sehr die personzentrierte Theorienbildung in diesem Bereich sich doch mit modernen Konzepten aus der Säuglingsforschung und Bindungstheorie verträgt. Schließlich widmen sich drei Statements gesellschaftlichen Fragestellungen wie der Friedensarbeit, die Michael Gutberlet in den Blick nimmt, der Bildung durch Gruppenarbeit, wie sie von Maureen O'Hara und John Wood, langjährigen Kollegen in der Encounter-Gruppenarbeit, propagiert wird, und der feministischen Perspektive. In den beiden erstgenannten Gebieten war Rogers hochaktiv, für die Frauenfrage war er sensibilisiert. Dass sich hier selbst für einen solch feinfühligen Mann wie Carl Rogers Grenzen auftaten, wird in Irene Fairhursts Ausführungen deutlich.

Les commentaires de représentants renommés de l'approche centrée sur la personne de six pays, dans des domaines de travail importants et par rapport à des aspects centraux de sa vaste création – complétés par une courte déclaration de Tom Greening, l'éditeur du « Journal of Humanistic Psychology » – constituent l'élément central de ce dossier sur Carl Rogers.

Le premier de ces commentaires est celui de Natalie Rogers, la fille de Carl, qui a travaillé avec lui surtout pendant la période des encounters, à la suite de quoi elle a développé sa « expressive arts therapy » inspirée de la théorie de la créativité formulée par son père. Les articles de Jürgen Kriz, Jochen Eckert et David Cain traitent chacun de Rogers en tant que scientifique et chercheur en psychothérapie, ainsi que des résultats de recherches sur la manière dont la psychothérapie centrée sur le client se distingue dans la pratique.Dans son article, Hans Swildens apprécie d'une part les mérites pratiques de Rogers, mais relativise en même temps de manière résolument critique la position de base humaniste défendue par Rogers et ses digressions socio-politiques. La théorie de la thérapie est abordée par Finke et Greening. Alors que le premier fait ressortir les principes de base de l'acceptation, de la compréhension et de la rencontre, notre collègue américain surprend avec la thèse provocante que Rogers était intéressé de manière directive par le cadre de référence intérieur des clients. Eva-Maria Biermann-Ratjen et Diether Höger traitent de la formulation des questions dans le sens de la théorie du développement, un aspect que Rogers n'a fait qu'effleurer de manière très marginale: dans leurs prises de position, ils montrent à quel point dans ce domaine l'élaboration de théories centrées sur la personne est en accord avec les concepts modernes issus de la recherche sur les nouveau-nés et de la théorie de l'attachement. Pour finir, trois commentaires seront consacrés aux questions de société telles que le travail sur la paix envisagé par Michael Gutberlet, la formation au travail en groupe tel qu'il est propagé par Maureen O'Hara et John Wood, collègues de longue date dans le groupe de travail encounter, et pour finir la perspective féministe. Rogers était hautement actif dans les deux premiers domaines cités. Quant à la question des femmes, il y était sensibilisé. Le fait que même un homme aussi sensible que Carl Rogers a été confronté ici à des limites, ressort clairement de l'article d'Irene Fairhurst.

Natalie Rogers[1]

Carl Rogers' Theorie der Kreativität ins Leben umsetzen

Am 8. Januar 2002 werde ich zu Ehren von Carls 100. Geburtstag eine Kerze anzünden und ihm danken, dass er ein fürsorglicher Vater war, und Helen dafür, dass sie eine hegende und pflegende Mutter war. Als Therapeutin weiß ich nur zu genau, dass es nur wenige Kinder gibt, die in einer solch liebevollen, unterstützenden, kreativen und ethischen Umgebung aufwachsen. Ich trage die Freuden und die Bürde eines solchen Privilegs. Ich genieße die Türen, die mir beruflich offen standen, weil ich Carls Tochter war, und trage manches von diesem Vermächtnis, sein Werk lebendig zu erhalten, um seine humanistischen Werte und Methoden in eine Welt zu bringen, die voll ist von Konflikten und Gewalt.

Vor zwei Jahren zündete ich das Feuer an, um seinen hundertjährigen Geburtstag zu ehren, indem ich das Carl Rogers Symposium 2002 auf die Agenda setzte (24.–28. Juli 2002 in La Jolla, Kalifornien). Viele andere organisieren ebenfalls Feiern und Konferenzen, Zeitschriftenausgaben und Bibliographien, um seine Grundsätze weiterzutragen. Ich zolle allem Beifall, was wir kollektiv tun können, um die Welt daran zu erinnern, dass die Antwort auf Konflikte nicht die Gewalt ist. Die Antwort liegt tief in den Wurzeln der Ursachen, die Individuen in solche Verzweiflung stürzen, dass sie wüten und töten. Für diejenigen von uns, die in den privilegierten und oft fehlgeleiteten Vereinigten Staaten wohnen, hoffe ich, dass die Tragödien des 11. September der Weckruf sein werden, dass unsere Regierung bisher zuweilen eine Politik verfolgt hat, die ganze Kulturen zerstört hat. Ich hoffe, dass die Feiern für Carl sein tiefes Interesse an Weltereignissen anerkennen werden und seine beginnenden Versuche, den Personzentrierten Ansatz mit höchsten Regierungsmitgliedern zur Anwendung zu bringen wie im Rust Peace Project (C. Rogers 1986) und mit multi-ethnischen Gruppen wie in seiner Arbeit mit Ruth Sanford[2] in Südafrika (Rogers/Sanford 1987).

Mein eigener Schwerpunkt liegt darin, Carls „Theorie der Kreativität" (C. Rogers 1961/1973, Kapitel 19) ins Leben umzusetzen. In diesen Zeiten, wo wir von der Regierung zu Konformität genötigt werden, brauchen wir dringend starke Individuen, die in der Lage sind, kreativ zu denken und zu handeln. Kreativität bedroht jene, die Konformität fordern. Diktatoren unterdrücken Selbstausdruck und den kreativen Prozess. Sie wollen nicht, dass ihre Bürger selbstständig denken und spontan sind, voller Einfälle oder selbstbestimmt. So gesehen ist Kreativität subversiv in den Augen jener, die Konformität einem politischen System gegenüber fordern. Carl selbst war ein äußerst kreatives Individuum. Er verkörperte die kreative Person, die für Möglichkeiten offen bleibt, flexibel ist und individuelle Unterschiede schätzt. Der Konformist andererseits ist verschlossen, rigid im Denken und folgt dem Führer, ohne das Wissen über sich selbst oder die Fähigkeit zur Unterscheidung zu nutzen. Ich glaube, dass wir kreativ sein müssen, um die Demokratie in der Welt aufrechtzuerhalten und zu pflegen – das heißt, wir müssen mit Ideen spielen können, alternative Lösungen sehen und empathisch allen Seiten zuhören können. Darin war Carl ein Meister.

In Carls bemerkenswert kurzem aber prägnantem Kapitel über Kreativität diskutiert er den dringenden gesellschaftlichen Bedarf, dass der kreative Prozess geweckt wird und unter welchen personzentrierten Bedingungen er gedeihen kann. Er nennt die Bedingungen, um konstruktive Kreativität zu fördern: Die erste ist psychologische Sicherheit; sie beinhaltet, dass das Individuum bedingungslos wertgeschätzt und empathisch verstanden wird in einem Klima des Nicht-Urteilens. Die zweite Bedingung ist ein Klima psychologischer Freiheit (C. Rogers 1954). Zu diesen zwei Bedingungen habe ich eine dritte hinzugefügt: stimulierende und herausfordernde Erfahrungen anzubieten (N. Rogers 1993, 14). Um zu erklären, was ich meine, muss ich ein bisschen ausholen:

Meine Ausdrucksarbeit mit Kunst entstand, als ich von Boston nach Kalifornien zog und meinen Vater fragte, ob ich mit ihm arbeiten könnte. Er war natürlich hocherfreut. Ich entwarf schnell einen zehntägigen Workshop. Wir fragten sechs bis acht Kollegen mitzumachen und wir entwickelten gemeinsam, was wir dann die personzentrierten Kunstworkshops nannten[3]. Aufgrund von Vaters Ruf in der ganzen Welt war es leicht, eine riesige Gruppe für zehn Tage zusammenzubekommen. Das waren internationale Workshops während sehr experimenteller Zeiten. Als Team lernten wir so viel, wenn nicht mehr wie die Teilnehmenden. Tag um Tag saß man in der Großgruppe und redete über das Leben, Leute erzählten ihre Lebensgeschichte voll emotionalem Gehalt – ihre Tragödien, Verwirrung, Angst und ihre Dilemmata. Als Team gelang es uns sehr gut, ihre Gefühle zu reflek-

1 Ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

2 Vor einer Woche (der Artikel wurde am 17. Dezember 2001 der Redaktion übermittelt; Anm. G. S.) erfuhr ich von Ruth Sanfords Tod im Alter von 94 Jahren. Ich bin voll Hochachtung für ihre Arbeit mit Carl und ihre Hingabe an den Personzentrierten Ansatz und ihre Arbeit in den multi-ethnischen Gruppen.

3 Zum Team gehörten zu verschiedenen Zeiten: Carl Rogers und Maria Bowen, Frances Fuchs, Maureen O'Hara, Joann Justyn, Jared Kass, Betty Meador, Alan Nelson, Natalie Rogers, John K. Wood, Dick and Marion Vittiow

tieren und einen sicheren Ort für diese sehr persönlichen Momente zu bieten. Es gelang uns auch, die Konfrontationen zu begleiten, die die Leute miteinander hatten.

Weil ich jedoch so eine kinästhetische Person bin, wurde ich sehr rastlos und dachte: „ Wie ist es nur möglich, dass wir hier drei Stunden am Morgen, drei Stunden am Nachmittag und drei Stunden am Abend sitzen?" So sagte ich schließlich: „Ich habe ein Atelier mit Kunstmaterialien und jeder, der gern noch andere Wege herausfinden möchte, wie man sich mit persönlichen Themen auseinandersetzen kann, kann zu mir kommen. Wir werden mit non-verbalen Formen experimentieren, um über die Dinge zu reden, die wir hier einander mitteilen, und wir werden Bewegung, Kunst, Töne und Theater für die Selbsterkundung nutzen." Ich hatte einige Kollegen, die auch daran interessiert waren, dies mit mir auszuprobieren.[4] Wir schufen Spielzeiten, die für die Teilnehmenden von tiefer Bedeutung waren. Wir hatten nur wenige Regeln. Wir lernten einfach aus dem, was wir taten. Ein guter Facilitator wird man, indem man sich ständig Einschätzungen und Feedback von den Teilnehmern/innen holt und fragt: „Was lernen wir? Was funktioniert und was nicht?" Wir fanden heraus, dass unsere Fähigkeit zu spielen, Kostüme zu benutzen, Theater und Rollenspiel so wie auch Kunstmaterialien zu verwenden, für die Leute sehr bedeutsam war.

Was ich nun die „Creative Connection" (N. Rogers 1993, 27–130) nenne, entwickelte sich hier. Wir entdeckten, dass Bewegung, visuelle Kunst, Töne und Tagebuchschreiben in Folge zu verwenden, ohne viel zu verbalisieren, uns half, in das Unbewusste und die archetypische Persona einzutauchen, was uns Erkenntnis über persönliche Themen brachte. Als Begleitpersonen schlugen wir Möglichkeiten für diese Experimente vor, aber auf echt personzentrierte Art (C. Rogers 1970, 43–59). Wir überprüften es immer zusammen mit der betroffenen Person: Der Klient oder das Gruppenmitglied will mitmachen oder nicht und wir folgen ihr. Wir schufen eine sichere, nicht-wertende Umgebung, gaben den Leuten sowohl Anregung als auch die Erlaubnis, ihre gesellschaftlichen Masken abzunehmen, um ihre innere Wahrheit zu entdecken. Nach einer Stunde oder mehr dieses kreativen Prozesses sprachen wir darüber, was wir durch unsere künstlerische Aktivität gelernt hatten. Das war die Zeit für tiefes empathisches Zuhören. Wir interpretieren das von einer Person geschaffene Produkt nie. Ich bin so entschieden gegen analytische Kunsttherapie, wie es Carl gegenüber analytischer Psychotherapie war (Barton 1974/1979).

Experimente oder Erfahrungen, die geschaffen sind, um ein Individuum zu Ausdruckskunst zu ermutigen, gibt dieser Person die Gelegenheit, in den Zauber des kreativen Prozesses zu tauchen und durch Tun zu lernen (N. Rogers 1993). Das ist der Punkt, an dem ich meine Arbeit als Erweiterung von Carls Arbeit empfinde. Eine Zeit lang fühlte ich mich ein bisschen rebellisch, dass ich seine Arbeit nahm und Übungen schuf, die Leute animierten, Kunst und Bewegung zu gebrauchen, Töne und Tagebuchschreiben, um sich selbst auszudrücken. Ich hatte jahrelang mit meinem Vater gearbeitet, bei ihm Unterricht gehabt und kannte seine Philosophie und seine Methoden sehr gut. Ich hatte sie auf meine Weise in mein Sein internalisiert. Also war es zu Beginn ein schwieriger Prozess für mich, Dinge ein bisschen anders als er zu machen. Dann merkte ich schließlich, dass ich seiner Theorie der Kreativität Leben einhauchte.

Ein weiterer Punkt: Ausdruckskunst zu benutzen, gibt Menschen einen sicheren Ort, ihre Schattenseite zu explorieren. In meinem Buch „The Creative Connection" (1993) widme ich ein Kapitel dem Thema, wie man den Schatten akzeptiert und das Licht umarmt. Der Schatten ist der Teil, den wir in unserem Leben unterdrückt haben (Abrams/Zweig 1991). Einige Leute leugnen ihren Ärger und ihre Wut ein Leben lang, andere haben ihre Fähigkeit verborgen, zu lieben oder mitfühlend zu sein. Bewegung, Töne, Farbe und Theater bieten Gelegenheit, sich zuerst des Schattens bewusst zu werden und dann voll zu erkunden durch viele Medien hindurch. Angst und Kummer können leichter beim Malen oder in Bewegung als in Worten ausgedrückt werden. Wut kann auf große Bögen Papier geklatscht werden, bis einiges von dieser Energie befreit und transformiert ist.

Viele von uns, die Carl kannten, wissen, dass er Schwierigkeiten hatte, direkt seinen Ärger zu erkennen oder auszudrücken. (Er konnte es ab und zu beim Briefeschreiben.) Es sollte daher niemanden verwundern, dass mir daran lag, eine personzentrierte Umgebung zu schaffen, in der Leute in diese Gefühle von Wut und Angst oder Scham eintauchen konnten, sowohl auf non-verbale als auch verbale Art.

Währenddessen die Menschheit in einem solch wechselhaften Zustand von Wut, Gewalt, Verlust, Schmerz und Verwirrung ist, gekoppelt mit Äußerungen von Großzügigkeit, Mitgefühl und Liebe, scheint mir die Zeit für personzentrierte Kunsttherapie gekommen. Es ist die rechte Zeit für jene, die in der Lage sind, die Heilung von Kummer, Ärger und Schmerz und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit zu begleiten. Es ist an der Zeit für uns, uns in Gemeinschaften zu begeben, um Leuten zu helfen, sich durch die Künste wieder selbst zu ermächtigen. Der kreative Prozess ist eine Lebensenergie. Wenn er in einer sicheren, empathischen und nicht-wertenden Umgebung angeboten wird, ist es ein transformativer Prozess für konstruktive Veränderung.

Es ist Carl Rogers, der uns die Theorie und die Methoden des Personzentrierten Ansatzes anbietet, was uns den festen Boden gibt, auf dem wir bauen können. Eine seiner größten Qualitäten war seine Fähigkeit, für neue Ideen offen zu bleiben und aus seinen eigenen Erfahrungen zu lernen. Indem wir sein Leben feiern, hoffe ich, dass wir von seiner Art zu sein inspiriert werden.

4 Jared Kass und Maria Bowen

Literatur

Abrams, Jeremiah/Zweig, Connie (Eds.) (1991), Meeting the shadow: The hidden power of the dark side of human nature, Los Angeles, CA (Tarcher)

Barton, Anthony (1974), Three worlds of therapy: An existential-phenomenological study of the therapies of Freud, Jung, and Rogers, Palo Alto, CA (National Press Books); dt.: Freud, Jung und Rogers. Drei Systeme der Psychotherapie, Stuttgart (Klett-Cotta) 1979

Rogers, Carl R. (1954), Towards a theory of creativity, in: ETC: A Review of General Semantics 11, 249-260; auch in: On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) chapter 19; dt.: Zu einer Theorie der Kreativität, in: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett) 1973, 337–349

Rogers, Carl R. (1961), On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett) 1973

Rogers, Carl R. (1970), On encounter groups, New York (Harper and Row); dt.: Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung, München (Kindler) 1974

Rogers, Carl R. (1986), The Rust Workshop: A personal overview, in: Journal of Humanistic Psychology 26, 3, 23–45

Rogers, Carl R./Sanford Ruth (1987), Reflections on our South African experience, in: Counseling and Values 32, 1, 17–20

Rogers, Natalie (1993), The Creative Connection: Expressive arts as healing, Palo Alto, CA (Science and Behavior Books)

Autorin:

Rogers, Natalie, 1928, Ph. D., eingetragene Expressive Arts Therapeutin, Pionierin der expressiven Kunsttherapie; leitet Ausbildungen in Westeuropa, Russland, Lateinamerika, Japan und den Vereinigten Staaten; von ihrem Vater, Carl Rogers, ausgebildet und sieben Sommer lang seine Kollegin; nach Arbeit in einer psychiatrischen Klinik, einer universitären Beratungsstelle und als Psychologin in einer Schule für Kinder mit psychischen Problemen, 25 Jahre lang in Privatpraxis; gründete das Person-Centered Expressive Therapy Institute; dort vor kurzem in den Ruhestand getreten; Adjunktprofessorin am California Institute of Integral Studies und anderen Instituten in Nordkalifornien; von der International Expressive Arts Therapy Association 1998 mit dem ersten Lifetime Achievement Award ausgezeichnet; Künstlerin, Mutter von drei berufstätigen Töchtern und Großmutter.

Korrespondenzadresse:

Natalie Rogers
1515 Riebli Rd.
Santa Rosa, CA 95404
U.S.A.
Homepage: www.nrogers.com

Jürgen Kriz

Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft

Rogers wird in der Literatur vor allem als führende Persönlichkeit der Humanistischen Psychologie dargestellt, da in seinem Personzentrierten Ansatz Konzepte wie menschliche Begegnung, Wachstum und Entfaltung von Persönlichkeitsaspekten, Vertrauen in die Selbstheilungstendenzen, persönliche Freiheit und Kreativität im Zentrum stehen. Oft wird noch erwähnt – von manchen auch als „Zweigleisigkeit" oder gar Widersprüchlichkeit bezeichnet –, dass Rogers der erste Therapieforscher war, der systematisch Tonaufzeichnungen von der therapeutischen Interaktion machen ließ und diese aufgezeichneten Interviews nicht nur als Trainingsgrundlage verwendete, sondern auch mittels empirisch-statistischer Prozeduren hinsichtlich auffindbarer Grundmuster der Klient-Therapeut-Interaktion analysierte.

Weniger bekannt – obwohl für ein Bild seines Wissenschaftsverständnisses relevant – ist, dass Rogers rund ein viertel Jahrhundert als einer der methodisch und empirisch ausgewiesensten Wissenschaftler galt. Bereits im Jahrbuch der *Encyclopedia Britannica* 1950 wird Rogers' Forschung wie folgt aufgeführt und gekennzeichnet: „Diese Schritte Rogers, seine Methode der nicht-direktiven Therapie wissenschaftlicher Testbarkeit zugänglich zu machen, sind ein Meilenstein für die Klinische Psychologie" (Übers. J. K.)[1]

Und als Rogers 1956 mit zwei Kollegen als erster den Wissenschaftspreis („Distinguished Scientific Contribution Award") der „American Psychological Association (APA)" zugesprochen bekam, hieß es in der Begründung: „... für die Entwicklung einer originellen Zugangsweise, die Beschreibung und Analyse von Psychotherapieprozessen zu objektivieren, für die Formulierung einer testbaren Theorie von Psychotherapie und ihrer Effekte auf die Persönlichkeit und des Verhaltens, und für extensive, systematische Forschung, um die Bedeutsamkeit der Methode zu zeigen und die Implikationen auf die Theorie zu untersuchen und zu überprüfen. Seine ... flexible Anwendung wissenschaftlicher Methoden, mit denen die sehr schwierigen Probleme im Zusammenhang mit dem Verständnis und der Veränderung des Individuums anging, habe diesen bedeutsamen

1 „These first efforts of Rogers to subject his methods of non-directive therapy to scientific test constituted a landmark for clinical psychology."

psychologischen Bereich innerhalb der Grenzen der wissenschaftlichen Psychologie vorangetrieben." (Übers. J. K.).[2]

Auch wenn Rogers 16 Jahre später (also 1972) auch noch den „Distinguished Professional Contribution Award" erhielt – die höchste Auszeichnung der APA für angewandte Psychologie – und er damit übrigens der erste war, der *beide* Preise der APA erhalten hat, galt Rogers in der „scientific community" zuallererst als kreativer Forscher.

Ein solches Ansehen gerade auch als Empiriker kommt nicht von ungefähr: Das Ausmaß seiner empirischen Forschungsprojekte lässt sich daran ermessen, dass Rogers als Professor in Chicago (1945–57) über 650.000 $ externer Fördermittel diverser Foundations einwarb – eine für damalige Verhältnisse unerhörte Summe. Als er Chicago verließ, gab es daher bereits rund zweihundert empirische Untersuchungen zur Personzentrierten Psychotherapie. Für sein Forschungsprogramm zur Schizophrenie-Behandlung mit der Personzentrierten Psychotherapie an der Universität Wisconsin (1957–63) warb er insgesamt nochmals mehr als eine halbe Million $ ein.

Es ist einsichtig, dass angesichts dieser Vorrangstellung in der empirischen Therapieforschung die nicht selten kolportierte Behauptung, Rogers habe sich gegen Diagnostik und Testverfahren ausgesprochen, nur als reduktionistische Missdeutung (aus welchen Motiven auch immer) eines differenzierteren Wissenschaftsverständnisses gesehen werden kann:

In seinem Studium an der Columbia-University (1924–28) war immerhin Thorndike, Lerntheoretiker und Pionier im Bereich der Intelligenzmessung, einer seiner Lehrer – an demselben Institut, an dem Watson 1913 sein Manifest des Behaviorismus erarbeitet hatte. Die Ausbildung an diesem Institut, das sich „im Fahrwasser der herrschenden amerikanischen Psychologie" befand, „mit ihrem Schwerpunkt auf streng wissenschaftlicher Methode, operationalem Denken und Hypothesenprüfung mittels hochentwickelter statistischer Verfahren" (Rogers 1981/1987, 474 f), blieb natürlich nicht ohne Einfluss auf Rogers' Einstellung zur Forschung. Vielmehr schrieb Rogers seine Dissertation über „Measuring Personality Adjustment in Children Nine to Thirteen Years of Age." Der hier entwickelte Test – „Personality Adjustment Inventory" blieb nicht nur fast ein halbes Jahrhundert im Umlauf, sondern wurde rund 500.000 mal verkauft.

In Rochester (1928–39), wo er stärker diagnostisch als therapeutisch tätig war, entwickelte er eine neue Methode diagnostischer Testung, die er „component factor method" nannte.

Im Rahmen der Professuren in Chicago und Wisconsin führte er sehr umfassende Programme zur Psychotherapieforschung durch, wobei er sowohl viele der damaligen traditionellen Standardtests verwendete – von Rorschach bis MMPI – und sogar physiologische Parameter miterhob, wie auch eigene Instrumente und Skalen entwickelte. Es ging Rogers somit sehr wohl darum in seinen umfangreichen Therapiestudien zu versuchen, Therapeuten- und Klientenverhalten zu operationalisieren, auf Skalen zu messen und der klassischen Korrelations- und Teststatistik zu unterziehen.

Allerdings – und hier liegen wohl die Wurzeln für Missverständnisse allzu einfach denkender Biografen – war Rogers' Forschung nicht vorrangig auf reine Outcome-Belege ausgerichtet, die heute von manchen als Inbegriff von „Wissenschaftlichkeit" propagiert werden. Wo eine fundierte inhaltlich-substanzielle Therapie-Theorie fehlt, lässt sich eine bestimmte Vorgehensweise natürlich nur anhand von Outcomes begründen. Hingegen ermöglichte es Rogers seine differenzielle theoretische Konzeption, auch im Bereich der Psychotherapieforschung Neuland zu betreten und in größerem Maße Prozessforschung durchzuführen. Dazu entwickelten Rogers und seine Mitarbeiter beispielsweise eine spezielle Form eines Q-Sorts, in dem 100 Statements („Ich bin liebenswert", „Ich bin ein harter Arbeiter") nach dem Selbstbild, dem Idealbild und dem Bild „eines normalen Menschen" auf einer Skala von 1–9 sortiert wurden. Diese Daten mit dem SIO-Q-Sort („Self", „Ideal", „Ordinary") wurden zu Beginn, am Ende und während der Therapie erhoben und erlaubten so über Kreuzkorrelationen differenzierte Analysen des Therapieverlaufs auf theoretisch und inhaltlich bedeutsamen Variablen. Diese Studien (Rogers / Dymond 1954) sind auch für heutige Psychotherapieforschung richtungsweisend, da die Entwicklung einer theorieadäquaten Methodik immer eine Herausforderung darstellt. Selbst in seinem Lehrbuch über „Differentielle Psychologie" widmet Hofstätter (1971), der die Entwicklung der empirischen Psychologie in Deutschland maßgeblich vorangetrieben hat, dieser Q-Sort-Forschung Rogers' ein Kapitel, was belegt, wie stark der wissenschaftliche Impact von Rogers' Forschung auch über die Klinische Psychologie hinaus war.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Position, die Rogers gegenüber B. F. Skinner, einem der führenden Vertreter des Behaviorismus und Vorläufer der Verhaltenstherapie, einnahm. Persönlich trafen Rogers und Skinner dreimal öffentlich aufeinander: Das erste Mal 1956, anlässlich der Verleihung des ersten Wissenschaftspreises (s. o.) der APA an Rogers. Zu diesem APA-Kongress waren Rogers und Skinner für ein gemeinsames Symposium geladen, bei dem jeder ein Paper mit zusätzlichen Erwiderungen präsentierte. Diese Debatte fand große Beachtung und wurde kurz danach sogar in *Science* publiziert. Ein zweites Mal trafen sie 1960 aufeinander und beim dritten Mal, 1962 an der University of Minnesota, fand sogar ein Dialog über fünf Stunden statt. Im Kern widersprach Rogers keineswegs Skinners Annahme, dass eine Kombination aus genetischen Faktoren und Verstärkern sowohl zur Erklärung als

2 „... for developing an original method to objectify the description and analysis of the psychotherapeutic process, for formulating a testable theory of psychotherapy and its effects on personality and behavior, and for extensive systematic research to exhibit the value of the method and explore and test the implications of the theory. His ... adaptation of scientific method in his attack on the formidable problems involved in the understanding and modification of the individual person have moved this area of psychological interest within the boundaries of scientific psychology.

auch zur Kontrolle von Verhalten eine bedeutsame theoretische Perspektive darstellen könne. Aber er bezweifelte, dass die äußeren Einflüsse auf den Organismus eine hinreichende Erklärung für alles Verhalten sei, wie Skinner behauptete, und insistierte darauf, dass Verhalten ebenfalls von kreativen und integrativen Prozessen des Organismus selbst bestimmt sein kann. Und im Gegensatz zur Forschungsfrage Skinners, wie diese (Außen-)Steuerung und -Kontrolle (Verstärker-Verhalten-Kontingenzen) effektiver gestaltet werden könnten, ging es Rogers eher um eine Vergrößerung der Effektivität von (innerer) Selbst-Lenkung, Selbst-Aktualisierung, Kreativität und Fähigkeit zur Adaptation.

Was also fälschlich als Rogers' „Ablehnung von Diagnostik" kolportiert wird, ist in Wirklichkeit eine differenzierte kritische Position gegen die Einseitigkeit der traditionell logisch-positivistischen Forschungsperspektive. Gerade in Bezug auf die Psychologie und menschliche Beziehungen schien ihm dieser Ansatz zu enge Grenzen vorzugeben. Die ihm wirklich wichtigen Fragen wurden zu wenig angegangen, zu sehr auf leicht zu erhebende Outcomes reduziert und die Klienten zu sehr objektiviert und dehumanisiert. Für Rogers' theoretische Konzeption wie auch für seine empirische Forschung wurde es zunehmend wichtiger, das phänomenale Feld und die Frage, wie man seinem Tun und Leben Bedeutung verleiht, zu berücksichtigen, statt nur einseitig von außen zu diagnostizieren und zu beschreiben.

Auch heute gibt es ja, selbst in der „Gesprächspsychotherapie", den Trend, mit sehr detaillierten und sogar prozessorientierten Methoden der Psychotherapieforschung entsprechend den derzeitigen Mainstream-Vorgaben vorwiegend aus der Außenperspektive des Beobachters und Skalierers heranzugehen, mit entsprechenden diagnostischen und interaktionsanalytischen Kategorien. Diese Perspektive geht daher wesentlich an dem existenzphilosophischen Kern von Rogers' Ansatz vorbei (im Gegensatz zu Rogers' eigenen Q-Sort-Analysen), wonach das, was die „Existenz" des Menschen ausmacht, eben nicht die Tatsache ist, dass er zur Spezies "Mensch" gehört oder sich bestimmten Kategorien zuordnen lässt, sondern sein Verstehen für sein Selbst und sein Sein. Diese Perspektive auf die Art und Weise, in der jemand seine konkrete Existenz und alles, was damit zusammenhängt, selbst versteht – die ja auch den Kern von Rogers' „Person"-Konzept ausmacht – zentriert im Gegensatz zur Außensicht auf die Innensicht des Menschen selbst.

Allerdings ist dies eben nicht als Absage an empirische Forschung zu verstehen, sondern als eine Herausforderung, mehr adäquate Methoden und Instrumente zu entwickeln.

Zu Rogers' Wissenschaftsverständnis gehört aber auch ein überaus starkes ganzheitlich-theoretisches Interesse. Bereits im letzten Abschnitt seines zentralen Buches 1951, *Client-centered Therapy*, legte Rogers seine „Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens" dar. Er versuchte damit, die Personzentrierte Psychotherapie in ein umfassendes Verständnis der menschlichen Psychologie einzubetten. Wissenschaftliche Forschung, so betonte er, wird mehr und mehr zeigen, *dass* die Personzentrierte Psychotherapie wirkt – aber *warum* und *wie* sie wirkt, kann nur eine psychologische Theorie erklären. Auch hier stellte sich Rogers konträr zu Skinner, in dessen Ansatz ja per definitionem „die Wirkung" alles ist – weshalb die „Psychologie" sich dort ja auch fast ausschließlich auf Tierversuche stützen kann. Rogers' „Selbst"-Theorie, die er in dem o. a. Werk vorgestellt hatte, war über Jahrzehnte überaus einflussreich – auch über den Rahmen der Klinischen Psychologie hinaus.

Einen wesentlich umfassenderen theoretischen Entwurf, *Man and the Sciene of Man*, legte Rogers 1968 vor. Es ging ihm hier um ein noch ganzheitlicheres Konzept zum Verständnis des Menschen unter einer deutlich modifizierten wissenschaftstheoretischen Perspektive. Bedeutsame Impulse dafür stammten bereits aus seinem neunmonatigen Gastaufenhalt an der Stanford University (1961), wo er u. a. ausgiebig mit dem Philosophen Michael Polyani und dem Physiker Richard Feynman (der später den Physik-Nobelpreis erhielt) diskutieren konnte. Aber dieses Konzept war offensichtlich zu kompliziert für seine Leser, die eher an therapeutischer Praxis interessiert waren (oder an den vergleichsweise simplen Erklärungsmustern mancher anderer Ansätze): Es wurden nicht einmal 3000 Exemplare verkauft und das Werk daher auch wenig bekannt.

Aber auch die „einfacheren" Darstellungen seiner Theorie waren – um der Komplexität biologischer und kognitiv-emotionaler Prozesse gerecht zu werden – immer noch für viele offenbar zu schwierig nachzuvollziehen, als dass eine Rezeption ohne Reduzierungen („drei Basisvariablen") oder entwertende Verniedlichungen („freundliches Gespräch") möglich gewesen wäre. Gerade Teile der sich naturwissenschaftlich dünkenden Psychologie hatte (und hat bis heute) Schwierigkeiten, die allzu einfachen Modelle der mechanistischen Weltanschauung des 19. Jahrhunderts zu überwinden und mit Rogers' Konzeption der Entwicklung der Naturwissenschaften ins 20. Jahrhundert zu folgen.

Mit dem zentralen Prinzip für ein personzentriertes Verständnis von Entwicklung, einschließlich Störungsentstehung und Psychotherapie, nämlich der Aktualisierungstendenz, hatte Rogers schon früh ein holistisch-systemisches Konzept erkannt, dessen Bedeutung erst in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zunehmend in der interdisziplinären Forschung entdeckt, belegt und gewürdigt wurde (auch wenn Rogers dabei vorhandene Konzepte, besonders der Gestaltpsychologie, nutzte: Der Begriff der „Selbstaktualisierung" stammt von dem aus Deutschland emigrierten Gestaltpsychologen Kurt Goldstein, der übrigens ebenfalls an der Columbia-University lehrte). Es geht dabei darum, dass komplexe, nicht-linear rückgekoppelte Systeme (was bereits für manche tote Materie gilt, für lebende Systeme geradezu typisch ist) in der Lage sind, ohne von außen induzierte Ordnung, inhärent gegebene Ordnungen zu entfalten und zu realisieren. In heutiger, interdisziplinärer Terminologie spricht man von Selbstorganisationsprozessen (vgl. Kriz 1999). Dass so etwas nicht nur möglich,

sondern für ganze Systemklassen geradezu typisch ist, war noch Mitte des 20. Jahrhunderts für viele Wissenschaftler eher abenteuerliche Spekulation. Entsprechend wurde auch Rogers' Prinzip von vielen missverstanden und abgewertet – selbst in den eigenen Reihen. Noch vor wenigen Jahren schrieb mir ein namhafter Vertreter der deutschen „Gesprächspsychotherapie", der sich sehr für die Verbreitung dieses Ansatzes im deutschen Sprachraum verdient gemacht hat, mit einem so „schwammigen und unwissenschaftlichen Konzept wie der Aktualisierungstendenz" könne er nichts anfangen. Dass in den Naturwissenschaften inzwischen gerade für solche Konzepte längst Nobelpreise vergeben worden waren (Laser, Dissipative Strukturen) hatte er wohl – wie viele seiner psychologischen Kollegen – nicht bemerkt.

Rogers hingegen hat bedeutsame Ergebnisse der interdisziplinären Systemforschung, die seine Vorstellungen über Therapie zunehmend stützten, zumindest wahrgenommen und in seinen Schriften darauf verwiesen – beispielsweise in seinem zentralen Beitrag aus 1980: „Eine der überzeugendsten Darstellungen dieser Position wurde von dem mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Biologen Albert Szent-Gyorgyi (1974) gegeben. Er schloß aus seinem Lebenswerk, daß es mit Bestimmtheit einen Antrieb in allem Lebendigen gebe, sich selbst zu vervollkommnen ... Er gab damit dem Begriff der Aktualisierungsfunktion des Organismus eine solide Stütze." (Rogers / Schmid 1991, 212). Auch die Vergabe des Chemie-Nobelpreises an Prigogine für dessen Selbstorganisationstheorie hat Rogers als weitere Stütze registriert und zitiert.

Es ist Rogers erspart geblieben, miterleben zu müssen, wie am Anfang des 3. Jahrtausends seine Reputation als empirischer Therapieforscher weitgehend in Vergessenheit geriet und seine weittragende theoretische Konzeption von der Psychologie immer noch nicht hinreichend verstanden und gewürdigt wird, sodass starke wissenschaftspolitische Kräfte drohen, die Kontinuität in der Weiterentwicklung dieses Ansatzes zu zerstören – in Deutschland ist sogar durch eine missglückte Formulierung im Psychotherapiegesetz und eine rigorose Ausnutzung ihrer Vormachtstellung durch die beiden einzigen zunächst zugelassenen Verfahren die Ausübung dieser Therapieform (allerdings auch fast aller anderen), und damit auch deren weitere wissenschaftliche Erforschung, derzeit untersagt bzw. extrem eingeschränkt.

Literatur

Hofstätter, Peter R. (1971), Differentielle Psychologie, Stuttgart (Kröner)

Kirschenbaum, Howard (1995), Carl Rogers, in: Suhd, Mel (ed.), Positive regard, Palo Alto (Science and Behavior Books) 1–102

Kriz, Jürgen (1999), Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung, Wien (Facultas/UTB)

Rogers, Carl R. (1987), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Corsini, Raymond (Hg.), Handbuch der Psychotherapie. Bd. 1, Weinheim (Beltz) 471–512; Orig.: Handbook of innovative psychotherapies, New York (John Wiley) 1981

Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (1954), Psychotherapy and personality change, Chicago (University Press)

Rogers, Carl R. (1991), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. /Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 185–237; Orig.: Rogers, Carl R., Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, Harold I. / Sadock, Benjamin J. / Freedman, Alfred M. (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. III, Baltimore (Williams & Wilkins) 1980, 2153–2168

Autor:

Jürgen Kriz, 1944, Dr. phil, Professor für „Psychotherapie und klinische Psychologie" an der Universität Osnabrück im FB „Humanwissenschaften"; Psychotherapeut und Ausbilder für Personzentrierte Psychotherapie (GwG), Mitglied der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer, Korrespondierendes Mitglied der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien, Ehrenmitglied der Deutschen Systemischen Gesellschaft, Berlin, Mitherausgeber von „Gestalt-Theory" und „System Familie", wissenschaftlicher Beirat von „Psychotherapeut", „Integrative Therapie" und „Existenzanalyse". Arbeitsschwerpunkte: Im Rahmen seiner „Personzentrierten Systemtheorie" Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie/Psychopathologie und Bewusstseinsphänomenen, ferner Fragen der Forschungsmethodik.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Kriz
Universität Osnabrück, FB 8,
D – 49069 Osnabrück
E-Mail: kriz@uos.de

Jochen Eckert

Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung

Der 1952 von Hans-Jürgen Eysenck publizierte Artikel „The effects of psychotherapy: an evaluation" wird häufig (z. B. Grawe 1982, 325) als ein Markstein der Psychotherapieforschung bezeichnet. Eysenck versucht in diesem Beitrag zu belegen, dass es keinerlei wissenschaftlich stichhaltige Nachweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie gäbe. Die beobachteten Veränderungen bei Psychotherapiepatienten seien nicht größer als bei vergleichbaren Patienten, deren Symptome und Beschwerden sich auch ohne Psychotherapie im Laufe der Zeit i. S. einer Spontanremission zurückbildeten.

Marksteine dienten ursprünglich der Markierung eines Weges. Eysenck hat mit seinem provokanten Beitrag aber keinen Weg aufgezeigt, sondern auf eine Lücke hingewiesen. Diese Lücke war für die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers bereits zwei Jahre später weitgehend geschlossen, und zwar durch einen wirklichen Markstein in der Psychotherapieforschung, dem 1954 erschienenen Buch „Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach" von Carl Rogers und Rosalind Dymond. In diesem Buch wird die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei der Behandlung von neurotischen Störungen mit der von Eysenck geforderten Methodik – u. a. werden die Effekte in der Therapiegruppe mit den Effekten bei unbehandelten Patienten verglichen – überzeugend nachgewiesen. Außer der Wirksamkeit wurden auch therapietheoretische Annahmen empirisch überprüft. Berichtet wird u. a. über das Ergebnis der Prüfung der Hypothese, dass Klientenzentrierte Psychotherapie zu spezifischen Selbstkonzeptänderungen führe, z. B., dass sich in einer erfolgreichen Klientenzentrierten Therapie das Selbstbild und das ideale Selbstkonzept einander annähern (vgl. Korunka/Nemeskeri/Sauer in diesem Heft).

Eysencks Verdienst wird darin gesehen, dass er mit seinem Artikel eine Phase der Psychotherapieforschung einläutete, die heute als „Phase der Legitimationsforschung" bezeichnet wird. Als er seine Vorhaltungen neun Jahr später (Eysenck 1961) wiederholte, konnte er eigentlich nicht die Klientenzentrierte Psychotherapie meinen, denn in einer in Meltzoff/Kornreich (1970) veröffentlichten Liste von „methodisch ädquaten Therapiestudien mit eindeutig positiven Therapieeffekten", die bis zum Jahre 1959 publiziert worden waren, finden sich Studien mit eindeutig positiven Therapieergebnissen von Klientenzentrierter Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern, als Einzel- und als Gruppentherapie.

„Adäquate Studien mit eindeutig positiven Therapieergebnissen" bis 1959
(nach Meltzoff / Kornreich 1970)

Autoren	Jahr	Patienten/Störung	Therapieverfahren
Chappel & Stevenson	1936	„peptic ulcer"	Psychologisches Training
Grace, Pinsky & Wolff	1954	Colitis ulcerosa	Gruppentherapie
Rogers & Dymond	1954	Neurotische Störungen, vor allem Angst und Depression	**Client-centered therapy (Einzel)**
Harris, Firestone & Wagner	1955	Enuresis bei jungen Erwachsenen (Marinesoldaten)	Verbale Kurztherapie (1 [!] Sitzung)
Morton	1955	Studenten mit „severe personal problems"	Verbale Kurztherapie (4 Sitzungen in 20 Tagen)
Tucker	1956	Männliche Psychotiker	Gruppentherapie
Mundy	1957	geistig retardierte Kinder	**nichtdirektive Spieltherapie (Einzel)**
Coons	1957	überwiegend schizophrene Patienten	Gruppenpsychotherapie
Ends & Page	1957	Alkoholiker	Gruppentherapie
Ends & Page	1959	Alkoholiker	**Klientenzentrierte Gruppentherapie**
Snyder & Sechrest	1959	Psychisch beeinträchtigte Deliquenten	Gruppentherapie
Sinclair-Gieben & Chalmers	1959	Patienten mit Warzen	Hypnose

Die Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie ist offensichtlich bereits Mitte des letzten Jahrhunderts empirisch belegt. Wie ist das zu erklären? Carl Rogers hat sich seit Beginn seiner Tätigkeit als Psychotherapeut und Wissenschaftler stets darum bemüht, sowohl die therapietheoretischen Annahmen als auch das praktische therapeutische Vorgehen und seine Wirkungen empirisch zu erforschen.

Er ist einer der Pioniere der empirischen Psychotherapieforschung, der u. a. als einer der ersten Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen erstellen ließ. Wenn heute Klientenzentrierte Psychotherapeuten ihren Klienten vor und nach der Therapie Fragebögen

aushändigen, die Therapiesitzungen – das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt – auf Tonbandkassetten aufzeichnen und den Verlauf einer Sitzung auf einem sogenannten Stundenbogen einschätzen lassen, dann folgen sie einer auf Rogers zurückgehenden Tradition. Diese Tradition hat immer wieder zu Verwunderung Anlass gegeben. Gilt doch Rogers als einer der führenden Vertreter der Humanistischen Psychologie, von dem man erwartet, dass er sich z. B. der Hermeneutik als wissenschaftlicher Erkenntnismethode bedient. Rogers hat jedoch zur Überprüfung der Effekte von Klientenzentrierter Psychotherapie auf das Forschungsparadigma der naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Psychologie zurückgegriffen, auch wenn ihm die Grenzen dieses Forschungsansatzes bewusst waren: „In unserem Team besteht der Eindruck, daß der logische Positivismus, die Philosophie, in der wir von Berufs wegen aufgewachsen sind, nicht notwendigerweise der Weisheit letzter Schluss darstellt. Vor allem nicht in einem Bereich *(gemeint ist die Psychotherapie, J. E.)*, in dem das Phänomen der Subjektivität solch eine wichtige und zentrale Rolle spielt. Haben wir in diesem Bereich eine optimale Methode zur Wahrheitsfindung entwickelt? Gibt es eine Sicht, möglicherweise aus der existentialistischen Orientierung stammend, die die Werte des logischen Positivismus und die von ihm geförderten wissenschaftlichen Fortschritte bewahrt, aber dennoch breiteren Raum läßt für die existierende Person, die in unserem Wissenschaftssystem das Kernstück bildet?" (Rogers 1959b/1987, 76).

Heute wird die Ansicht vertreten, dass die systemtheoretische Sichtweise möglicherweise die derzeit angemessenste wissenschaftstheoretische Betrachtungsweise für psychotherapeutische Prozesse darstellt (Kriz 1989; Höger 1993).

Folgt man der üblichen Unterscheidung von Erfolgs- und Prozessforschung, so begann die klientenzentrierte Forschungstradition mit Studien zum Therapieprozess. Untersucht wurden die Therapeutenmerkmale, die im Zusammenhang mit einem positiven Therapieergebnis standen, z. B. die Auswirkung von direktivem im Vergleich zu nicht-direktivem Therapeutenverhalten. Die Ergebnisse der ersten systematischen Ergebnis- bzw. Erfolgsforschung legten, wie oben bereits erwähnt, Rogers und Dymond (1954) vor.

Rogers beschreibt 1951 charakteristische Veränderungen bzw. Entwicklungen in der Therapie in sieben Bereichen:

- Veränderung in der Wahrnehmung des Selbst und der Einstellung zum Selbst
- Veränderung in der Art der Wahrnehmung
- Entwicklung zur Bewusstheit von geleugneter Erfahrung
- Charakteristische Entwicklung des Wertungsprozesses
- Charakteristische Entwicklung in der Beziehung
- Charakteristische Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur
- Charakteristische Veränderungen im Verhalten.

Diese multidimensionale Veränderungsmessung gilt heute als methodischer Standard. Zur Erfassung dieser (z. B. Rogers 1959a) und anderer Veränderungen wurden Messinstrumente entwickelt, u. a. ein Selbstbeschreibungsinstrument, ein sogenanntes Q-Sort, mit Aussagen über die eigene Person („ich bin ein unterwürfiger Mensch" oder „ich bin beliebt") und verschiedene Skalen zur Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses. Die Q-Sort-Technik wurde u. a. dazu eingesetzt, therapietheoretische Annahmen zu überprüfen, beispielsweise die, dass sich Selbst- und Idealbild in einer erfolgreichen Psychotherapie einander annähern.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Therapieforschung stellt die sogenannte Wisconsin-Studie dar, deren Ergebnisse in dem Buch „The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics" (Rogers et al. 1967) veröffentlicht wurden. Im Rahmen dieser Studie wurde eine ganze Reihe von Ratingskalen entwickelt und eingesetzt, die den therapeutischen Prozess und die Art und Qualität der therapeutischen Beziehung erfassen sollen.

Diese Art von Forschung erbrachte viele wichtige Erkenntnisse und Bestätigungen von klinischen Theorien. In Deutschland geriet die klientenzentrierte Psychotherapieforschung am Ende der 70er Jahre in eine Krise. Zwei der Gründe dafür lassen sich sicher ausmachen: Zum einen war die Phase der Legitimationsforschung durchlaufen: Psychotherapie – auch die Klientenzentrierte Psychotherapie – war nachgewiesenermaßen wirksamer als keine Psychotherapie. Zum anderen regte sich zunehmend Kritik an der Auffassung, dass sich das psychotherapeutische Geschehen in einer Klientenzentrierten Psychotherapie durch ein halbes Dutzend empirisch gesicherter Therapeuten- und Klientenvariablen abbilden lasse. Mit der Kritik an dieser Entwicklung wurde auch das bisherige Forschungsvorgehen in Frage gestellt (Biermann-Ratjen et al. 1979; Kwiatkowski 1980).

Gegenwärtig steht die Erfolgsforschung im internationalen Trend der störungsspezifischen Wirksamkeitsnachweise (Greenberg et al. 1994). Die Prozessforschung hat sich weiter ausdifferenziert. In sogenannten Mikro-Prozess-Studien werden die Bedingungen mit berücksichtigt, die auf die Therapeut-Klient-Interaktion Einfluss nehmen. Es wird aber erneut auf die Grenzen dieser „vermessenen Außensicht auf den Menschen" (Kriz 2001, 172) hingewiesen, weil diese den existenzphilosophischen Kern der Position Rogers' nicht oder zu wenig erfasst.

Literatur:

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1979; 1997), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, 8. Aufl., Stuttgart (Kohlhammer)

Eysenck, Hans Jürgen (1952), The effects of psychotherapy: an evaluation, in: Journal of Consulting Psychology 15, 319–324

Eysenck, Hans Jürgen (1960), The effects of psychotherapy, in: ders. (Ed.), Handbook of abnormal psychology, New York (Basic Books) 697–725

Greenberg, Leslie / Elliott, Robert / Lietaer, Germain (1994), Research on Experiential Psychotherapies, in: Bergin, Allen E. / Garfield, Sol L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th edition, New York (Wiley) 509–539

Grawe, Klaus (1982), Psychotherapieforschung, in: Bastine, Rainer / Fiedler, Peter A. / Grawe, Klaus / Schmidtchen, Stefan / Sommer, Gert (Hg.), Grundbegriffe der Psychotherapie, Weinheim (Edition Psychologie) 323–331

Höger, Diether (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster Hans (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 17–41

Kriz, Jürgen (1989), Entwurf einer systemischen Theorie Klientenzentrierter Psychotherapie, in: Sachse, Rainer / Howe, Jürgen (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger) 168–196

Kriz, Jürgen (2001), Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim (Beltz – PVU)

Kwiatkowski, Erika (1980), Psychotherapie als subjektiver Prozeß. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung, Weinheim (Beltz)

Meltzoff, Julian / Kornreich, Melvin (1970), Research in psychotherapy, New York (Atherton)

Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.) (1954), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-centered approach, Chicago (The University of Chicago Press)

Rogers, Carl R. (1951) Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler) 1973

Rogers, Carl R. (1959a), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, Eli A. / Parloff, Morris B. (Eds.), Research in psychotherapy. Proceedings of a conference, Washington, DC (APA) 96–107

Rogers, Carl R. (1959b), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (1967), The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics, Madison (The University of Wisconsin Press)

Autor:

Eckert, Jochen, 1940, Dipl.Psych., Dr.phil., Univ.Prof. für Klinische Psychologie / Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder für Gesprächspsychotherapie und Präsident der „Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)", Hamburg.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Jochen Eckert
Loehrsweg 1
D-20249 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

David J. Cain[1]

„Die Fakten sind freundlich."

Belege aus der Forschung für die Effizienz der Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien

Carl Rogers und andere humanistische Psychologen revolutionierten die Art, wie Psychotherapie konzeptualisiert und praktiziert wurde. Rogers lehrte uns zuzuhören und demonstrierte, welch tiefgreifende Wirkung die Haltung des Therapeuten sowie dessen persönliche Qualitäten auf Klienten haben und wie dieser sich mit dem Klienten in Beziehung setzt, sodass Klienten ihre Ressourcen zu konstruktivem Wandel nutzbar machen können. Er brachte uns auch bei, unsere Hypothesen über Psychotherapie mit Hilfe der Forschung zu überprüfen, in der Annahme, dass die Fakten immer freundlich seien. Experienziell orientierte humanistische Psychotherapeuten erkannten die grundlegende Wichtigkeit des emotionalen Lebens und der Körperlichkeit an und zeigten, wie man die emotionalen Erfahrungen wertschätzen, beachten, verarbeiten und aus ihnen lernen kann.

Klientenzentrierte und andere humanistische Psychotherapeuten haben Grund zum Optimismus. Sechzig Jahre Entwicklung in Theorie, Praxis und Forschung haben gezeigt, dass humanistische Ansätze der Psychotherapie so effektiv sind oder sogar effektiver als andere große Therapierichtungen. Bedeutsame Fortschritte ereigneten sich während der letzten 25 Jahre in Theorie und Praxis. Sie werden wahrscheinlich staunen – außer Sie studieren selbst

1 übersetzt von Margarethe Letzel

Psychologie – auf welche Art sich die humanistischen Therapien entwickelten. Bedeutende Forschungsergebnisse häuften sich in den letzten Jahrzehnten sowohl durch naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Anstrengungen, die für ein weites Feld persönlicher Probleme die Effektivität aller zentralen Vorgehensweisen der humanistischen Therapien belegen. Eine kurze Zusammenfassung dieser Befunde, die in „Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice" (2001) enthalten sind, soll in diesem Artikel mit einem Schwerpunkt auf Klientenzentrierter Therapie vorgestellt werden.

Grundbedingungen

Eine umfassende Zusammenschau der Klientenzentrierten Psychotherapieforschung von Bozarth / Zimring / Tausch (2001) stützt stark Rogers' Hypothese von den „notwendigen und hinreichenden" Bedingungen bei den verschiedensten Klienten, die in Einzel- und Gruppentherapie behandelt wurden. Die Autoren folgern, dass „die klare Botschaft von sechs Jahrzehnten Forschung ist, dass es die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist in Kombination mit den Ressourcen des Klienten (außertherapeutische Variablen), die wechselweise 30 % bis 40 % der Varianz bei erfolgreicher Therapie ausmachen (ebd., 168).

Empathie

In der letzen Zeit erwachte erneut das Interesse an therapeutischer Empathie (Bohart / Greenberg 1997). Watson (2001) begutachtete die Forschung zur Therapeutenempathie erneut und entdeckte:

(1) Fast 60 Jahre Forschung zeigen ständig, dass Therapeutenempathie der potenteste Prädiktor für Klientenfortschritte in der Therapie ist und eine wesentliche Komponente für erfolgreiche Therapie bei jeder therapeutischen Vorgehensweise.
(2) Keine Studie weist eine negative Relation von Empathie und Therapieergebnis auf.
(3) Klienten-Ratings bezüglich Therpeutenempathie sind stärkere Prädiktoren für erfolgreiche Resultate als die Ratings außenstehender Rater oder Therapeuten.
(4) Starke Korrelate zwischen Verhalten und Empathie beinhalten direkten Augenkontakt des Therapeuten und seine besorgte Mimik, eine nach vorn gebeugte Haltung und Kopfnicken, eine Stimmlage, die Interesse und emotionale Beteiligung vermittelt, Klarheit in der Kommunikation und den Gebrauch emotionaler Sprache.
(5) Im Gegensatz dazu korrelierten therapeutische Unterbrechungen, Ratschläge und bestätigende Versicherungen negativ mit Therapeutenempathie.

Sachses Mikroprozessanalyseforschung (2001) zeigte, dass die empathischen Reaktionen des Therapeuten die Erfahrungsverarbeitung und Selbstexploration des Klienten vertiefen, aufrecht erhalten oder verflachen können. Weiter zeigte er, dass Klienten wenig von sich aus Erfahrungen verarbeiten und ihre Verarbeitung nicht vertiefen, außer der Therapeut liefert vertiefende empathische Reaktionen.

Emotion in der Psychotherapie

Emotion dient sowohl dazu, dem Organismus Information zu liefern, was für ihn wichtig und bedeutsam ist, als auch die entsprechende Energie für die angemessene Handlung bereit zu stellen. Forschung darüber, wie Therapeuten Klientenemotionen verarbeiten, die von Greenberg / Korman / Paivio (2001) erneut untersucht wurde, weist darauf hin, dass die Fähigkeit des Individuums, seine emotionale Erfahrung genau zu differenzieren, integraler Bestandteil für gesundes Funktionieren ist. Umgekehrt verunmöglicht den Menschen das Vorhandensein einer Dysfunktion in der Fähigkeit, zu emotionaler Information zu gelangen, ihre emotionalen Erfahrungen zu verstehen und einen Sinn zu erkennen.

Forschung über die Erfahrungstiefe in der Therapie zeigte stets einen Zusammenhang mit dem Therapieresultat, besonders in der Klientenzentrierten Therapie. Die Literatur über die Verarbeitung der Emotionen von Klienten, die Greenberg / Korman / Pavio (2001) aufarbeiteten, kam zum Schluss:

(1) Information auf erfahrungsnahe Art zu verarbeiten, wird assoziiert mit einem produktiven Klientenengagement und prognostiziert ein erfolgreiches Ergebnis.
(2) Therapien, die auf die emotionalen Erfahrungen des Klienten fokussieren, werden, wenn dies erfolgreich geschieht, sowohl mit Veränderungen über die Behandlung hinaus als auch mit den Fortschritten während der Therapiesitzungen in Verbindung gebracht.
(3) Emotionale Erregung und deren Ausdruck steht – unter bestimmten Voraussetzungen und mit bestimmten Typen von Klienten und Problemen – in Verbindung mit konstruktiver Veränderung.
(4) Exposition gegenüber Angst erzeugenden Stimuli, während gleichzeitig ein hoher Grad an emotionaler Erregung aufrecht erhalten wird, kann effektiv sein, um Angst zu reduzieren.
(5) Emotion ist wichtig, um persönliche Sinngebung zu reorganisieren.

Focusing-orientierte Experienzielle Psychotherapie

Eugene Gendlins Focusing-orientierte Experienzielle Psychotherapie ist eine nahe Verwandte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine Neubeurteilung der Forschung dazu von Hendricks (2001) fand heraus:

Eine höhere Fähigkeit im Experiencing des Klienten korreliert bei einer ganzen Reihe von therapeutischen Orientierungen und verschiedensten Klientenproblemen mit einem erfolgreichem Therapieergebnis.

Die Fähigkeit zu fokussieren und die Fähigkeit für das Experiencing zu steigern, kann den Klienten beigebracht werden.

Therapeuten, die selbst fokussieren, scheinen effektiver darin zu sein, ihre Klienten darin zu befähigen zu fokussieren.

Andere Therapeutenvariablen

Zusätzlich zu Therapeutenempathie, Kongruenz und bedingungsfreiem positivem Beachten gibt es eine ganze Reihe von anderen Therapeutenvariablen, die mit einer konstruktiven Klientenveränderung stark zusammenhängen. Eine nochmalige Überprüfung von Beziehungvariablen von Therapeuten von Asay / Lambert (2001) zeigte, dass Therapeutenqualitäten wie Glaubwürdigkeit, seine Fertigkeiten und die Bestärkung des Klienten, kombiniert mit der Fähigkeit, sich auf den Klienten einzulassen, auf dessen Probleme zu fokussieren und direkte Aufmerksamkeit für seine affektiven Erfahrungen aufzubringen, hoch mit einer erfolgreichen Behandlung korrelierte. Eine Reihe von Studien, die diese Autoren nannten, wiesen darauf hin, dass die Qualität des therapeutischen Bündnisses grundlegend korreliert mit einem guten Klientenergebnis. Umgekehrt beeinflussen Unterbrechungen im therapeutischen Bündnis den Verlauf der Therapie negativ und müssen daher beachtet und repariert werden.

Zusammengefasst heißt das: Es gibt ziemlich starke Beweise aus der Forschung, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie und andere experienzielle / humanistische Verfahren für alle großen Problemkategorien effektiv sind. Eine Metaanalyse von Elliott (2001) von 86 Studien über humanistische Therapie kam auf eine durchschnittliche Effektstärke von über 1.0. Eine Effektgröße von .8 wird als bedeutend angesehen. Ein Vergleich humanistischer Therapien mit nicht-humanistischen Therapien, einschließlich kognitiv behavioraler Therapien, zeigte, dass sie im Wesentlichen in der Effektivität äquivalent sind. So macht es ganz den Anschein, dass die Vertreter aller großen humanistischen Verfahren einschließlich Klientenzentrierter Therapie, Gestalt, Existenzieller, Focusing- und Experienzieller Therapie, allen Grund haben, bezüglich ihrer Arbeit, sei es einzeln oder in der Gruppe, mit Paaren, Familien oder in Spieltherapien, voll Selbstvertrauen zu sein. Die Fakten sind tatsächlich freundlich.

Literatur

Asay, Ted P. / Lambert, Michael J. (2001), Therapist relational variables, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 531–557

Bohart, Arthur C. / Greenberg, Leslie (1997), Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy, Washington, DC (American Psychological Association)

Bozarth, Jerold D. / Zimring, Fred M. / Tausch, Reinhard (2001), Client-centered therapy: The evolution of a revolution, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 147–188

Cain, David J. / Seeman, Julius (2001), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association)

Elliott, Robert (2001), The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 57–81

Greenberg, Leslie S. / Korman, Lorne M. / Paivio, Sandra C. (2001), Emotion in humanistic psychotherapy, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 499–530

Hendricks, Marion N. (2001), Focusing-oriented / Experiential psychotherapy, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 221–251

Sachse, Rainer / Elliott, Robert (2001), Process-outcome research on humanistic therapy variables, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 83–115

Watson, Jeanne C. (2001), Revisioning empathy, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, Washington, DC (American Psychological Association) 445–471

Autor:

David J. Cain, Ph.D., Doktorat in Klinischer Psychologie und Psychologie des Gemeinwesens an der Universität von Wyoming; zur Zeit Senior Staff Psychologe am Counseling Center der Alliant International University und Adjunct Faculty der Psychologischen Fakultät der Chapman University; Begründer der „Association for the Development of the Person-Centered Approach" und Gründer und Herausgeber der Zeitschrift „Person-Centered Review"; Mitglied der Klinischen Psychologie des „American Board of Professional Psychology" und Mitglied des National Register of Certified Group Psychotherapists; Psychotherapieherausgeber des „Journal of Humanistic Psychology" und Mitherausgeber von „The Humanistic Psychologist"; Herausgeber von "Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice" (2001); sein intensivstes Engagement gilt der Förderung der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie. Er führt eine eigene Praxis in San Marcos, California.

Korrespondenzadresse:

David J. Cain
8590 Indian Ridge Rd.
San Marcos, CA 92078
U.S.A.

Hans Swildens

Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft, ohne Idealisierung

Carl Rogers zu gedenken, heißt zweierlei: Einerseits handelt es sich um den Psychologen, der in den 40er und 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die psychotherapeutische Landschaft wesentlich geändert hat und der Gründer einer Bewegung von holistisch denkenden Psychotherapeuten wurde. Andererseits war Carl Rogers auch der Philosoph und der „stille" Revolutionär, der innerhalb einer vom Szientismus und Materialismus geprägten Gesellschaft einen existenziellen Humanismus predigte und der diese Lehre anzuwenden versuchte, nicht nur in der Pädagogik, sondern auch in der Universitätsausbildung, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und sogar in bestimmten Aspekten der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse.

Um mit den letzteren Aspekten seiner Aktivität und Wirkungssphäre anzufangen: Er war nach eigener Ansicht nicht nur ein stiller Revolutionär, sondern auch „a revolutionary with a narrow focus". Gegner des Vietnamkrieges – seine Aussage „God forgive America, our homedestroying home" erhält in unseren Zeiten eine äußerst peinliche Aktualität – ging er doch nie auf die Barrikaden, sondern erwartete von seiner friedlichen humanistischen Revolution vielmehr einen langsam evolutionär verlaufenden Prozess der Humanisierung der Gesellschaft. Trotz seines behutsamen Engagements in der Anti-Vietnambewegung blieb er doch dem amerikanischen Establishment im Wesentlichen treu.

Im Vorstandsmitglied des „Western Behavioral Sciences Institute", später im führenden Mitarbeiter des „Center for Studies of the Person" ließ und lässt sich weder ein Revolutionär noch ein Prophet erkennen.

Wie steht es um seinen Einfluss in unserem eigenen Bereich, in Europa jetzt? Sowohl im deutschen als auch im niederländischen Sprachraum begegnete seinem Bestreben, die Grundlagen der Psychotherapie zu revidieren, große Begeisterung: Auch hier war diese Begeisterung verschiedenartig motiviert. Sein Impetus verursachte kreative Unruhe in Psychotherapeutenkreisen, die bis dahin überwiegend von der Psychoanalyse dominiert wurden: eine neue, „menschlichere" therapeutische Beziehung, eine andere, holistische, indeterministische und optimistische Sicht auf den Menschen, das alles führte zu Beifall sogar auch in bestimmten psychoanalytischen Kreisen. Ein wichtiger Nebeneffekt wurde die emanzipatorische Wirkung auf die Berufsperspektive der Psychologen: Diese bis dahin nahezu funktions- und befugnislose Gruppe neuer Gamma-Wissenschaftler fand in dem amerikanischen Revolutionär einen Befreier ihrer Ambitionen. Das bedeutete auch praktisch, dass eine große Mehrheit der Rogerianer aus der psychologischen Disziplin stammte.

Innerhalb dieses großen Zuwachses neuer Interessenten und Schüler entstand auch allmählich die inhaltliche Kritik an der neuen Lehre. Diese Kritik war zuerst überwiegend pragmatisch und führte zu Änderungen, Modifikationen und Anpassungen hinsichtlich der Therapiemethode.

Wesentlicher aber war, den philosophischen Kern des Rogers'schen Humanismus zu kritisieren, denn der lag der Praxis zu Grunde. Carl Rogers hat in seinem humanistischen Optimismus in der philosophischen Tradition von Dewey und dem American Dream entsprechend keine Stelle für das Böse in der Welt mehr offen gelassen. Im Wesentlichen versteht er das Böse vielmehr als das misslungene Gute, das Entstellte, Verschrobene, das unabsichtlich von Menschen in der Erziehung usw. verursacht wurde, aber nicht zu seinem Wesen gehört (Diskussion Rogers – May 1981/1982). Diese äußerst menschenfreundliche Annahme ist m. E. ein philosophischer Grundfehler: Dass der Mensch grundsätzlich durch sein Mit-sein mit anderen Menschen, durch sein Angewiesen-sein auf Andere bestimmt ist, bedeutet auch, dass Rivalität, Streit, Kampf um die beschränkten Mitteln zu den Konstitutiva des menschlichen Daseins gehören.

Auch für die Praxis der Personzentrierten Psychotherapie hatte die Annahme einer guten, sozial orientierten und auf Harmonie angelegten menschlichen Natur Konsequenzen gehabt und zu Einseitigkeiten geführt. Der Optimismus ohne Grenzen führte zum Beharren auf der Überzeugung, dass ein optimales menschliches Entgegenkommen (die Rogers'schen Grundhaltungen/Haltungsvariablen) uneingeschränkt und ohne Berücksichtigung diagnostischer Aspekte zum gesunden Heranwachsen des grundsätzlich „heilen" Menschen führen würde. Diese Sicht auf den Rogers'schen Beitrag an der Psychotherapie hat sich mit nur wenig Korrekturen bis auf den heutigen Tage erhalten (vgl. Schmid 1989; 1992).

Die Praktiker unter den Schülern von Rogers, die seit 1970 (Bastine) und späterhin im weiten Kreis die Überzeugung erworben haben, dass die Haltungsvariablen nicht ausreichen, sondern ergänzt und auch differenziell angewendet werden sollten, wenn man der Diversität der Störungen gerecht werden will, konnten nicht mehr überhört werden. Aber diese Praktiker haben sich mehrheitlich kaum mehr um die philosophischen Prämissen des Meisters gekümmert. Sie haben sich in ihrem pragmatischen Denken und Handeln auch nicht mehr so sehr mit den der Machbarkeit zugrunde liegenden Fragen beschäftigt, sondern in heuristischen Lösungen leichtfertig ihre Zielsetzungen angestrebt.

So haben sich derzeit scheinbar zwei Rogers'sche Strömungen entwickelt: eine als versiert imponierende, philosophisch unter-

mauerte, universale Begegnungsidee (Schmid 1989; 1992) und eine abtastend fortschreitende, heuristisch arbeitende, philosophisch weniger untermauerte Methode der Psychotherapie (Finke 1994; 1997; Speierer 1994; Swildens 1989; 1991; 1998). Den letztgenannten schließen sich jetzt die Vertreter der sogenannten „Process-experiental"-Richtung an, die sich mit den personzentrierten Ideen kaum beschäftigen, sondern das fast trockene Flussbett der Rogers'schen Bewegung in Nord-Amerika für ihre experienziell genannten Therapien benutzen, damit den Übergang bahnend für eine integrative Psychotherapie der Zukunft. Ich neige dazu, diese Richtung nur zu markieren, sie aber nicht in die Diskussion einzubeziehen.

Die beiden Erstgenannten, kurz gesagt die Begegnungsphilosophen und die differenzierenden Praktiker, zeigten bis vor kurzem nur wenig Berührungspunkte. Bei einer kürzlich geführten Diskussion aber (Finke/Keil/Stumm 2001) wurde versucht, diese gegenseitige Isolierung aufzulösen und dem Gespräch zwischen den polaren Positionen neue Aufmerksamkeit und Bedeutsamkeit zu schenken.

Wenn dieses Gespräch fruchtbar sein soll, dann ist es wichtig, dass sich beide Gesprächspartner in einer Präambel auf jedenfalls drei Punkte einigen:

1. Die von Rogers beschriebene und empfohlene offene und gleichwertige Beziehung zwischen Therapeut und Klient und die von Rogers geforderte therapeutische Grundhaltung mit den dazu gehörenden Haltungsaspekten sollten der Ausgangspunkt für beide polare Orientierungen bleiben.
2. Die von Rogers postulierte Aktualisierungstendenz verbindet die menschliche Situation mit der der Tiere und bildet so eine brauchbare Arbeitshypothese. Sie sollte aber nicht zu einer einseitig biologistischen und/oder vitalistischen Sicht auf den Menschen führen. Das Studium der Primaten hat zwar zur Überzeugung geführt, dass Vorstufen der menschlichen Verfasstheit hinsichtlich Kommunikation und Sozialisation bei dieser Tiergruppe anzutreffen sind, das Wesen des Menschlichen aber liegt in seiner „exzentrischen Position" (so Plessner 1961), die Selbstreflexion und Sprachlichkeit konstituiert, Selbstbeurteilung und Selbstbestimmung ermöglicht und die Willensfreiheit begründet. Es ist wichtig zu unterscheiden zwischen Aktualisierungstendenz – aufzufassen als Erfüllung des Bauplans und inhärent dem bzw. identisch mit Leben – und andererseits Selbstaktualisierung im Sinne der personzentrierten Theorie. Letztere bedeutet vielmehr das Aktualisieren der selbstgewählten authentischen Zielsetzungen. Das führt zum dritten Punkt.
3. Der von Rogers vertretenene Indeterminismus und die damit zusammenhängende grundsätzliche, wenn auch praktisch immer begrenzte Freiheit des Menschen sollten Ausgangspunkt bleiben. Sie begründen die Rogers'schen Auffassungen in der existenzphilosophischen Entwicklung des Abendlandes. Die menschliche Existenz – als orientiert am Ideal des Angehens und Erschließens der strikt eigenen beschränkten Zukunft und des sich Entscheidens für die eigenen Aufgaben der Person – verbindet mutatis mutandis die personzentrierte Theorie mit der Existenzphilosophie. Hat Punkt 2 vor allem Bezug auf die Faktizität, so bezieht sich Punkt 3 auf die Existenzialität im Heidegger'schen Sinne. Zwischen beiden Aspekten der menschlichen Existenz bewegt sich Rogers.

Die Praktiker sollten sich in dieser Diskussion gebunden wissen an das Ideal der therapeutischen Begegnung. Begegnung wäre dabei zu definieren als eine gleichwertige und ebenbürtige Beziehung zweier Menschen, die sich ihrer menschlichen Verwandtschaft bewusst sind, sich für einander öffnen und einander verstehen wollen sowie sich vertrauensvoll und mit Respekt zu einander hinwenden. Ungeachtet dessen, dass dieses Ideal sich aber in manchen Fällen als eine praktische Unmöglichkeit zeigt, fehlt ohne wirkliche aktive Begegnungsorientiertheit das für erfahrungsmäßige Verschiebungen notwendige Klima. Das ist die Lackmusreaktion der Methode. Trotzdem muss in der therapeutischen Praxis auch die Verantwortlichkeit des Therapeuten für den Verlauf der Therapie und für das Erreichen der angestrebten Ziele stark betont werden. Ohne lenkende und konfrontierende Interventionen stagniert schon bald die Therapie. In diesem Spannungsfeld sollte der prozessorientierte Psychotherapeut seine richtige Stelle finden. Sich klientenzentriert nennende Psychotherapeuten, die nur konfrontieren, können zwar unter Umständen zielorientiert wirken und so erfolgreich sein, aber sie gehören nicht zu unserer Blutgruppe.

Von den Begegnungsphilosophen wird verlangt, dass sie sich mit der grundsätzlichen menschlichen Beschränktheit auseinandersetzen: einerseits als Unzulänglichkeit und Endlichkeit, Krankheit und Tod, sowie als fehlgegangene Selbsterhaltung sich manifestierend in Hass, Eifersucht, Aggression und Krieg, andererseits als schicksalhafte Fehlveranlagung, Störung und Defekt. Diese zum Wesen des Menschen gehörende Beschränktheit hat Konsequenzen für die Sicht auf die therapeutischen Möglichkeiten. Psychotherapeutisches Vorgehen kann nie exklusiv begegnungsorientiert sein, sondern muss notwendigerweise immer auch von Sachverstand getragen werden im Sinne der Prozessorientierung und das bedeutet: Unser Ansatz kann nur dann als wirksame Psychotherapiemethode bestehen, wenn der Psychotherapeut sich verantwortlich weiß für den Fortgang des Prozesses und für das Erreichen der Ziele.

Zum Gedenken des hundertsten Geburtstages von Carl Rogers könnte man der Rogers'schen Bewegung wünschen, dass sie – konform den Absichten des Gründers – aufhört, ihn zu idealisieren – er war weder ein Prophet, noch ein Revolutionär oder ein bedeutender Philosoph – sondern vielmehr sein Vermächtnis ernst nimmt. Dieses wurde inzwischen ein lebendiges Erbe und führt(e) ein eigenes Leben in ganz anderen Verhältnissen als jenen, in denen sich der Gründer befand. In diesem Zusammenhang ist es für uns Erben wichtig, dass wir unterscheiden zwischen Wesentlichem und Nebensächlichem, zwischen Grundannahmen der personzentrierten Theorie und die Methode begründenden Thesen einerseits und anderer-

seits der späteren Erarbeitung von Aspekten der Theorie manchmal in Zusammenhang mit der Theoriebildung oder der Praxis von ideologisch fremdem Boden – unter Umständen sogar inkompatibel mit personzentrierten Auffassungen.

Für das heutige Gespräch zwischen Befürwortern der Begegnungsidee in der Psychotherapie und den Praktikern, die sich mit der Differenzierung der Gesprächspsychotherapie beschäftigen, ist es wichtig, dass man sich zuvor auf die wesentlichen Grundannahmen einigt, bevor man anfängt über die weiteren theoretischen Konzepte und praktischen Anwendungen zu diskutieren.

Literatur:

Finke, Jobst (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)

Finke, Jobst (1997), Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie, Stuttgart (Thieme)

Finke, Jobst/Keil, Wolfgang W./Stumm, Gerhard (2001), Unveröffentlichte Vorträge auf dem Fachsymposium „Gesprächspsychotherapie bei Komorbidität. Störungstheorie und Behandlungspraxis", gehalten am 9. November 2001 in Hemer (Hans-Prinzhorn-Klinik)

Heidegger, Martin (1953), Sein und Zeit, Tübingen (Niemeyer)

May, Rollo (1982), The problem of evil: An open letter to Carl Rogers, in: Journal of Humanistic Psychology 22, 3, 10–21

Plessner, Helmuth (1961), Lachen und Weinen, Bern, Francke

Rogers, Carl R. (1981), Notes on Rollo May, in: Perspectives 2, 1 (special issue: Rollo May: Man and philosopher) [auch in: Kirschenbaum, Howard/Henderson, Valerie (Eds.), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others, London (Constable) 237–239]

Rogers, Carl R. (1982), Reply to Rollo May's letter, in: Journal of Humanistic Psychology 22, 4, 85–89

Schmid, Peter F. (1989), Personale Begegnung. Der personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg (Echter)

Schmid, Peter F. (1992), Bescheidenheit ist eine Zier, doch weiter ... Das Selbstverständnis des Personzentrierten Psychotherapeuten, in: Frenzel, Peter/Schmid, Peter F./Winkler, Marietta (Hg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 39–69

Speierer, Gert-Walter (1994), Das Differentielle Inkongruenz Modell (DIM), Heidelberg (Asanger)

Swildens, Hans (1989), Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie, in: Behr, Michael / Petermann, Franz/Pfeiffer, Wolfgang/Seewald, Cornelia (Hg.), Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie Bd. I, Salzburg (Otto Müller) 80–106

Swildens, Hans (1991), Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG) [holl. Orig.: Procesgerichte gesprekstherapie, Utrecht (de Tijdstroom) 1988; 5. überarbeitete und erweiterte Auflage 1997]

Swildens, Hans (1998), De persoon van de psychotherapeut: een clientgerichte visie, in: Tijdschrift voor Psychotherapie 24, 6, 408–420

Autor:

Swildens, Hans, 1924, Psychiater, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Begründer der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie, Ausbilder und Supervisor in der „Vereniging voor clientgerichte psychotherapie" in den Niederlanden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hans Swildens
Putterstraat 28
NL–5256AN Heusden

Jobst Finke

Die Therapietheorie der Personzentrierten Psychotherapie

Die Bedeutung der Therapietheorie für den Personzentrierten Ansatz

Ist für die Psychoanalyse die Störungstheorie, also die Lehre von den Neurosen, von ihren Ursachen und ihren Entwicklungsgesetzen, das dieses Verfahren charakterisierende und bestimmende Moment, so ist für die Personzentrierte Psychotherapie die Therapietheorie das eigentliche Signum. Als Amerikaner war Carl Rogers genügend vom Pragmatismus beeinflusst, um vor allem an der Frage interessiert zu sein, wie seelisches Leiden zu beheben ist, wie Änderung ermöglicht werden kann. Natürlich leugnete er nicht jegliche Bedeutung einer Kenntnis von Ätiologie und Genese psychischer Störungen für das therapeutische Vorhaben, aber er relativierte sie, zumal er mit Recht von dem hypothetischen Charakter vieler solcher Erkenntnisse überzeugt war. Vor allem auch wusste Rogers darum, dass mehr noch als in der Heilkunst somatischer Störungen das Wissen um das Zustandekommen seelischer Erkrankungen dem Therapeuten noch nicht unmittelbar das Werkzeug zu ihrer Behebung

in die Hand gibt. Aus dem Störungswissen lässt sich nur bedingt ein gültiges Änderungswissen ableiten, bzw. solche Ableitungen bedürfen der empirischen Überprüfung. Das konsequente Bemühen um solche Überprüfungen von Änderungshypothesen hat Rogers zu einem Pionier der empirischen Psychotherapie-Prozessforschung gemacht (vgl. den Beitrag von Jochen Eckert in diesem Heft).

Als Ergebnis dieser Bemühungen hat Rogers die bekannten sechs Bedingungen einer wirksamen Psychotherapie formuliert (Rogers 1957), von denen später drei als die sogenannten Kernmerkmale hervorgehoben wurden:

Das Bedingungsfreie Akzeptieren, das Einfühlende Verstehen und die Kongruenz bzw. Echtheit des Therapeuten. Diese Merkmale sind zwar durch empirische Forschung eruiert worden, gleichwohl liegen ihnen therapietheoretische Prämissen zugrunde. Diese lassen sich wie folgt formulieren:

1. Verändern durch Anerkennen
2. Verändern durch Verstehen
3. Verändern durch Begegnen

Diese Positionen stehen therapietheoretisch in einem sich ergänzenden wie sich gegenseitig bedingenden Gefüge zueinander (Keil 1998). Sie sind jetzt im Einzelnen zu erörtern.

Veränderung durch Anerkennen

Diese Position ist vielleicht die für Rogers wichtigste. Zumindest ist sie die charakteristischste insofern, als sie in keinem anderen Verfahren mit dieser Nachdrücklichkeit vertreten wird. Sie prägt auch in wesentlicher Weise die beiden anderen Positionen, vor allem die des einfühlenden Verstehens, wovon gleich noch die Rede sein wird.

Die Grundannahme, dass Veränderung möglich ist schon allein durch bedingungsloses Anerkennen und Akzeptieren der Person des Klienten, hat eine individualtheoretische und eine sozialtheoretische Komponente. Hinsichtlich der ersteren verweist diese Annahme auf die Entwicklungspotenzen in jedem Menschen, auf seine grundsätzliche Fähigkeit, sich gemäß seinem Entwurf, seiner inneren Bestimmung von sich aus zum Konstruktiven zu entwickeln, dass also eine gezielte und strategisch subtil abgestimmte Einflussnahme oder gar eine wie auch immer verstandene therapeutische Zurichtung des Klienten nicht nötig, ja oft sogar schädlich ist. Denn der Klient findet nur zu Selbstverwirklichung, wenn er auch in der therapeutischen Situation auf der Suche nach seinem Selbst selbstbestimmend sein kann. Da andererseits aber auch vorausgesetzt wird, dass für eine Aktualisierung der Entwicklungspotenzen die akzeptierende und bejahende Haltung einer relevanten Bezugsperson bzw. des Therapeuten nötig ist, verweist diese Position auch auf das grundsätzliche Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung, auf sein Angewiesensein auf Gemeinschaft (Schmid 1998) und damit auch auf die Grenzen seiner Autonomie.

Das therapeutische Anerkennen wirkt auf den Patienten wie eine Bestärkung und Ermutigung. Therapietheoretisch ergibt sich so aus dieser Position der hohe Stellenwert, der in der Personzentrierten Therapie dem Mobilisieren von Ressourcen des Patienten zuteil wird, ein Wirkfaktor, auf dessen Bedeutung besonders Grawe (1996) hingewiesen hat.

Verändern durch Verstehen

Die Konzeption, dass das neurotische Leiden eine Art Störung des Selbstverstehens und der Selbstverständigung darstellt, so dass durch die Interventionen (Deutungen) des Therapeuten dem Patienten der verstehende Zugang zu sich selbst, zu seinem „Unbewussten" ermöglicht werden muss, ist die entscheidende therapietheoretische Position der Psychoanalyse. Was also ist das Besondere des Konzeptes „Einfühlendes Verstehen" der Personzentrierten Psychotherapie gegenüber dem Deutungs-Paradigma der Psychoanalyse? Was unterscheidet das Verstehen in der Gesprächspsychotherapie von dem der Psychoanalyse? Sehr treffend, fast wie in hellsichtiger Voraussicht, hat dies ein Autor formuliert, der die Personzentrierte Psychotherapie noch gar nicht kennen konnte, der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers. In seiner „Allgemeinen Psychopathologie" (1959; 1. Auflage 1913; in den Auflagen der 20er und 30er Jahre jeweils erweitert) stellt er zwei Verstehenshaltungen gegenüber:

„Verstehen ist Erhellen und Entlarven. Verstehende Psychologie hat in ihrem Verfahren eine merkwürdige Doppeltheit. Sie kann oft wie boshaft erscheinen in der Entlarvung von Täuschungen, sie kann gütig erscheinen in dem Bejahen durch Erhellen eines Wesenhaften. Beides ist ihr zugehörig. Im faktischen Betrieb drängt sich oft die boshafte Seite auf. Skeptisch oder hassend meint man ständig nur, ‚dahinter zu kommen'. Die *Wahrheit dieses Verstehens* will ein Durchschauen der universalen Unwahrhaftigkeit sein. ... Der verstehende [also der Klient – J. F.] gerät sich selber gegenüber in Verzweiflung: ‚Zwischen hundert Spiegeln vor dir selber falsch' – er scheint in sich das Nichts zu finden. Dagegen ist das erhellende Verstehen eine bejahende Grundhaltung. Sie geht liebend auf das Wesen, sie vergegenwärtigt, vertieft dessen Anschauung, sieht das substantiell Seiende vor ihren Augen wachsen. Die entlarvende Psychologie baut ab und findet ‚nichts weiter als ...', die erhellende Psychologie bringt positiv zum Bewußtsein, was ist. Die entlarvende Psychologie ist das unumgängliche Fegefeuer, in dem der Mensch sich prüfen und bewähren, sich reinigen und verwandeln muß. Die erhellende Psychologie ist der Spiegel, in dem das bejahende Selbstbewußtsein und die liebende Anschauung fremder Wirklichkeit möglich wird."

Es soll hier unerörtert bleiben, ob Jaspers mit der Rede vom entlarvenden Verstehen der Psychoanalyse seiner Zeit gerecht geworden ist. Er beschreibt jedoch der Tendenz nach ein wichtiges Unterscheidungskriterium. Er stellt gewissermaßen einer Entlarvungs- und Enthüllungshermeneutik eine Erhellungs- und Erweckungshermeneutik gegenüber. Letztere zielt auf die positiven Möglichkeiten des Patienten, auf die Aktualisierung dessen, was der Patient

seinem Entwurf nach sein könnte. Der „Kunst des Argwohns und des Misstrauens" (Nietzsche) wird die Entschlossenheit zum Vertrauen in die konstruktiven Möglichkeiten des Patienten und die „liebende Anschauung" seiner Wirklichkeit gegenübergestellt. Die denunziatorische Geste, mit der die Selbsttäuschungen des Patienten demaskiert werden, soll einen Gegenpart finden in einem „Appell an Freiheit" (Jaspers), in einem Versuch, durch eine „bejahende Grundhaltung" die Notwendigkeit solcher Selbsttäuschungen aufzuheben. Auch in der Personzentrierten Therapie sollen, wie Rogers formuliert, verzerrte Symbolisierungen in exakte Symbolisierungen eigener Wünsche und Gefühle überführt werden. Aber diese Entzifferungsarbeit geschieht hier im Hinblick auf die konstruktiven Möglichkeiten des Patienten.

Wichtig für die Bezugnahme auf die Personzentrierte Psychotherapie ist auch die enge Verbindung, die Jaspers zwischen dem Verstehen und der „bejahenden", also akzeptierenden und anerkennenden, Grundhaltung sieht. Dieser enge Zusammenhang zwischen der Haltung des therapeutischen Verstehens und der des bedingungsfreien Akzeptierens führt zu einem ganz entscheidenden Moment des gesprächspsychotherapeutischen Verstehenskonzeptes: zur Alter-Ego-Beziehung (Finke 1999). Wie kein anderer vor ihm hat Rogers hier eine Position der Hermeneutik für die Psychotherapie fruchtbar gemacht, nach der der Verstehende „sich gleichsam in den anderen verwandeln" muss (Schleiermacher 1977), sich in den anderen „hineinversetzen" und zu einem inneren „Mitvollzug seiner Werke und Taten" (Dilthey 1927) bereit sein soll. Dieses „Sich-in-den-anderen-verwandeln" impliziert ein Akzeptieren und Bejahen des Anderen. Der therapeutische Sinn eines Verstehens aus der Alter-Ego-Position besteht vor allem darin, das innere Zwiegespräch des Patienten mit sich selbst wieder anzuregen.

Beim Verstehen aus der Alter-Ego-Position verzichtet der Therapeut auf jede belehrende Aufklärung des Patienten aus der Haltung eines scheinbar objektiven Beobachters („Das ist bei Ihnen so, weil Sie im Grunde genommen doch nur ..."), vielmehr ist der Therapeut bemüht, den Patienten „aus sich selbst heraus" oder wie Rogers formulierte „aus seinem Bezugssystem heraus" zu verstehen. Das Verstehen aus der Rolle eines anderen Selbst des Patienten ist ein sich selbst begrenzendes Verstehen, das sich zunächst darauf beschränkt, die Auseinandersetzung des Patienten mit sich selbst zu fördern, und das auf die entsprechenden Möglichkeiten des Patienten, „verzerrte Symbolisierung" (Rogers 1959/1987) wieder zu decodieren, vertraut. In dieser Förderung einer Wiederaufnahme der abgebrochenen Selbstverständigung wird ein entscheidender Änderungsschritt gesehen.

Verändern durch Begegnen:

Etwa ab Ende der 50er Jahre betonte Rogers zunehmend das Merkmal Kongruenz/Echtheit und er sah nun in der „Begegnung von Person zu Person" (Rogers 1957; 1961/1973) den bedeutsamen Faktor des Therapieprozesses. Der Therapeut sollte nun nicht mehr sein eigenes Selbst beiseite stellen, um ganz zum anderen Selbst des Klienten zu werden, sondern er sollte als „reale Person" dem Patienten gegenübertreten und sich ihm transparent machen. Es wird die Unmittelbarkeit und die Gegenwärtigkeit des Therapeuten gefordert (Schmid 1999). In Behandlungsmerkmalen wie Konfrontieren, Beziehungsklären und vor allem Selbsteinbringen hat dieses Therapiekonzept, meist durch die Arbeiten von Rogers' Schülern (Carkhuff 1969), seine Konkretisierung gefunden.

In gewisser Hinsicht stellt diese Entwicklung therapietheoretisch einen Paradigmenwechsel dar. Denn der bedeutsame Wirkfaktor scheint nun weniger in einem einfühlsam-verstehenden Mitvollzug des Erlebens des Klienten als in der Möglichkeit gesehen zu werden, diesem neue und konstruktive Beziehungserfahrungen und damit die Ungültigkeit seiner bisherigen verzerrten Beziehungswahrnehmungen und -erwartungen zu vermitteln (Pfeiffer 1993). Die Alter-Ego-Position als ursprünglich zentrales Beziehungskonzept des Personzentrierten Ansatzes wird abgelöst von der Dialogbeziehung.

Es ist aber festzuhalten, dass eine solche alternative Sichtweise weder Rogers noch die meisten heutigen Gesprächspsychotherapeuten teilen würden. Die Einführung der Dialogbeziehung stellt vielmehr eine Verbreiterung der therapietheoretischen Basis dar, die zu einer Erweiterung der therapeutischen Handlungsmöglichkeiten und damit auch der Indikationsbereiche führt. Therapiepraktisch bestimmen die therapeutische Situation, die Art des Klienten und seiner Störung sowie Art und Phase des therapeutischen Prozesses (Swildens 1991), wann welche Interventionsformen indiziert sind. Interventionen auf der Ebene der Dialogbeziehung ergänzen also nur jene Interventionen, die aus einer Alter-Ego-Position heraus erfolgen. Die Einführung des Begegnungs-Momentes bzw. der Dialogbeziehung in die Personzentrierte Psychotherapie bedeutet also auf der Ebene therapietheoretischer Überlegungen eine Erhöhung der Komplexität und auf der Ebene der Therapiepraxis eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten (Finke 1994).

Literatur:

Carkhuff, Robert R. (1969), Helping and human relations, Vol. I: Selection and training, New York–Chicago (Holt, Rinehart and Winston)

Dilthey, Wilhelm (1927), Das Verstehen anderer Personen und ihrer Lebensäußerungen, in: Gesammelte Schriften Bd. VII, Leipzig–Berlin (Teubner)

Finke, Jobst (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart-New York (Thieme)

Finke, Jobst (1999), Beziehung und Intervention, Stuttgart–New York (Thieme)

Grawe, Klaus (1996), Understanding change, in: Esser, Ulrich / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (Eds.), The power of the Person-centered-approach, Köln (GwG)

Jaspers, Karl (1959), Allgemeine Psychopathologie, Berlin-Göttingen-Heidelberg (Springer)

Keil, Wolfgang W. (1998), Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1, 32–44

Pfeiffer, Wolfgang M. (1993), Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen, in: Teusch, Ludwig / Finke, Jobst (Hg.), Krankheitslehre der Gesprächpsychotherapie, Heidelberg (Asanger) 1993, 19–40

Rogers, Carl R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, 165–184

Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client–centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. ([1961] On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin); dt.: (1973b), Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart (Klett) 1973

Schleiermacher, Friedrich D. E. (1977), Hermeneutik und Kritik, Frankfurt/M. (Suhrkamp)

Schmid, Peter F. (1998), Im Anfang ist Gemeinschaft, Stuttgart (Kohlhammer)

Schmid, Peter F. (1999), Person-Centered Essentials, in: PERSON 3, 139–141

Swildens, Hans (1991), Prozeßorientierte Gesprächypsychotherapie, Köln (GwG)

Autor:

Jobst Finke, 1937, Dr., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Essen, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)“, Essen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Barkhovenallee 171
D–45239 Essen

Tom Greening[1]

Carl Rogers als „direktiver“ Psychotherapeut

Obwohl ganz zu Beginn Carl Rogers’ Methode, oder besser gesagt, seine Art, mit den Klienten zu sein, „nicht-direktiv“ genannt wurde, war sie meines Erachtens nie nicht-direktiv. Tatsächlich könnte man sie ironischer- oder provokativerweise sogar die direktivste Form von Psychotherapie nennen. Warum das? Weil sie die KlientInnen dahin führt, sich auf ihren Fluss des Erlebens zu konzentrieren oder darauf konzentriert zu bleiben, und zwar auf allen Ebenen des Bewusstseins (kognitiv, affektiv, physisch, relational, spirituell) und dies während der ganzen Sitzung. Und implizit und manchmal sogar explizit bringt sie die KlientInnen dazu, sich selbst als Person zu bewerten und zu ergründen und wertzuschätzen und daraus zu lernen, was sie hier entdecken und was sich aus diesem Personsein entfaltet.

Andere Therapiemethoden konzentrieren sich vielleicht auf das Verhalten oder die Kognitionen oder die freien Assoziationen etc. – alles wichtig, aber es sind nur Teile der ganzen Person und ihres unmittelbaren Seins in der therapeutischen Begegnung. Personzentrierte Therapie ist daher direktiv auf die Person zentriert und deren volle existenzielle Erfahrung des Seins und Werdens mitten im eigenen Leben in der Gegenwart eines zugewandten, aufmerksamen und, ja, „direktiven“ Therapeuten.

Daher, um dieses Paradox noch weiter zu untersuchen, können andere Therapien „diversifizierend“, „ablenkend“ „reduktionistisch“ oder „nicht-direktiv“ genannt werden, da sie irreführend sind, die KlientInnen vom Kern ihres Seins und ihrer vollen Authentizität wegführen, um sie „in Ordnung zu bringen“, „anzupassen“, „zu behandeln“ oder sie zu „kurieren“.

Wenn man ein Video anschaut, in dem Rogers mit einem Klienten interagiert, zeigt das klar, wie direktiv, intensiv, präsent, einladend,

1 übersetzt von Margarethe Letzel

begegnend und bestätigend er war. Parodien oder Imitationen nicht-direktiver Therapie entgeht dieses Wesentliche. Jeder, der TherapeutInnen in Ausbildung supervidiert hat, weiß, wie schwierig es sein kann, die Lernenden dazu zu bringen, sich zu konzentrieren, mitzugehen, die tatsächliche Bedeutung zu reflektieren, aktiv zuzuhören und zu bestätigen, während sich der eigene Prozess des Klienten vertieft und ausrichtet.

Letztlich ist Personzentrierte Therapie direktiv darin, dass sie darauf abzielt, die Bedingungen, die Stimuli und die Unterstützung für Klienten bereitzustellen, dass sie aktive, selbstbestimmte Handelnde im Leben werden.

Autor:
Tom Greening, 1930, Ph. D., Professor für Psychologie an der Saybrook Graduate School, Herausgeber des „Journal of Humanistic Psychology"; Psychotherapeut in freier Praxis seit 1958.

Korrespondenzadresse:
Thomas Greening, Ph. D.
1314 Westwood Blvd., Suite 205
Los Angeles, CA 90024
E-mail: tgreening@saybrook.edu
Homepage: www.tom.greening.com

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Zur Entwicklungspsychologie von Rogers

In einem psychotherapeutischen Prozess interessieren sich die Klienten zunehmend für sich selbst, sie beginnen sich zu fragen, wer sie wirklich sind, und beginnen zu spüren, dass sie Angst davor haben, ihre eigenen Erfahrungen zu machen. Sie erfahren sich selbst aber mehr und mehr und entdecken dabei, dass es so etwas wie ein wahres Selbst gibt, das sie dann mehr und mehr wahrhaben können und entwickeln wollen (vgl. Rogers 1959, 201f). Diese Beobachtung, dass im psychotherapeutischen Prozess Erfahrungen gemacht werden, die zur Veränderung des Selbstkonzepts führen, war einer der zentralen Ausgangspunkte bei der Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts durch Carl Rogers.

Selbstentwicklung ist im Klientenzentrierten Konzept als Selbstaktualisierung und damit als ein wesentlicher Teil der Aktualisierung konzipiert. Nach Rogers ist die Aktualisierungstendenz das einzige Motiv, das im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts angenommen wird (vgl. Rogers 1959, 196). Die Selbstaktualisierung ist konzipiert als die Integration von Selbsterfahrung in ein Konzept von einem wahren Selbst.

So wie Psychotherapiepatienten ihre Entwicklung im psychotherapeutischen Prozess mit ihren eigenen Worten als Selbstentwicklung beschreiben, stellen sie dar, dass sie diese Entwicklung im Rahmen einer Beziehung zum Psychotherapeuten gemacht haben. Sie beschreiben diese Beziehung als eine, in der sie sich verstanden und aufgehoben und wirklich als ganze Person mit all ihren Fehlern und Schwächen angenommen gefühlt haben. Und das tun nicht nur die Klienten eines Klientenzentrierten Psychotherapeuten. Das tun auch Patienten, die von einer Konfrontationstherapie profitiert haben, und auch solche, die ihre Entwicklung in der Therapie auf die Durcharbeitung einer Übertragung zurückführen.

Solche Beobachtungen, die jeder, der Katamnesen durchführt, jederzeit machen kann, haben zu Carl Rogers' berühmt gewordener Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen durch den psychotherapeutischen Prozess geführt. Die Bedingungen sind: (1) Ein psychologischer Kontakt, in dem (2) die eine Person, der Klient, inkongruent ist, mit Erfahrung beschäftigt ist, durch die sie sich in ihrem Selbstverständnis in Frage gestellt erlebt, (3) während die andere Person, der Therapeut, das eben nicht ist. Er ist kongruent, was auch bedeutet, dass er sich seines gesamten Erlebens im Kontakt mit dem Klienten bewusst werden könnte. (4) Der Therapeut kann fühlen, dass er den Klienten bedingungslos wertschätzt, und (5) er erlebt, dass er den Klienten empathisch versteht. (6) Der Klient nimmt zumindest in Ansätzen wahr, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und bedingungslos wertschätzt.

In dieser Abstraktion taucht auch das Konstrukt Inkongruenz/Kongruenz im Sinne der Unfähigkeit/Fähigkeit auf, sich seiner Erfahrung bewusst zu werden. Es ist zentral für die Erklärung von psychischen Erkrankungen, die psychotherapeutisch behandelt werden können.

Wir können annehmen, dass die Bedingungen für die Selbstentwicklung im psychotherapeutischen Prozess dieselben sind wie in der frühkindlichen Entwicklung, die die Grundlage für die Entwicklung von mehr oder weniger psychischer Gesundheit ist. Das Selbst entwickelt sich von der Wiege an in Situationen, in denen die Person in ihrer Selbsterfahrung empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird von einer anderen Person, die nicht zugleich mit ihrem eigenen Selbstverständnis in der Weise beschäftigt ist, dass sie sich nur eines Teils ihrer Erfahrung in der Situation des

psychologischen Kontaktes mit dem Kind bewusst werden kann. Erfahrungen, in denen das Kind nicht empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird bzw. auf die die wichtige andere Person mit Inkongruenz reagiert, können nicht in das Selbstkonzept integriert werden.

Die Aktualisierungstendenz zeigt sich vor allem in der Form, dass jede Erfahrung vornehmlich affektiv im Hinblick darauf bewertet wird, ob sie eine der Erhaltung und Förderung des Organismus ist oder eine der Bedrohung und Behinderung. Die in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen sind also immer zweifach bewertete: Sie sind von der Person selbst als ihre Entwicklung mehr oder weniger fördernd und/oder erhaltend bewertet worden. Und sie sind sozial als der unbedingt positiven empathischen Beachtung wert beurteilt worden.

Wenn sich ein erstes Selbstkonzept gebildet hat, kann sich, so Rogers, die Aktualisierungstendenz spalten. Erfahrungen werden nun nicht mehr nur als die Erhaltung und Entwicklung des ganzen Organismus mehr oder weniger fördernd und/oder bedrohend bewertet. Erfahrungen werden nun auch als das Selbstkonzept bestätigend oder in Frage stellend bewertet. Und Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen, werden als Bedrohung, affektiv als ängstigend, erlebt. Wenn sie nicht einfach nicht wahrgenommen oder verzerrt werden, so als passten sie doch zum Selbstkonzept, versteht und akzeptiert sich die Person in ihnen nicht oder reagiert auf sie wie in einer Belastungssituation bzw. wie auf einen Angriff von außen (vgl. Swildens 1991) mit aggressiver Verteidigungsbereitschaft, Fluchtbereitschaft, indem sie sich selbst und/oder den anderen bezüglich des wahren Affekts täuscht, und/oder depressiv wird bzw. indem sie sich mehr oder weniger tot stellt. Diese „Notfallreaktionen" treten in einem persönlich und situationsabhängig je unterschiedlichen Mischungsverhältnis auf. Als bedrohlich, weil das Selbstkonzept in Frage stellend, werden nicht nur alle Erfahrungen bewertet, die beinhalten, dass die Person nicht empathisch verstanden und nicht unbedingt wertgeschätzt wird. Als bedrohlich werden auch alle Erfahrungen erlebt, die Wiederholungen von Erfahrungen sind, die bei ihrem ersten Auftauchen nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten.

Wenn aber das Kind – und später der Patient – z. B. in einer aggressiven Notfallreaktion der Selbstverteidigung sich zwar selbst nicht verstehen und akzeptieren kann, aber korrekt und vollständig von einer anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird, dann kann er auch diese Selbsterfahrung („Ich bin so wütend, dass ich sie schlagen möchte, und verstehe und akzeptiere mich nicht in dieser Selbsterfahrung") zusammen mit der Erfahrung, die sie ausgelöst hat („Ich bin unglücklich, wenn ich mir vorstelle, dass sie mich wegschicken könnte"), in das Selbstkonzept integrieren.

Bei der Beschreibung von psychischen Fehlentwicklungen hat Rogers darauf hingewiesen, dass zusammen mit einem ersten Selbstkonzept nicht nur Angst bei Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen, erlebbar werde, sondern auch ein Bedürfnis nach positiver Beachtung. Wenn das Kind nicht unbedingte Wertschätzung in seinem Erleben erfahre, sondern selektiv, je nach dem, was es gerade erlebt, als der positiven Beachtung mehr oder weniger wert angesehen wird, werde die Befriedigung oder die Frustration in dem Bedürfnis nach positiver Beachtung in bestimmten persönlichen Erfahrungen mit diesen assoziiert. Das führe dazu, dass, wenn sich Erfahrungen wiederholten, in denen die Person liebevoll beachtet worden ist, sie vor allem die positive Selbstbeachtung erlebe. Wenn sich aber Erfahrungen wiederholten, die nicht mit positiver Beachtung assoziiert werden konnten, werde keine positive Selbstbeachtung erlebt. Und es würden Selbsterfahrungen allein deshalb gesucht oder gemieden, weil sie als mehr oder weniger wertvoll angesehen werden, mehr oder weniger Selbstachtung bedeuteten. Die Person habe Bewertungsbedingungen internalisiert. Diese stellen nach Rogers das Haupthindernis für die Entwicklung der psychologisch angepassten Person dar. Auf ihrer Grundlage werde nämlich die organismische Bewertung von Erfahrung als die Erhaltung und Entwicklung des ganzen Organismus fördernd oder behindernd relativiert bzw. ganz ausgeblendet.

Im Klientenzentrierten Konzept geht es also um die Bewertung von Erfahrung und um die Abwehr der organismischen Bewertung, wenn es um die Erhaltung und um die Verteidigung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung geht.

Wir stellen uns vor diesem Hintergrund die folgenden Entwicklungsphasen und Ängste vor, die mit der Stagnation der Entwicklung auf einer bestimmten Entwicklungsphase verbunden sind:

In einer ersten Phase (vgl. z. B. Biermann-Ratjen / Eckert / Schwartz 1997, 93ff) geht es darum, dass das Kind seine affektiven Erfahrungen als empathisch verstehbare und die unbedingte Wertschätzung seiner lebensnotwendigen Bezugspersonen nicht in Frage stellende Selbsterfahrungen in ein erstes Selbstbild integrieren kann. Das erste Selbstbild besteht somit aus Erfahrungen des Wahr- und Angenommenwerdens im affektiven Erleben. Das ganz früh in seiner Entwicklung stagnierte Selbstkonzept ist von jeder Art von affektiver Erfahrung bedroht. Wenn die Bedrohung gespürt wird, wird Angst vor einer – auch als körperlich gedachten – Vernichtung erlebt.

Wenn sich eine erste Gestalt eines Selbstbildes entwickeln konnte, wird der Prozess der Bewertung von Erfahrung als das Selbstbild und die Selbstbeachtung bestätigend oder bedrohend eine Quelle der Erfahrung. In dieser zweiten Phase werden Scham und Zweifel erlebbar. Es geht vor allem auch darum, ob das Kind in der affektiven Bewertung der Erfahrung, sich nicht verstanden und nicht unbedingt wertgeschätzt vorzufinden, verstanden wird. Bestimmte affektive Erfahrungen können nun zum Feind werden. Wenn sie drohen, droht auch die Erfahrung, nicht verstanden und abgelehnt zu werden. Die Angst vor diesen Erfahrungen und ihre Abwehr zeigt sich in verschiedenen Ausdrucksformen von Aggressivität bis zum Totstellreflex. Das in dieser zweiten Phase in seiner

Entwicklung stagnierte Selbstkonzept ist vor allem vom Erleben der Notfallreaktionen bedroht. Es wird Angst vor dem böse, wertlos oder nicht in Ordnung-Sein erlebt, in Scham und Zweifeln, und Aggression und Angst und Depression werden als etwas nicht zum Selbst Gehörendes angesehen, entweder gar nicht erlebt oder als nicht zu verstehen und nicht zu akzeptieren.

Wenn sich schließlich ein Selbstkonzept gebildet hat, in das auch die gelegentliche Erfahrung von Scham und Selbstzweifeln und z. B. Wut integriert werden konnte, und die Selbstachtung nicht bei jeder Erfahrung des sich Nicht-verständlich-machen-Könnens und des sich Nicht-geliebt-und-anerkannt-Vorfindens zusammenbricht, kann sich das Kind in einer dritten Phase seinen höchst persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten und Begrenzungen zuwenden bzw. den Gefühlen, in denen es sie erlebt, und seine Bewertung durch andere in ihnen, z. B. und vor allem als männlich oder weiblich. Wie es sich später mit der Erfahrung seiner Möglichkeiten und Begrenzungen fühlen wird, ob ihm seine Möglichkeiten als Forderungen und seine Begrenzungen als Bedrohungen erscheinen und es mit beiden möglichst wenig Kontakt haben will, entscheidet sich wieder daran, ob es in ihnen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird oder nicht. Die Person, die diese dritte Entwicklungsphase erreicht hat, erlebt bei Bedrohungen des Selbstkonzepts und der Selbstachtung Zweifel, als Mann oder Frau in Ordnung bzw. voll funktionsfähig zu sein, und entsprechende Ängste, in dieser Funktion nicht zu genügen und/oder sich dadurch schuldig zu machen.

Entwicklungspsychologische Überlegungen im Rahmen eines Psychotherapiekonzeptes sollen verdeutlichen, um welche Erfahrungen es – warum und in welcher Form zum Ausdruck gebracht – im psychotherapeutischen Prozess geht. Je genauer wir uns Rogers' Entwicklungspsychologie ansehen, um so deutlicher wird, dass es im psychotherapeutischen Prozess darum geht, ob eine Person sich selbst verstehen und akzeptieren kann, um den Zugang zu einer kontinuierlichen, nicht durch ursprünglich fremde Bewertungen unterbrochenen Prozess der Selbsterfahrung, die eine Bewertung von Erfahrung in Beziehungen ist.

Die neueren Entwicklungen im psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Diskurs (vgl. Frischenschlager 1999), die darauf basieren, dass sie die moderne Systemtheorie und die Ergebnisse der empirischen Säuglingsbeobachtung berücksichtigen, kommen zu ähnlichen Annahmen, vor allem die moderne Selbstpsychologie und die moderne Bindungsforschung (vgl. Fonagy und Target 1997).

Psychoanalytiker nahmen früher an, dass der kindliche Entwicklungsprozess vor allem ein Sozialisierungsprozess sei: Triebenergien müssten in Bahnen gelenkt werden. Die primäre Tendenz des Psychischen, entsprechend dem Lustprinzip Entspannung bis zur Bewusstlosigkeit durch die Abfuhr von Triebenergie zu erreichen, müsse einer Aufrechterhaltung der Selbst- und Umwelterfahrung weichen, wobei sich die Unterscheidung von Selbst- und Umwelterfahrung nur im Rahmen von Versagungen und Verzögerungen von Triebbefriedigung und dem damit verbundenen Spannungsabbau entwickle.

Aus diesen Annahmen über den kindlichen psychischen Entwicklungsprozess ergab sich die folgende Vorstellung vom psychoanalytischen Prozess (vgl. Frischschlager 1999, 39):

- Der Patient hat über seine unbewussten Konfliktlösungsmuster, die vorwiegend nach dem Prinzip der Spannungsabfuhr mit dem Ziel der Bewusstlosigkeit, dem Lustprinzip, ablaufen, keine Kontrolle.
- Das stärkste unbewusste Motiv ist die Suche nach der Befriedigung infantiler Triebwünsche.
- Das Behandlungsangebot und das Setting, die Couch, intensivieren diese infantilen Wünsche (Regression). Sie drängen zum Bewusstsein (Übertragung) und müssen verstärkt abgewehrt werden (Widerstand).
- Die Frustration der infantilen Wünsche (diesmal durch den Therapeuten) ist (wie auch früher in der Entwicklung) der Motor der Entwicklung.

Das Bewusstwerden der Wünsche durch Deutung (der Übertragung und des Widerstandes) führt aus dem Dilemma heraus, denn:

Die infantilen Wünsche verlieren, wenn sie als solche durch die Deutung bewusst gemacht werden, an pathogener Kraft.

Die entwicklungspsychologischen Vorstellungen und das Menschenbild der modernen Psychoanalyse sehen vor einem systemtheoretischen Hintergrund und besonders nach der Rezeption der Annahme Sterns (vgl. auch Stern 1985/1992), dass die Entwicklung eines Sense of Self das primäre Organisationsprinzip der psychischen Entwicklung ist, wie folgt aus (vgl. Frischenschlager 1999, 43ff):

Von Geburt an finden zunächst auf einer sehr körpernahen Ebene Selbst- und wechselseitige Regulationen in der Interaktion mit der „Mutter" statt. Aus ihnen erwächst auch die Verbindung zwischen physiologischer und psychologischer Regulation.

Dabei ist Empathie von zentraler Bedeutung. Es gibt auf Seiten der Mutter eine intuitive Sensibilität für die Befindlichkeit des Kindes, so wie auf der anderen Seite das Kind über eine integrative Kompetenz verfügt. Es kann die Empathie der Mutter wahrnehmen und in seine Selbstregulation aufnehmen.

Der Säugling kann bald die affektive Kommunikation mit der Mutter initiieren, unter anderem über die Fähigkeit, Gesichtsausdrücke zu imitieren. Jeder Affektausdruck ist mit neurophysiologischen Vorgängen gekoppelt. Über den Affektausdruck ist die empathische Verbindung zwischen Menschen vom Beginn des Lebens an garantiert.

Das Erleben in den frühesten Entwicklungsstadien ist nicht unbewusst, sondern präsymbolisch. Es wird in generalisierten Episoden im Gedächtnis gespeichert. Eine Episode enthält immer ein Selbst, einen anderen, eine Handlung, einen Affekt und eine physiologische Reaktion. Erwartungen entsprechen demnach immer

einer Episode, in der das Selbst, ein anderer, eine Handlung, ein Affekt und eine physiologische Reaktion eine Rolle spielen.

Affekte sind die Währung des kommunikativen Austausches. Selbst hochsymbolisierte kognitive Vorgänge beinhalten Affekte, in Szenen eingebundene Handlungen und Verbindungen zu physiologischen Prozessen.

Die „neue" psychoanalytische Situation sieht demnach wie folgt aus (vgl. Frischenschlager 1999, 48):

Vermittelt durch bestimmte Haltungen wie Zuhören, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Verlässlichkeit, Stabilität,

bekommt der Patient Raum für seine Inszenierungen (das ist die Darstellung seiner Erfahrungen in Episoden entsprechend seinen Inneren Arbeitsmodellen).

Der Therapeut ist empathisch, fühlt sich insbesondere auch in die Bedeutungen der Auswirkungen der Handlungen oder Nicht-Handlungen des Analytikers auf den Patienten ein.

Der Patient testet den Analytiker dauernd, ob er den unbewussten Erwartungen und Befürchtungen des Patienten entspricht.

Der Patient muss spüren können, dass der Therapeut mit diesen Erwartungen und Befürchtungen affektiv in Kontakt kommt.

Erst dann sind Deuten, Durcharbeiten etc. möglich.

Diese Charakterisierung der therapeutischen Situation auf der Grundlage einer neuen Entwicklungspsychologie ist nun jener, die Rogers 1957 vorgestellt hat, extrem ähnlich. Ich werde sie etwas umformulieren, um das zu verdeutlichen:

Der Therapeut bietet dem Klienten einen psychologischen Kontakt an, in dem er zuhört, aufmerksam, verlässlich wertschätzend ist.

Der Klient nutzt diesen Raum zur Darstellung seines Erlebens von Inkongruenz.

Der Therapeut reagiert darauf empathisch. Er fühlt sich in die Bedeutungen der Erfahrungen des Klienten in dessen Inneren Bezugsrahmen ein und auch in die Bedeutungen, die die Handlungen des Therapeuten für den Klienten haben.

Es kommt zu einem echten affektiven Kontakt zwischen Therapeut und Klient, in dem der Therapeut unbedingte Wertschätzung für den Klienten empfindet und nicht den Erwartungen und Befürchtungen des Klienten entspricht.

Das ist nur möglich, wenn er kongruent ist.

Der Klient spürt, dass ihn der Therapeut kongruent empathisch versteht und unbedingt wertschätzt.

Das Klientenzentrierte Konzept hat die aktuellen Entwicklungen im psychoanalytischen Diskurs schon vor über 50 Jahren vorweggenommen, indem es die Entwicklung der Organisation der Selbsterfahrung in interaktionellen Erfahrungen zum Zentrum seiner Therapietheorie und Entwicklungspsychologie machte. Ich gehe davon aus, dass die Berücksichtigung der Affektforschung im psychoanalytischen Diskurs auch zunehmend den Pioniergedanken von Carl Rogers, dass Selbsterfahrungen vor allem Bewertungen von Erfahrungen beinhalten, erhellen wird.

Literatur:

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1997), Gesprächspsychotherapie. 8. verb. Auflage, Stuttgart (Kohlhammer)

Fonagy, Peter / Target, Margret (1997), Attachment and reflective function: Their role in self-organization, in: Development and Psychopathology 9, 679–700

Frischenschlager, Oskar (1999), Präsymbolische Ebenen des psychoanalytischen Diskurses, in: Bartosch, Erwin / Hinterhofer, Herwig / Pellegrini, Elisabeth (Hg.), Aspekte einer neuen Psychoanalyse: Ein selbstpsychologischer Austausch, Wien–New York (Verlag Neue Psychoanalyse Wien) 37–52

Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology: A study of a science. Vol. 3, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Stern, Daniel N. (1992), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta); Orig.: The interpersonal world of the infant, New York (Basic Books) 1985

Swildens, Hans (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG)

Autorin:

Biermann-Ratjen, Eva-Maria, 1939, Dipl.Psych., Klinische Psychologin, bis 1999 Dozentin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie in der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)".

Korrespondenzadresse:

Dipl.Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
D - 20249 Hamburg

Diether Höger

Rogers und die Bindungstheorie

Das „Markenzeichen" von Carl Rogers ist, dass er konsequent zwei Prinzipien miteinander verbunden hat. Erstens lag der Ausgangs- wie auch Endpunkt seiner theoretischen Arbeit stets bei den Phänomenen selbst, dem *konkreten* Geschehen, vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen, zunächst speziell denen in der Psychotherapie, später ganz allgemein. Zum anderen war er, wenn auch kritisch, stets offen für die Methoden und Ergebnisse der etablierten akademischen Psychologie, die er – was speziell die empirische Psychotherapieforschung betrifft – sogar bahnbrechend weiterentwickelt hat. Ersteres unterscheidet ihn von den Wegbereitern[1] der Verhaltenstherapie, die von den kontrollierten und damit artifiziellen Bedingungen des psychologischen Experiments ausgingen, die sie sekundär auf die therapeutische Praxis zu übertragen versuchten. Mit dem anderen wich er deutlich von den Begründern der Psychoanalyse ab, deren Einstellung gegenüber der akademischen Psychologie zumindest als distanziert bezeichnet werden kann – was für die akademische Psychologie bezüglich Psychoanalyse bekanntlich umgekehrt ebenso galt.

Die Gründe sollen uns hier nicht weiter interessieren, wohl aber die Konsequenzen, denn diese wissenschaftliche Grundhaltung Rogers' sollte sich als überaus fruchtbar erweisen. Seine strikte wissenschaftlich-methodische Disziplinierung war und ist geeignet, den Klientenzentrierten Ansatz vor dem Abgleiten in unkontrollierte Intuition oder Spekulationen zu bewahren. Sie hat Rogers (und mit ihm dem Klientenzentrierten Ansatz) seinerzeit hohes Ansehen in der akademischen Psychologie verschafft. So hat ihn die American Psychological Association (APA) für die Amtsperiode 1944/45 zu ihrem Präsidenten gewählt, nachdem er seit 1941 Vorsitzender deren Sektion für Klinische Psychologie gewesen war. Darüber hinaus haben sich viele seiner theoretischen Vorstellungen als zukunftsweisend bewährt.

Seit der verbindlichen Formulierung des Klientenzentrierten Konzepts (Rogers 1957; 1959/1987) sind inzwischen gut 40 Jahre vergangen. Seither finden sich wiederholt wesentliche Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts in der psychologischen Grundlagenforschung wieder, sei es, dass sie dort aufgegriffen und weiterentwickelt wurden, sei es, dass mehr oder weniger unabhängig von Rogers' Vorstellungen entwickelt und Ergebnisse erzielt wurden, die den seinen entweder ähnlich sind oder sie ergänzen. Wir können damit wesentliche Teile des Klientenzentrierten Konzepts besser verstehen, sie präziser fassen und in einem weiteren Zusammenhang sehen. Insbesondere hat sich in dieser Hinsicht die Bindungstheorie (Bowlby 1969; 1988; Bischof 1985; Parkes / Stevenson-Hinde 1982) als fruchtbar erwiesen. Ihr Ausgangspunkt waren zunächst entwicklungspsychologische Fragestellungen (vgl. Ainsworth / Blehar / Waters / Wall 1978; Bretherton / Waters 1985; Grossmann / Grossmann / Huber / Wartner 1981). Von der Klinischen Psychologie wurde die Bedeutung der Bindungstheorie erst später erkannt (vgl. Schmidt / Strauß 1996; Strauß / Schmidt 1997).

Als repräsentatives Beispiel mag die theoretische Erklärung der Wirkungsweise der Klientenzentrierten Psychotherapie gelten, die Rogers schon recht früh formuliert hat, indem er die folgende Überlegung anstellte: „In der emotionellen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Klient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, daß jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt, und gleichzeitig akzeptiert wird" (Rogers 1951/1973, 52). Er sei dann imstande, Aspekte eigener vager Gefühle und seines für ihn fremdartigen Verhaltens näher zu erforschen und dabei erstmals deren bedrohlichen Sinn wahrzunehmen und zu verstehen. Zwar seien diese Wahrnehmungen für sich allein angsterzeugend und insofern noch nicht therapeutisch. Jedoch führe das gleichbleibend akzeptierende Verstehen dieser fremden und widersprüchlichen Aspekte durch den Therapeuten dazu, dass der Klient sich selbst gegenüber allmählich die gleiche Einstellung entwickle, wie er sie von seinem Therapeuten erfahre. Anders gesagt: Die bedrohungsfreie Haltung des Therapeuten gewährt Sicherheit, die sich der Klient aufgrund ihrer Konstanz und Zuverlässigkeit allmählich selbst gewähren kann. Sie befähigt ihn – auch unabhängig vom Therapeuten – zur Exploration der ihm fremden und daher ängstigenden Aspekte seines Verhaltens und Erlebens.

Die Ergebnisse und Modellvorstellungen der Bindungstheorie bestätigen diese Überlegungen, präzisieren sie aber auch: Ein Klient, der sich in Psychotherapie begibt, tut dies, weil er sich vor einem existenziellen Problem sieht, dem er sich alleine nicht gewachsen fühlt. Er befindet sich in einem Zustand von Kummer und Not, nach der Bindungstheorie in einer bindungsrelevanten Situation, in der sein Bindungssystem aktiviert, er selber verunsichert und geängstigt ist. Das Ziel dieses aktivierten Bindungssystems ist es, in Gegenwart einer vertrauten Person, mit der eine Bindungsbeziehung besteht und die sich ihm zuwendet, eine „sichere Basis" (Bowlby 1988) zu finden. Ist dieses Ziel erreicht und befindet sich der Klient in einem Zustand hinreichender Sicherheit, wird das zum Bindungssystem komplementäre, im Zustand der Unsicherheit und

1 Der leichteren Lesbarkeit halber wird hier die männliche Form gewählt, mit der stets beide Geschlechter gemeint sind.

Ängstlichkeit jedoch blockierte Verhaltenssystem „Exploration" aktivierbar. Das ihm zugeordnete Erkundungsverhalten wird vorzugsweise durch Bedingungen ausgelöst, die neu und/oder komplex und somit potenziell ängstigend sind. In Bezug auf das Neue, Unbekannte besteht also eine Polarität zwischen dem der Angst entspringenden Vermeidungsverhalten einerseits und dem der Neugier zugehörigen Erkundungsverhalten andererseits (Bischof 1985).

Auf die therapeutische Situation bezogen bedeutet dies, dass der Psychotherapeut zwar prädestiniert ist, für den Klienten die Qualität einer Bindungsperson zu erlangen, sofern dieser ihn – bezogen auf seine Problematik – als kompetenter und damit als Quelle von Sicherheit erlebt. Gleichzeitig aber ist er für den Klienten in der Regel zunächst fremd und damit gleichzeitig bedrohlich. Entsprechend bezeichnet es Bowlby (1988) als die erste Aufgabe des Therapeuten, eine solche sichere Basis zu schaffen. Wenn dies gelingt und der Klient sich im Zustand der Sicherheit befindet, ist er nicht nur fähig, sondern auch neugierig und bestrebt, sich solchen Erfahrungen zuzuwenden und sie zu erkunden, die für ihn bisher unbekannt und ängstigend waren. Die auf diesem Wege gewonnene Erweiterung des Zugangs zum eigenen Erleben (im Klientenzentrierten Konzept als erhöhte Kongruenz bezeichnet) wird vom Klienten als Veränderung erlebt und erhöht seine Kompetenz zur Bewältigung von Problemsituationen. Die Ergebnisse einer empirischen Studie von Höger / Wissemann (1999) sprechen für die Stichhaltigkeit einer solchen Erklärung: Bei gesprächspsychotherapeutisch behandelten Klientinnen und Klienten (n = 54) zeigte sich für die ersten fünf Sitzungen ebenso wie für die folgenden Sitzungen sechs bis fünfzehn der erwartete spezifische enge Zusammenhang zwischen den Skalen „Zurechtkommen mit dem Therapeuten / der Therapeutin", „Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht" und „Veränderungserleben" des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogens BIKEB (Höger / Eckert 1997).

Die Bindungstheorie bestätigt also prinzipiell die Überlegungen von Rogers zur Wirkungsweise Klientenzentrierter Psychotherapie und liefert eine Basis für die Verfeinerung unseres Verständnisses der Abläufe im psychotherapeutischen Prozess. Über den Weg, auf dem der Therapeut die Bedingungen für das Entstehen einer „sicheren Basis" schaffen kann, finden sich bei Rogers (1957; 1959/1987) allerdings genauere Angaben als bei Bowlby (1988), wenn er die Qualität der Zuwendung des Therapeuten als von bedingungsfreier Akzeptanz begleitetes empathisches Verstehen beschrieb – sofern es vom Klienten auch in dieser Weise wahrgenommen wird.

Bekanntlich hat Rogers (1959/1987) die Bedingungen für konstruktive Veränderungen nicht nur auf die Psychotherapie bezogen, sondern auch auf zwischenmenschliche Beziehungen allgemein. Insbesondere hat er die Bedeutung des empathischen Verstanden- und zugleich bedingungsfrei Akzeptiertwerdens durch bedeutsame Andere (in der Regel die Eltern) für die verzerrungsfreie Symbolisierung von Erfahrungen in der kindlichen Entwicklung betont. Sie bildet die Basis für die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, die ihrerseits eine Voraussetzung für eine optimale Funktionsfähigkeit der Person ist. Was Rogers retrospektiv aus Gesprächen mit Klienten erschlossen hat, ist von der Bindungstheorie nicht nur in prospektiven Studien bestätigt, sondern auch auf eine überaus umfangreiche empirische Basis gestellt worden. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Vor allem bei Babys und Kleinkindern führen die Interaktionserfahrungen mit den Bindungspersonen je nach deren Feinfühligkeit zu unterschiedlichen inneren Repräsentationen der Beziehungserfahrungen, die ihrerseits entscheidend für die emotionale Entwicklung und die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sind (Grossmann / Grossmann 1993; 1994; Magai 1995; Magai / Distel / Liker 1995; Main / Kaplan / Cassidy 1985).

Rogers zog eine Parallele zwischen der therapeutischen Situation und der Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugpersonen. Sie lässt sich, ausgehend von der Bindungstheorie, auch umgekehrt ziehen, nämlich von der feinfühligen Bindungsperson des Kindes hin zum Sicherheit gewährenden Therapeuten. Ainsworth / Bell / Stayton (1974) verstehen unter der Feinfühligkeit von Müttern deren Fähigkeit und Bereitschaft, die Signale ihrer Kinder (1) wahrzunehmen, (2) richtig zu interpretieren, sowie darauf (3) prompt und (4) angemessen, d. h. für das Kind befriedigend, zu reagieren. Nach der Definition von Rogers (1959/1987) erfährt der empathische Therapeut die innere Welt des Klienten samt deren Bezugsrahmen, als ob sie seine eigene wäre, jedoch ohne dieses „als ob" zu verlieren, und er bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen. Diese Gegenüberstellung der Begriffsbestimmungen zeigt, dass hier aus unterschiedlichen Perspektiven offensichtlich ein und derselbe Sachverhalt beschrieben wird. Ein solcher Perspektivenwechsel kann geeignet sein, die Aufmerksamkeit explizit auf Aspekte der Empathie des Therapeuten zu lenken, die in der Definition von Rogers implizit enthalten sind, direkt angesprochen aber unser Verständnis erweitern können.

Nach den näheren Ausführungen bei Ainsworth et al. (1974) richtet sich die Feinfühligkeit vor allem auf die nicht-verbalen Signale. Bei Babys und Kleinkindern liegt dies nahe, sollte aber nicht auf sie beschränkt bleiben. Auch wer Erwachsene empathisch verstehen will, profitiert von einer höheren Wahrnehmungsfähigkeit für subtile nonverbale Signale. Er verfügt dann nicht nur über eine breitere Informationsbasis für das Nachvollziehen der inneren Welt des Anderen, sondern ist darüber hinaus auch in der Lage, schon frühzeitig auf sich andeutende innere Prozesse aufmerksam zu werden, bevor sie in deutlicheren (dann auch evtl. verbalen) Äußerungen des Klienten manifest werden. Nicht nur in der Ausbildung wird es für Psychotherapeuten zweckmäßig sein, deren Sensibilität speziell für solche Signale ausdrücklich zu schulen.

Bezüglich Punkt zwei, der richtigen Interpretation der Signale, sind die Perspektiven der Bindungstheorie und des Klientenzentrierten Konzepts weitgehend identisch, und Punkt drei repräsentiert den bekannten Aspekt des „Hier und Jetzt". Hingegen lenkt der vierte Punkt die Aufmerksamkeit auf das angemessene empathische

Handeln. Nach der klientenzentrierten Definition bringt dabei der Therapeut das von ihm Verstandene dem Klienten gegenüber zum Ausdruck. Traditionellerweise tut er dies, indem er die in den Äußerungen des Klienten erkennbaren Gefühle verbalisiert. Im Hinblick auf die genaue Symbolisierung der Erfahrungen des Klienten ist das ein angemessenes Verfahren. Insbesondere am Anfang einer Therapie mag es jedoch nicht immer ausreichen, um die empathisch-wertschätzende Qualität des Therapeutenverhaltens für den Klienten auch wahrnehmbar zu machen und ihm die benötigte „sichere Basis" zu vermitteln. Es gilt vielmehr, im therapeutischen Handeln zu berücksichtigen, was der Klient gerade braucht und welche Handlungsweisen speziell für ihn geeignet sind, damit er sich in der Beziehung zum Therapeuten sicher und frei von Bedrohung fühlen kann. So geht es u.a. darum, wie es dem Klienten in dieser für ihn neuartigen Situation geht, welche Befürchtungen er hat, welche Hoffnungen, wie er mit dem therapeutischen Setting zurechtkommt, welche Erwartungen des Therapeuten er an sich gestellt sieht. Schlichte Informationen oder Zuspruch kann hier u. U. mehr an Bedrohung nehmen und Sicherheit vermitteln als das Verbalisieren der damit verbundenen Gefühle. Eine weitere wichtige Frage ist, inwieweit es für einen Klienten eine Bedrohung darstellt, wenn er auf seine Gefühle angesprochen wird. Reisch (1997) hat in einer Falldarstellung überzeugend gezeigt, wie bei einem Klienten, der jede Psychotherapie zunächst weit von sich gewiesen hatte, ein therapeutischer Prozess in Gang gesetzt werden konnte. Sie hatte den selbstständigen Unternehmer empathisch-wertschätzend ernst genommen und ihm anstatt einer Psychotherapie das angeboten, was er als sinnvoll ansehen konnte: Beratungs- und Informationsgespräche im Rahmen von „Einzel-Management-Coaching-Sitzungen", bei denen gemeinsam geklärt werden sollte, inwieweit Psychotherapie in seinem Falle überhaupt angebracht sei. Dies gab ihm den Rahmen für seine „sichere Basis", in der er zunehmend sein Leben und Erleben explorieren und von da auch zu tiefgreifenden Veränderungen kommen konnte.

Ich hoffe, dass ich mit diesen Beispielen zumindest ansatzweise zeigen konnte, wie Rogers als Wissenschaftler auf einem guten Weg war, um sich mit seinen theoretischen Konzepten noch Jahrzehnte lang und weit über seinen Tod hinaus organisch in eine umfassende und zugleich lebensnahe psychologische Forschungsrichtung einzubinden. Indem sein Konzept für Modifikationen und Präzisierungen durch Anregungen von außen offen bleibt, behält es eine überraschende Aktualität und Lebendigkeit. Rogers hat die Flexibilität Freuds sehr bewundert, der seine Theorien ständig aufgrund neuer Aspekte der Realität modifizierte, und er bedauerte, dass in den Händen unsicherer Jünger aus diesen feingesponnenen Fäden eiserne Ketten eines Dogmas geworden seien. „I feel that every formulation of a theory contains this same risk and that, at the time a theory is constructed, some precautions should be taken to prevent it from becoming dogma" (Rogers 1959, 191). Ich meine, er hat das Seine dazu getan, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Literatur

Ainsworth, Mary D. S. / Bell, Silvia M. / Stayton, Donelda J. (1974), Infant-mother attachment and social development: „socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals, in: Richards, Martin P.M. (Ed.), The integration of a child into a social world, London (Cambridge University Press) 99–135

Ainsworth, Mary D. S. / Blehar, Mary C. / Waters, Everett / Wall, Sally (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N. J. (Erlbaum)

Bischof, Norbert (1985), Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie, München (Piper)

Bowlby, John (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung, München (Kindler) 1975

Bowlby, John (1988), A secure base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)

Bretherton, Inge / Waters, Everett (Eds.) (1985), Growing points of attachment theory and research, in: Monographs of the Society for Research in Child Development 50

Grossmann, Klaus E. / Grossmann, Karin (1993), Emotional organization and concentration on reality from an attachment theory perspective, in: International Journal of Educational Research 19, 541–554

Grossmann, Klaus E. / Grossmann, Karin (1994), Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung, in: GwG-Zeitschrift 96, 26–41

Grossmann, Klaus E. / Grossmann, Karin / Huber, Franz / Wartner, Ulrike (1981), German children's behavior towards their mothers at 18 months and their fathers at 18 months in Ainsworth Strange Situation, in: International Journal of Behavioral Development 4, 157–181

Höger, Diether / Eckert, Jochen (1997), Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome" bei Psychotherapien, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie 26, 129–137

Höger, Diether / Wissemann, Natalie (1999), Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung" in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 47, 374–385

Magai, Carol (1995), Bindung, Emotionen und Persönlichkeitsentwicklung, in: Spangler, Gottfried / Zimmermann, Peter (Hg.), Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung, Stuttgart (Klett-Cotta) 140–148

Magai, Carol / Distel, Nancy / Liker, Renee (1995), Emotion socialisation, attachment, and Patterns of adult emotional trait, in: Cognition and Emotion 9, 461–481

Main, Mary / Kaplan, Nancy / Cassidy, Jude (1985), Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation, in: Bretherton, Inge / Waters, Everett (Eds.), Growing points of attachment theory and research, Monographs of the Society for Research in Child Development 50, 66–106

Parkes, Colin M. / Stevenson-Hinde, Joan (Eds.) (1982), The place of attachment in human behavior, New York (Basic Books)

Reisch, Elisabeth (1997), Somatisierungsstörung, in: Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans W. (Hg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie: Störungsbezogene Falldarstellungen, Stuttgart (Kohlhammer) 118–130

Rogers, Carl R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Matthias-Grünewald) 1991, 165–184

Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology: A study of a science, Vol. 3, New York (McGraw-Hill) 184–254; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1973), Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler); orig.: Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin) 1951

Schmidt, Silke / Strauß, Bernhard (1996), Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung, in: Psychotherapeut 41, 139–150

Strauß, Bernhard / Schmidt, Silke (1997), Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik, in: Psychotherapeut 42, 1–16

Autor:

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (em.) für Psychologie an der Universität Bielefeld, geboren 1936 in Mähren, 1957 bis 1962 Psychologie-Studium in Freiburg i. Br., danach Erziehungsberater am Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe der Universität Marburg/Lahn. Wissenschaftlicher Assistent (ab 1969 Universitätsdozent) an der Universität Freiburg i. Br., 1971 o. Professor an der Pädagogischen Hochschule Westfalen-Lippe. Seit 1980 an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld. Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Diether Höger
Barlachstraße 36
D–33613 Bielefeld

Michael Gutberlet

Friedensarbeit im Sinne von Carl Rogers beginnt in der Person. Jetzt.

„Ob es uns gelingt, den Frieden in der Welt zu sichern oder nicht – wir haben dafür zu arbeiten."
XIV. Dalai Lama (1988)

"It's never too late to talk.
It is never too late to try to understand the person with whom I differ, the person whom I dislike, the person against whom I feel prejudice.
It is never too late for me to gain understanding for that person."
Carl Rogers (1986)

Vor 25 Jahren schrieb Carl Rogers: „An der Spitze der Weltprobleme, die darüber entscheiden werden, ob uns eine Zukunft beschert sein wird, rangieren die alten und neuen Konflikte, welche die Kulturen, Ideologien, Religionen und Nationen entzweien". Im Rahmen einer Aufzählung dieser Konflikte heißt es: „Blicken wir über unsere Grenzen hinaus, so begegnen wir Terroristengruppen, die die Welt durchschweifen und Gewalttaten gegen völlig Unschuldige begehen." (Rogers 1977/1978, 133f).

Mit dem 11. September 2001 hat der Terror den Weg auch über diese Grenzen gefunden und Gewalt in ungeahntem Ausmaß und extremer Brutalität ausgeübt. Der theoretische und praktische Zugang des Personzentrierten Ansatzes (PCA) zum Thema Konflikt und Terror, Begegnung und Frieden, ist aktueller denn je.

Im folgenden Artikel wird zunächst der Beitrag von Carl Rogers zur Friedensarbeit skizziert. Anschließend wird anhand der Persönlichkeitstheorie des PCA eine Möglichkeit herausgearbeitet, wie die einzelne Person *im Alltag* an einem friedlicheren Zusammenleben mitwirken kann.

Rogers' Beitrag zum Frieden: Encounter als Weg aus Unterdrückung und Gewalt

Nach rund 30 Jahren Entwicklung des PCA durch Praxis, Forschung und Theorie hat Rogers sein Konzept auch auf eines der schwierigsten Anwendungsfelder übertragen – auf die Arbeit mit Menschengruppen, deren Zusammenleben aus konfessionellen, ideologischen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen oder Gründen der Hautfarbe von Konflikt, Feindschaft, Hass geprägt war.

Er hat dazu das person- und gruppenzentrierte Vorgehen des Encounters (und damit implizit auch das Vorgehen in Einzeltherapie und -beratung) auf die Arbeit mit den verfeindeten Gruppen übertragen: Die FacilitatorInnen (GruppenleiterInnen) bemühen sich

gegenüber jedem Individuum in der Gruppe um eine personzentrierte Haltung. Sie versuchen also, offen zu sein für alle Mitteilungen und Botschaften, sie nehmen sie ernst, ohne sie einordnend zu bewerten. Sie versuchen zu verstehen und kommunizieren das Verstandene. Sie haben für die Gruppe kein Ziel formuliert und folglich auch keinen Weg dorthin definiert. Daher greifen sie nicht lenkend und auf eine bestimmte Lösung hinsteuernd ein. Aus ihrer Erfahrung mit sich selbst und mit Encountergruppen heraus vertrauen sie auf die Kraft und die Potenziale der Person und der Gruppe als Ganzer, sich in einem solchen personzentrierten Klima so weit und so konstruktiv zu verändern, wie es die jeweilige Situation zulässt.

Die Prozesse, die in einer solchen Gruppe ablaufen, und ihre Wirkungen hat Rogers vielfach dokumentiert und kommentiert. Einige Beispiele für solche Gruppen:

- Encounter mit GruppenteilnehmerInnen, für die das Thema Drogen aus unterschiedlichen Gründen hochbrisant war: Abhängige, Angehörige, Fachleute, Administratoren (Rogers 1971 [Video]).
- Encounter in Dublin, Nordirland: mit Protestanten und Katholiken, militanten und gemäßigten, unterschiedlichen Alters und Geschlechts. (Rogers 1973 [Video]; Rogers 1977/1985, 149 ff).
- Encounter mit heftig zerstrittenen „Produzenten“ und „Konsumenten“ im amerikanischen Gesundheitssystem: ÄrztInnen, Pflegepersonal, Versicherungspersonal und Menschen aus städtischen Slums und aus der unterprivilegierten Landbevölkerung (Rogers 1977/1985, 128ff).
- Encounter mit Schwarzen und Weißen in Südafrika, für die die emotionale und persönliche Bedeutung der Apartheid zum Hauptthema wurde. (Rogers 1986, Video-Interview).

Die Ergebnisse beschreibt Rogers als durchwegs positiv. In allen Gruppen veränderte sich die anfängliche Atmosphäre von Vorurteilen, Bitterkeit, Wut, Hass und Angst zu wachsender Bereitschaft, die Gegenseite überhaupt zu hören, ihre äußere und innere Situation besser zu verstehen und sie zu respektieren – und dabei zunehmend zu erkennen, dass die eigene Position und Haltung eben die eigene, individuelle und eine unter vielen möglichen ist, aber nicht *die* richtige und allgemeingültige.

Diese Begegnungen hatten für die Teilnehmenden oft eine über das Encounter weit hinausgehende, nachhaltige Wirkung: Es fanden private Treffen statt, Vorträge über das Erlebte wurden gehalten, konkrete Projekte zur Veränderung von unterdrückenden, ungerechten Strukturen im Umfeld der Gruppenmitglieder wurden durchgeführt.

Die sich aufdrängende Frage, ob denn solche punktuelle Arbeit mit zehn oder einigen hundert Personen eine Breitenwirkung haben kann, beantwortet Rogers mit dem Hinweis, dass die durchgeführten Workshops die Grundsituation in den betreffenden Ländern selbstverständlich nicht verändert haben. Er ist jedoch überzeugt, dass Encounters, die regelmäßig und in jedem Stadtviertel von Krisengebieten stattfinden würden, eine starke, weitreichende Wirkung haben. Dies sei in dem Moment möglich, wo eine Gesellschaft beginnt, Gewaltlosigkeit und Frieden so hoch zu werten, dass sie die notwendigen Gelder und Infrastrukturen für diese Arbeit zur Verfügung stellt.

Die Grenzen der Möglichkeiten des Encounters liegen für Rogers in der Natur der Sache: Es kann nur dort wirken, wo Menschen noch bereit sind, miteinander zu reden und sich auf einen mehrtägigen gemeinsamen Prozess einzulassen.

Rogers hat in beeindruckender Weise gezeigt und dokumentiert, wie massive und gefährliche Konflikte zwischen Bevölkerungsgruppen mit Hilfe erfahrener FacilitatorInnen reduziert werden können.

Angesichts der grauenvollen Terroranschläge mit ihren vielfältigen Ursachen wird freilich die Frage aktualisiert, was denn der einzelne Mensch dazu beitragen kann, einen Friedensprozess zu fördern und welche Hilfen der PCA dazu bietet.

Die Antwort auf diese Frage hat Rogers *implizit* gegeben in den zahlreichen Beschreibungen der personzentrierten Haltung und in der Persönlichkeitstheorie (Rogers 1959/1987). Doch eine umfassende Auseinandersetzung mit diesem Thema hat er nach meiner Kenntnis nicht publiziert. (Es wäre vermutlich sehr interessant, den Gründen dafür nachzugehen – leider würde das hier zu weit führen.)

Im Folgenden soll versucht werden, eine mögliche Antwort herauszuarbeiten.

Bemühen um Kongruenz:
Start, Station und Ziel auf dem Weg zu innerem und äußerem Frieden

Friedensarbeit im Sinne des PCA beginnt nicht mit den oben beschriebenen, hochkomplexen, hochanspruchsvollen Arbeiten mit verfeindeten Gruppen. Sie beginnt weit vorher: bei der fortlaufenden Arbeit an einem friedlichen Umgang mit sich selbst und mit den Menschen im Umfeld.

Gerade die nun vehement und mit viel Engagement und Sorge geführte Diskussion um die Ursachen von und Maßnahmen gegen Terrorismus ist Übungsfeld und Prüfstand zugleich für die Bereitschaft und Fähigkeit, tatsächlich personzentriert mit sich selbst und anderen umzugehen und diesen kleinen, aber grundlegenden, individuellen und kollektiven Beitrag zum Frieden zu leisten.

Im Folgenden soll das Gemeinte in der Sprache des Persönlichkeitsmodells des PCA (Rogers 1959/1987) genauer formuliert werden. Der Begriff *„Kongruenz“*[1] wird in den Mittelpunkt gestellt, weil in meinem Verständnis das Bemühen um Kongruenz das Fundament der gelebten personzentrierten Haltung darstellt, ohne das Empathie und Wertschätzung nicht aufgebaut werden können.

1 Die kursiv *und* in Anführungszeichen gesetzten Worte bezeichnen Konstrukte aus dem Persönlichkeitsmodell von Rogers (1959/1987, 20–39). Die Heraushebung erfolgt nur bei der ersten Nennung.

Arbeit für den Frieden im Sinne des PCA wird nicht nachhaltig wirken, wenn sie sich darauf beschränkt, Konzepte (als Teil des *„Selbstkonzepts"*) darüber zu entwickeln und praktisch umzusetzen, wie man und frau sein und handeln sollte und was nun passieren müsste angesichts dieser schweren Bedrohung einer friedlicheren Entwicklung der Menschenwelt:

- Friedensarbeit im Sinne des PCA beginnt beim eigenen *„Erleben/Erfahren"*.
- Beim eigenen Erleben beginnen heißt, sich um *„Kongruenz"* zu bemühen.
- Sich um Kongruenz bemühen heißt, *„Offenheit für Erfahrung"* anzustreben.

„Offenheit für Erfahrung" ... „meint, dass jeder Reiz, gleichgültig ob innerhalb oder außerhalb des Organismus entstanden, sich frei im Nervensystem bewegt, ohne durch irgendeinen Abwehrvorgang gestört oder verändert zu werden." (Rogers 1959/1987, 32). Reize, die sich frei im Nervensystem bewegen, können im *„Bewusstein"* (Gewahrsein) *„exakt symbolisiert"* werden.

Kongruent-Sein heißt in diesen Tagen und Wochen nach dem Massenmord in den USA also, für alle Kognitionen und Emotionen, alle Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen und inneren Bilder offen zu sein, die im Organismus zu diesen Ereignissen, ihren Folgen und Ursachen ankommen oder auftauchen – sie zum Bewusstsein zuzulassen, so wie sie sind. Und das heißt auch: möglichst keine diese Erfahrungen *„abzuwehren"* durch Selbstkonzepte, die das (vollständige) Bewusstwerden verhindern. Um Missverständnissen vorzubeugen sei daran erinnert, dass dieser Umgang mit der inneren Erfahrung nicht abschließend erlernt und beherrscht werden kann wie eine Fremdsprache oder ein Computerprogramm, sondern als nie endendes, nie erfolgreich abzuschließendes Üben und Bemühen zu verstehen ist. Um kongruenter zu werden, müssen wir uns auf die *fully functioning person* (Rogers 1959 / 1987, 59f) hinbewegen, aber wir müssen es in dem Wissen tun, dass wir sie nie erreichen werden.

Bemühen um Kongruenz beinhaltet also den innerpsychischen Versuch, einer Erfahrung, ob sie nur undeutlich auftaucht oder sehr heftig anklopft, Raum zu geben im Bewusstsein und ihr Zeit zu lassen, sich in der vorhandenen Intensität, Tiefe und Qualität im Gewahrsein zu symbolisieren. Es bedeutet andererseits darauf zu verzichten, das vollständige Bewusstwerden der Erfahrung zu verhindern, indem man festgefügte politische, konfessionelle, ideologische, wirtschaftliche oder sonstige Konzepte das Bewusstsein ganz und permanent besetzen lässt.

Und das gilt auch und ganz besonders dann, wenn *gegensätzliche* Erfahrungen ins Gewahrsein kommen. Sie müssen sich neben- oder hintereinander präzise symbolisieren können, auch wenn sie einander widersprechen.

Beispiele: Wenn der arabisch aussehende, kühl blickende Mitpassagier im Tram das Stichwort „Sleeper" auslöst und mit ihm etwa Angst und Wut und Rachegefühle, dann muss diese Erfahrung das „Recht" haben, im Bewusstsein zu sein, so wie sie ist. Und das gleiche „Recht" muss auch das Erleben haben, das von Sorge und Mitgefühl für diesen Menschen einer anderen Religion und Kultur geprägt ist, der sich in einem westlich-zivilisierten Land jetzt vielleicht besonders bedroht fühlt durch Misstrauen, Racheakte, Ausgrenzung. Aber keine der beiden widersprüchlichen Erfahrungen hat die „Pflicht", im Bewusstsein aufzutauchen.

Und es bedeutet Bemühen um Kongruenz, anlässlich von Reden des George W. Bush bei manchen Begriffen und Bildern, die der derzeit mächtigste Mann der Welt gebraucht, Erschrecken, Angst und Empörung zu erfahren, weil die Aussagen gefährlich, töricht, unreif erscheinen; und daneben ebenso zuzulassen, wenn sich aufgrund anderer Aussagen das erleichterte Gefühl eines „Alles-wird-gut" einstellt, weil der große, starke Bruder Amerika den Kampf gegen den immer grausameren Terrorismus aufgenommen hat.

Friedensarbeit im Sinne des PCA: anspruchsvoll, lebensnah, wirksam

Dieses Bemühen um das unverzerrte Symbolisieren auch von Widersprüchlichem, das Nebeneinander-Leben-Lassen ohne die rasche, fixierende Einordnung in gut oder schlecht, richtig oder falsch: das ist harte Seelenarbeit für das Individuum, für die der Begriff „innere Friedensarbeit" mir passend erscheint. Denn es geht ja darum, einander „befehdende" Anteile des gesamten Organismus zu befrieden und zu integrieren, anstatt die Spannung, die aus ihrer Polarität entsteht, zu unterdrücken.

Um an dieser Stelle das gängige Missverständnis eines gar zu heilen PCA-Menschenbildes nicht aufkommen zu lassen: das Zulassen-Können widersprüchlicher Erfahrungen bewahrt nicht vor dem Ringen um die eigene Meinung, nicht vor einer möglichen Qual einer Handlungsentscheidung und nicht vor Fehlern. Es wird hier nur gesagt: der Organismus, der *alle* Erfahrungen unverzerrt zum Bewusstsein kommen lassen kann, entscheidet und handelt letztlich realistisch*er,* vernünftig*er,* menschlich*er,* sozial*er* als der, der die einen zulässt und die anderen *„verleugnet"* oder *„verzerrt"*.

Dieses PCA-Konzept des Bemühens um den *inneren* Frieden kann unschwer auf die äußere Friedensarbeit übertragen werden – also auf die Auseinandersetzung mit Verwandten, FreundInnen, Bekannten oder KollegInnen um die beste Einschätzung der Ursachen des Terrorismus und seiner Eindämmung. Wann immer es gelingt, die Gefühle, Meinungen, Überzeugungen des Gesprächspartners unverzerrt ins Bewusstsein kommen zu lassen und die Person *mit* ihrer Sichtweise und Einstellung ernst zu nehmen und zu achten, auch wenn sie weit weg ist von der eigenen Position – dann ist ein Beitrag zum Frieden *jetzt* gelungen; zu dem Frieden, der *hier* und *jetzt* erlebt und erfahren werden kann, an dem im gegenwärtigen Augenblick weitergearbeitet werden kann. In dem Maße, in dem die Person den Weg und die Seelenarbeit hin zu solchen friedlichen

Konfliktlösungen integriert hat, kann sie sie weitergeben – sei es als LehrerIn, SupervisorIn, PsychotherapeutIn, PaartherapeutIn, OrganisationsberaterIn, oder als ChefIn, als PolitikerIn, als Elternteil, als LebenspartnerIn – oder auch als Mitglied einer Gruppe, die Friedensarbeit leisten will.

Gelegentlich wird die Auffassung vertreten, Friedensbemühungen dieser Art seien naiv, unrealistisch, zu sehr am Individuum orientiert. Mir scheint im Gegenteil, der einzelne Mensch handelt sehr realistisch und gesellschaftsbezogen, wenn er als Beitrag zum Frieden dort anfängt, wo er am ehesten etwas verändern kann: bei sich selbst – um dann das daraus gewonnene Mehr an Fähigkeit zur friedlichen Konfliktlösung in sein Zusammenleben und -arbeiten mit anderen Menschen einzubringen. Naiv ist m. E. die so handelnde Person nur dann, wenn sie sich nicht bewusst ist, dass ihr Wirken ein Tröpfchen auf dem heißen Felsklotz des Welt-Unfriedens ist. Wobei diese Bescheidenheit auch nicht übertrieben werden darf – nicht jeder bleibt ein Tröpfchen, manche/r kann Gießkanne werden.

Man stelle sich nur einmal vor, G. W. Bush hätte vor 25 Jahren an einigen interkulturellen Encounters bei Carl Rogers und MitarbeiterInnen teilgenommen. Er hätte also dort erfahren, was es bewirken kann, dem wirklich zuzuhören, was Menschen anderer Rasse, anderer Hautfarbe und Religion, was Unterdrückte, Benachteiligte, Radikale über sich als Person und ihr Lebensgefühl in ihrem jeweiligen Umfeld mitzuteilen haben. Und er hätte die Erfahrung gemacht, selbst als Person gehört und ernstgenommen zu werden mit *seinen* Bedürfnissen, Ängsten, Problemen, Lebenshaltungen, Überzeugungen. Die Vermutung scheint berechtigt, dass dieser Mann angesichts des Terrors, der sein Land und die Welt heute bedroht, nach solchen Encounter-Erfahrungen aus einer etwas anderen Haltung, aus etwas tieferem Verstehen heraus als Präsident reden und handeln würde. Und die Chancen stünden wohl besser, mit weniger Gewalt zu mehr Frieden zu kommen.

Im Bemühen um Kongruenz rückt freilich diese schöne Phantasie bald in den Hintergrund, auch die Hoffung auf eine Änderung von Bush oder Bin Laden bleibt nicht lange im Bewusstsein, sondern die Person macht in ihrem eigenen Friedensprozess den nächsten Schritt. Jetzt.

Literatur:

Brück, Michael von (1988), Denn wir sind Menschen voller Hoffnung. Gespräche mit dem XIV. Dalai Lama, München (Kaiser)

Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client–centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1971), Because that's my way. An encounter group of drug users, non-users, and a narcotics agent, Video (Lincoln) [aus der Videothek des Center for Studies of the Person und der SGGT]

Rogers, Carl R. (1977), On personal power. Inner strength and its revolutionary impact, New York (Delacorte); dt.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, Müchen (Kindler) 1978 bzw. Frankfurt (Fischer) 1985

Rogers, Carl R. (1986), Is there another way? Carole Charlewood interviewt Carl Rogers, Süd-Afrika 1986 (Video aus der Videothek des Center for the Studies of the Person und der SGGT)

Autor:

Gutberlet, Michael, 1947, Dipl.-Psych, Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT); Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens; Selbstständig tätig seit 1974.

Korrespondenzadresse:

Dipl.Psych. Michael Gutberlet
Birmensdorferstr. 285
CH-8055 Zürich

Irene Fairhurst[1]

Das Werk von Carl Rogers aus einer feministischen Perspektive

Als ich gebeten wurde, diesen Artikel zu schreiben, freute ich mich und dachte, dass das ein interessantes Projekt wäre. Aber je mehr ich darüber nachdachte, desto schwieriger kam es mir vor. Meine übliche Arbeitsweise ist, dass ich über das Thema eine Weile nachdenke, bis es fast „in meine Kopf geschrieben" ist, dann die Literatur dazu nachschaue und schließlich den fast fertigen Artikel produziere. Einige Zeit kam ich nicht weiter als bis zum Zitat von Gertrude Stein, das Rogers (1977, XII) selbst verwendet: „Es ist nicht das, was Paris einem gibt, es ist das, was es einem nicht wegnimmt." Das kann man umschreiben als eine Definition des Personzentrierten Ansatzes: „Es ist nicht das, dass dieser Ansatz einer Person Macht gibt; er nimmt sie ihr niemals". Ein Konzept, das natürlich wunderbar in Einklang ist mit den Grundüberzeugungen des Feminismus

1 Übersetzung von Margarethe Letzel

zur Selbstermächtigung von Frauen. In der gleichen Veröffentlichung sagt Rogers: „Was die Bemühungen angeht, Bewusstsein zu steigern, wie auch in ihren politischen und gesetzlichen Aktivitäten ist die Frauenbefreiungsbewegung im Wesentlichen personzentriert. Dort wo sie sich philosophisch von ihrer besten Seite zeigt, vermittelt sie ein tiefes Vertrauen in die Fähigkeit jeder einzelnen Frau, ein Leben ihrer Wahl zu führen, eine unabhängige und kreative Person zu werden, vorausgesetzt, die Gesellschaft schafft ein akzeptierendes Klima für Wachstum." (ebd., 45).

In ihrem Kapitel in Fairhurst (1999) sagt Lesley Rose: „Ich habe versucht, Freuds Art, eine Person zu sehen, mit der von Rogers zu vergleichen. Freud macht mich als Frau klein; Rogers, mit all seinen Werten, verschafft mir Geltung. Ich habe seine Arbeiten durchforscht, um Anmerkungen zu Frauen zu finden, das heißt, Anmerkungen, die Frauen als zweitklassig darstellen. Es sollte nach dem vorher Erwähnten niemanden verwundern, dass für Rogers Frauen nicht irgendeine separate Subspezies sind." (ebd., 183).

Wenn wir also die Interpretation des Wortes „Werk" im Titel dieses Artikels auf die Theorie des Personzentrierten Ansatzes beschränken wollten, könnten wir bereits hier aufhören. *Aber* ... in meinem inneren Prozess taucht sofort die folgende Frage auf: „Wie kommt es dann, dass ich persönlich innerhalb der personzentrierten Welt genauso viel sexistische Unterdrückung erfuhr wie außerhalb?". Um zu versuchen diese Frage zu beantworten, muss ich die Interpretation des Wortes „Werk" erweitern und die Anwendung der Theorie mit einbeziehen – um auf die „Arten zu sein" seiner Exponenten zu schauen und damit bei mir zu beginnen. Ich habe nicht vor, hier meiner eigenen Indoktrination auf den glitschigen Pfaden internalisierter Unterdrückung nachzusinnieren oder der verwickelten, schmerzhaften Reise, mich davon zu lösen (fast!). Es genügt hier zu sagen, dass ich mich einschließe, wenn ich an den Part denke, den wir Frauen in diesem Spiel spielen.

Als ich die „British Association for the Person-Centred Approach" vor fast 15 Jahren mitbegründete, wurde ich zu ihrer ersten Präsidentin gewählt, meine beiden Mitgründer, beides Männer, dachten, es wäre für eine Frau wichtig, diese Rolle zu übernehmen (und dass ich das übrigens wohl gut könnte). Ich beschloss zu versuchen, diese politische Zeitströmung zu konsolidieren, indem ich ein Frauenforum organisierte – ein gemeinsames Wochenende für Frauen im Personzentrierten Ansatz, um uns über wichtige Themen auszutauschen und gemeinsam Zeit zu verbringen. Am ersten Forum nahmen ungefähr 10 Frauen teil, die alle meinten, ein zweites wäre eine gute Idee. Eine der Reaktionen, die ich auf die Werbung erhielt, die ich dafür verschickt hatte, war unter anderem: „Ich war überrascht und gleichzeitig wiederum auch nicht wegen der Anzahl der Frauen, die aktiv am Forum teilnehmen. Meine Erfahrung mit Frauen innerhalb des PZA ist, dass sie mehr zur traditionellen/patriarchalen Art tendieren als radikalere Feministinnen oder jene, die sich mit Spiritualität von Frauen beschäftigen. So wie ich das verstehe, vermute ich einen Zusammenhang damit, dass Frauen zum Teil deshalb von diesem Ansatz angezogen werden, weil der Unterricht von weißen, gebildeten, ‚weichen', patriarchalen Männern der Mittelschicht getragen wird und dass es das ist, was sie in ihrem Leben brauchen. Einer der Gründe, dass ich weniger im PZA engagiert bin, ist, dass ich sehr wenige Frauen getroffen habe, die offen waren, irgendwelche der umfassenderen Themen, die diesem Ansatz inhärent sind, aufzugreifen und keinen einzigen Mann, der darauf eingestiegen wäre!" (private Korrespondenz).

Das zweite Forum wurde wegen mangelnden Interesses abgesagt. Eines der „umfassenderen" Themen, die dem Ansatz inhärent sind, scheint mir beinah „ein Erlaubnisgeben", um zu vermeiden, uns mit unseren generalisierten „ismen" zu konfrontieren. Denn, wenn wir uns wirklich an die Prämisse des PZA halten, achten und wertschätzen wir jedes Individuum für das, wer oder was immer es ist. Für diesen Artikel schaute ich das Wort Sexismus im Index von circa 20 Büchern zur Personzentrierten Psychotherapie nach und fand es nur einmal – in Tony Merrys Buch (1999): „Da es in der Personzentrierten Beratung sehr wichtig ist, Probleme der Macht offen behandeln zu können, ist es entscheidend, dass sich Beratende mit ihrem eigenen Rassismus, Sexismus und anderen Vorurteilen in dem Sinne auseinandersetzen, dass sie diese Probleme haben. ... Zu Stereotypien zu greifen, passiert deshalb, weil es zu kompliziert ist, alles individuell zu sehen. Wir brauchen generelle Kategorien, die uns helfen, die Bedeutung all der komplexen Zusammenhänge des menschlichen Lebens zu sehen. Es ist jedoch offensichtlich, dass es in der Beratungssituation nicht hilfreich ist, sich an Stereotypien zu klammern, die uns daran hindern, Menschen als Individuen zu sehen, mit einzigartigen Erfahrungen, Gefühlen und Bedürfnissen, auch wenn sie Angehörige bestimmter Gruppierungen sind" (ebd., 104f). Tony fährt fort und schlägt eine Übung vor, die es Beratenden ermöglichen soll, ihre Stereotypiemuster zu erkennen. So wichtig diese Art von Übung während unserer Ausbildung auch ist, finde ich dennoch, dass es nicht ganz genügt.

In der Therapiesituation, ob es uns passt oder nicht, ist es die Therapeutin[2], die wählen kann, wo die Macht liegt. Wir lernen sehr gut, „im Inneren Bezugsrahmen der Klientin zu bleiben" und unsere eigenen Vorurteile und Meinungen zur Seite zu stellen, und meistens, dessen bin ich sicher, gelingt uns das auch sehr gut. Im wirklichen Leben jedoch haben wir nicht immer die Wahl, wo die Macht liegen soll. Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir uns bedroht und verletzlich fühlen und daher die Rückenstärkung, uns an die Macht zu klammern, benötigen. In meiner Erfahrung von über 30 Jahren in personzentrierten Gruppen lag zu Beginn die offensichtliche Macht oft bei den Männern und wir Frauen fanden andere Arten, uns zu bestätigen (manchmal, indem wir reine Frauengruppen „forderten", was die meisten Männer und einige Frauen irritierte). In seinem

2 Die weibliche Form gilt hier und im Folgenden für beide Geschlechter (Anm. der Übersetzerin).

Buch über „Personal Power" (dt. „Die Kraft des Guten") schlägt Rogers vor, dass in personzentrierten Encountergruppen eine andere Kultur entsteht, in der „Rollen und Rollenerwartungen gewöhnlich wegfallen und an ihre Stelle die Person tritt, die ihr eigenes Verhalten wählt" (1977, 51). Leider war das nicht meine Erfahrung – ich traf auf feindseligen, aggressiven Widerstand von Männern und Frauen, wenn es nur schon darum ging, dieses Thema während eines Workshops, an dem ich teilnahm, anzuschauen. Ich denke, dass eine Veränderung bezüglich dieses Widerstandes 1992 in einem Workshop in Terschelling begann, als zwei meiner Freundinnen nach dem Workshop auf dem Heimweg zum Hotel ernsthaft von Männern bedroht wurden. Am nächsten Morgen, so erinnere ich mich, hielt ich ein leidenschaftliches Plädoyer, dass die Männer der Gruppe die Fähigkeit der Frauen zu Aggression verstehen, die manchmal wortwörtlich lebensrettend sein kann. Danach sagten mir zwei Männer, die etwas älter waren als ich, dass es sie sehr bewegt hatte, was ich gesagt hatte und dass sie das Thema nun in einem ganz neuen Licht sahen. Seither bemerkte ich eine größere Offenheit und Bereitschaft zu explorieren, aber vielleicht hat das mehr mit mir zu tun und mit der Art, wie ich nun an das Thema herangehe. Peggy Natiello (2001) sagt in ihrem Kapitel „Healing the wounds of sexism for men and women": „Als ich mich bereit erklärte, dieses Kapitel der Diskussion zu widmen, Sexismus in personzentrierten Gruppen anzusprechen, entschloss ich mich, mit einer Umfrage zu derzeit gängigen Haltungen zu beginnen. Die Feindseligkeit, die mir allein schon wegen des Wortes entgegenschlug, und dass seine pure Existenz geleugnet wurde, insbesondere unter jungen Erwachsenen, ließ mich in Versuchung geraten, das Ganze aufzugeben." (2001, 41).

Daher behaupte ich, dass es wahrscheinlicher ist, dass wir im Alltag sowie in encounterartigen Erfahrungen über unsere „unbewussten Vorurteile" stolpern (siehe auch mein Kapitel „Empathy at the core of the therapeutic relationship: Contaminators of empathic understanding" in Fairhurst 1999) als in der Eins-zu-eins-Situation in der Therapie, und es ist wahrscheinlicher, dass wir unsere eigenen Vorurteile und stereotypen Muster explorieren können, wenn wir uns nicht bedroht oder verletzlich fühlen – ein wirklich personzentriertes Klima? Wenn wir das nicht tun können, dann wird unsere Konditionierung unvermeidlich das hässliche Haupt in allen Aspekten unseres Lebens erheben – einschließlich unserer eigenen Therapiesitzungen.

In Farber / Brink / Raskin (1996) legt Maureen O'Hara eine feministische Analyse des Gespräches von Sylvia und Rogers vor. Sie meint, dass in ihrer (Maureens und Carls) enger, kollegialer und herzlicher Beziehung, „es Zeiten gab, wo nicht einmal das empathische Genie von Carl Rogers die Kluft überbrücken konnte oder die fundamentalen Unterschiede hätte versöhnen können, was „Sicht auf die Welt", „Sensibilität in der Wahrnehmung", „Realitätskonstruktion", „Wissensansprüche", „Erkenntnisinteressen", „Arten des Erkennens", oder „Paradigma" angeht, wenn es sich um Rogers handelt, einem berühmten, mächtigen, weißen, amerikanischen Mann der oberen Mittelschicht, – und mich selbst, eine junge, unbekannte, eingewanderte, weiße, englische Frau aus der Arbeiterschicht. ... Es überrascht nicht, dass die Kluft zwischen uns dann am offensichtlichsten war, wenn es zu Fragen der Beziehung kam wie Macht, Autorität, Einbezug, Ausschluss und politische Realitäten wie Sexismus und Rassismus." (ebd., 285). In ihrem Kapitel identifiziert Maureen: „Einerseits wurden Realitäten, die sehr wichtig für sie (Sylvia) und für andere Frauen sind, ausgelassen, missverstanden, verharmlost oder verzerrt, möglicherweise aufgrund von Rogers eigenen Voreingenommenheiten und blinden Flecken: andererseits übte er (absolut unbewusst) subtilen Druck auf sie aus, dass sie mit einem eurozentrischen, androzentrischen Status quo konform ging." (ebd., 298). Maureen ordnete diese Beschränkungen dem historischen Rahmen, in dem der Ansatz formuliert wurde, zu und dem Glauben von Rogers, dass der Therapeut[3] die Möglichkeit hat, „zu einem Grad des Verstehens zu gelangen, wo er die Welt des Klienten exakt kennen kann" (ebd., 296). Sie argumentiert: „Wie beim hermeneutischen Lesen eines heiligen Textes verstehen wir die Welt einer anderen wegen unserer – nicht trotz – unserer eigenen Subjektivität. Rogers demonstrierte hier in diesem Gespräch und bei vielen Gelegenheiten, welch außergewöhnlicher „Leser" er war ... Nicht weniger er selbst, sondern mehr. Das bringt uns zum Thema der blinden Flecken und der Voreingenommenheiten ... Wir müssen zugeben, dass Rogers sein postuliertes Ideal, jeglichen äußeren Bezugsrahmen beiseite zu lassen, nicht erreichte. Das hätte er auch nicht gekonnt, denn um andere zu hören, müssen wir bereits eine Sprache haben, um sie darin zu hören ... Wie ich ausführte, sind die Sprache und die Werte der Klientenzentrierten Therapie die ihrer Schöpfer – weiße Mittelschicht, zumeist nordamerikanische Männer. Es kann gar nicht anders sein und dabei ist gar nichts inhärent Entmächtigendes an dieser Situation. Das Problem entsteht erst durch das Versäumnis, die Unvermeidbarkeit der Voreingenommenheit zu erkennen. Indem wir leugnen, dass jegliches ‚Zuhören' Interpretation beinhaltet, dass wir hören, was wir erwarten zu hören, dass wir sehen, was wir im Bewusstsein haben und dass das, was wir sagen, unsere Konstruktion von Realität offen legt – mit all dem riskieren Klientenzentrierte Therapeuten, verdeckt für Klienten ‚Realität zu schaffen'." (ebd., 297). Während ich Maureen total zustimme, was die blinden Flecken von Therapeuten angeht sowie das Risiko, „Realität zu schaffen" für unsere Klienten, bin ich doch optimistischer – vielleicht ist es doch nicht unvermeidlich, dass alle Klientenzentrierten Therapeuten, ob männlich oder weiblich, ständig aus einer unbewussten Position heraus handeln, was unsere „unbewussten Vorurteile" angeht – vielleicht ist es wahrscheinlicher, wenn wir uns die Gefahren bewusst machen, was

3 Die männliche Form schließt hier (und auch an einigen Stellen weiter unten) Personen des anderen Geschlechts ein (Anm. der Übersetzerin).

geschieht, wenn wir uns einer weißen, männlichen, Mittelschichttheorie verpflichten, dass wir dann nicht in diese Falle gehen. Vielleicht können wir die Sprache der anderen lernen. Maureen beendet ihr Kapitel, indem sie sagt: „Wenn Klientenzentrierte Therapie überleben und blühen soll in dieser neuen postmodernen pluralistischen Welt, dann muss sie diese vielfältigen ‚anderen Arten des Erkennens' integrieren" (ebd., 298). Aber um diese Position zu erreichen, müssen wir unseren eigenen Schwächen gegenüber genügend offen sein und – hallo – wie war das mit der Kongruenz?

Literatur:

Fairhurst, Irene (1999), Women writing in the Person-Centred Approach, Llangarron (PCCS Books)

Farber, Barry A. / Brink, Debora C. / Raskin, Patricia M. (Eds.) (1996), The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary, New York (The Guilford Press)

Merry, Tony (1999), Learning and being in Person-Centred Counselling, Llangarron (PCCS Books)

Natiello, Peggy (2001), The Person-Centred Approach: A passionate presence, Llangarron (PCCS Books)

O'Hara, Maureen (1996), Commentary 2: Rogers and Sylvia: A feminist analysis, in: Farber, Barry A. / Brink, Debora C. / Raskin, Patricia M. (Eds.) (1996), The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary, New York (The Guilford Press) 284–300

Rogers, Carl R. (1977), Carl Rogers on personal power, New York. Constable; dt.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, München (Kindler) 1978

Rose, Lesley (1999), A woman's place, in: Fairhurst, Irene (1999), Women writing in the Person-Centred Approach, Llangarron (PCCS Books) 173–186

Autorin:

Irene Fairhurst, 1941, M.A., Mitbegründerin der „British Association for the Person-Centred Approach", deren Präsidentin sie sieben Jahre war; Dozentin, u. a. in der Personzentrierten Aus- und Weiterbildung, Buchherausgeberin, leitet kulturübergreifende Encountergruppen und arbeitet in eigener Praxis in Supervision, Beratung und Psychotherapie; eingetragen als Senior Registered Practitioner bei der British Association for Counselling and Psychotherapy

Korrespondenzadresse:

Irene Fairhurst
Dep.Client-Centred Counselling/Psychotherapy
220, Ashurst Drive
Barkingside, Essex IG6 1EW
Großbritannien
E-Mail: IreneFairhurst@compuserve.com

Maureen O'Hara und John K. Wood[1]

Das Bewusstsein von morgen kultivieren: Der personzentrierte Prozess als transformierende Schulung

Der Personzentrierte Ansatz in Gruppen ist im Kern eine verfeinerte Form eines tiefen, vielfältigen Perspektivendialoges. Mit seinen Forschungen und denen seiner Kollegen aus den 40er bis in die 80er Jahre in der Beratung, Psychotherapie und später in der Erziehung und in Gruppen-Encounters entdeckte Rogers, dass wenn Menschen einander in einem Kontakt begegnen, der gekennzeichnet ist von dem, was später die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen" für wirkungsvolle Veränderungen genannt wurde, sich die Menschen ganz natürlich in Richtung auf psychologische Ganzheit, Wachstum und Selbstaktualisierung bewegen werden. Über die folgenden Jahrzehnte hinweg erwiesen sich Rogers' Grundvariablen personzentrierter Interaktion als die wesentlichen Elemente jeglicher Beziehungen, in denen individuelles Wachstum und die Entwicklung von Bewusstsein geschieht.

Rogers beschreibt personzentrierte Begegnungen als Ich-Du-Dialoge im Buberschen Sinn und er glaubte, dass sich Ich-Du-Dialoge zwischen allen Menschen ereignen können. Im Gespräch 1957 zwischen den beiden stellte Buber Rogers' Überzeugung in Frage, dass es möglich sei, sogar dort eine Ich-Du-Beziehung zu entwickeln, wo ein Macht- oder Statusunterschied besteht wie etwa der zwischen einem Klienten und einem Therapeuten (siehe in Kirschenbaum / Henderson 1989). Bubers Ansicht über Psychiatrie und Psychotherapie war auf das Freudsche Modell beschränkt, das

1 Ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

damals die Psychiatrie dominierte. Hätte Buber verstanden, wie radikal und die Klienten ermächtigend Rogers' Ansicht zu Beratung wirklich war, wäre er vielleicht zu einem anderen Schluss gekommen. Für Rogers war die personzentrierte Begegnung die von Seele zu Seele. Wie Rogers beschreibt: „In diesen Momenten scheint es, als würde mein Inneres hinausgreifen und das Innere des anderen berühren. Unsere Beziehung transzendiert sich selbst und wird etwas Größeres." (Rogers 1986).

Als unsere Arbeit zu Prozessen von Großgruppen begann, hatten wir bereits ausgiebig Erfahrung mit dem Encountergruppenprozess kleiner Gruppen, den Rogers (1970/1974) beschreibt, aber wir hatten wenig Erfahrung mit personzentrierten Prozessen von Großgruppen. Daher machte sich 1974 ein Forschungsteam, das Rogers und die Autoren[2] dieses Artikels einschloss, daran, herauszufinden, ob die Formen individueller Bewusstseinserweiterung, die in der Eins-zu-eins-Therapiesituation oder in Gruppen von 10 bis 12 Leuten geschehen, sich auch in Gruppen von 200 oder mehr Menschen ereignen würden.

Über einen Zeitraum von 16 Jahren hinweg bestätigten unsere Beobachtungen, dass der Großgruppenprozess als Weg zu Wachstum und Bewusstseinsentwicklung sogar noch machtvoller war als die Kleingruppe oder die Einzeltherapie. In Versammlungen bis zu 2000 Leuten und von nur einem Tag Dauer berichteten Teilnehmende (deren Selbstberichte durch Familienmitglieder und Kollegen bestätigt wurden) von signifikantem sozialem Lernen und persönlicher Veränderung. Sie empfanden, dass sie eine höhere geistige Kapazität erreichten und aufrecht erhalten konnten und mehr in der Lage waren, weise und reif zu handeln und zu entscheiden. Diese Befunde wurden in früheren Arbeiten dargestellt (Rogers 1977/1978; Bowen / O'Hara / Rogers / Wood 1979; Rogers 1980; O'Hara / Wood 1984; Wood 1984). Diese Erfahrungen lieferten neues Beweismaterial, dass Rogers' „Grundvariablen" für transformierenden Dialog über die therapeutische Situation hinaus für einen weit größeren Rahmen einer potenziellen Anwendung zu generalisieren war. Wir waren sofort gepackt vom Potenzial dieser Großgruppen als Form transformierenden Lernens und wir schlugen vor, dass personzentrierte Großgruppen zu Laboratorien werden könnten, in denen die einzelnen Mitglieder dieser Großgruppen schneller als üblich die Fähigkeiten höherer Ordnung entwickeln können, die immer notwendiger werden, um mit dem Leben in dieser neuen Welt fertig zu werden (Bowen / O'Hara / Rogers / Wood 1979).

Was uns in diesen PZA-Gruppen überraschte, war die Beobachtung (die wir oft, aber nicht immer machten), dass es im Leben einer Gruppe Momente gibt, in der ein Zustand erreicht wird, in dem der einzelne Teilnehmer tief mit sich und interpersonell mit anderen in Einklang kommt *und* jeder mit der Gruppe als ganzer in Einklang kommt. In solchen Situationen erhöht die Gruppe ihre Fähigkeit zur Selbstorganisation und wird zu außerordentlich weisem kollektivem Handeln fähig, eine Fähigkeit, die weit über die jedes einzelnen Teilnehmers innerhalb der Gruppe hinausgeht. Sogar noch packender für uns war die Beobachtung, dass in solch bewussten Gruppen die Einzelnen über ihre eigene Höchstform hinaus getragen wurden – als ob ihnen durch die Teilnahme dazu verholfen würde, in einen „Flow"-Zustand zu kommen (Csikszentmihalyi 1990). Wir beobachteten, wie Leute, einschließlich uns selbst, die wir die Gruppen einberufen hatten, Zugang zu tieferen Ebenen von Empathie und Intuition fanden, zu außergewöhnlicher Wahrnehmung – sogar zu medialen und paranormalen Zuständen des Bewusstseins, die über die gewöhnlichen Arten westlichen Wissens hinausgingen. Menschen träumten dieselben Träume, hatten Vorahnungen über künftige Ereignisse, lasen Gedanken von anderen, erreichten ein verblüffendes Maß an Empathie und gemeinsamer Ausrichtung, fanden innovative Lösungen für Probleme, die unlösbar schienen, waren in der Lage, miteinander um die Entscheidung zu spielen – mit Ehrfurcht gebietender Improvisation und Synergie – und erreichten regelmäßig spirituelle Trancezustände, die man normalerweise nicht ohne Jahrzehnte meditativer Praxis erreicht.

Wir nannten diese Gruppen, in denen individuelles Bewusstsein erweitert wird und sich aus eigenem Entschluss nach einem erweiterten kollektiven Bewusstsein der ganzen Gruppe ausrichtet, schließlich *Bewusstseinsgemeinschaften* oder *integrale Gruppen*.

Nachdem wir Bewusstseinsgemeinschaften in ganz verschiedenen Settings und einer Spannbreite von Bedingungen sich entwickeln sahen, begannen wir zu vermuten, dass, wenn wir das dynamische Wechselspiel zwischen individuellem und kollektivem Bewusstsein verstehen könnten und lernen, wie die Bedingungen zu schaffen wären, unter denen es wahrscheinlicher wäre, dass sich integrale Gruppen bildeten, wir Zugang gewinnen könnten zu neuen menschlichen Fähigkeiten, mit denen wir die drängenden Systemprobleme angehen könnten. Wir fragten uns, ob solche Fähigkeiten eine neue Ebene in der Evolution kollektiven Bewusstseins darstellten.

Wir sahen schließlich die Schaffung bewusster personzentrierter Gruppen oder Gemeinschaften als eine neue Art von Pädagogik für transformatives Lernen. Diese Workshops scheinen Menschen Gelegenheit zu geben, zuerst für sich selbst Erfahrungen zu machen und dann die erweiterten Fähigkeiten für individuelles und kollektives Bewusstsein weiter zu entwickeln, die entscheidend für unser Überleben sein werden in den verwirrenden Zeiten, die vor uns liegen. Als sie in Situationen zusammengerufen wurden, wo Konflikte existierten, wie in Südafrika zwischen Schwarzen und Weißen, in Israel zwischen Arabern und Juden oder in Nordirland zwischen Katholiken und Protestanten, gaben sie uns Mittel an die Hand, mit denen sich die Menschen durch ihre wechselseitige Entfremdung hindurcharbeiten konnten, um schließlich mit einer gemeinsamen Menschlichkeit in Berührung zu kommen. In den Sechziger- und Siebzigerjahren nahmen in den Vereinigten Staaten und darüber

2 Hier wie an anderen Stellen wird für die leichtere Lesbarkeit nur eine der Geschlechterformen genannt, was keine Wertung beinhaltet (Anm. d. Übers.)

hinaus eine sehr große Zahl von Menschen an Gruppen-Encountern teil mit der ausdrücklichen Absicht, sich selbst als Individuen zu entwickeln, besser kommunizieren zu lernen und sich selbst und ihre Beziehungen authentischer zu erfahren, mit einem größeren Maß an Empathie und Bewusstheit und fortgeschrittener Beziehungskompetenz. Etwa ein Jahrzehnt lang beschäftigten sich verschiedene Gesellschaftsbereiche, von Kirchengruppen bis zu Schulklassen, von Yogapraktizierenden über Berufstätige bis hin zu Anonymen Alkoholikergruppen in einem breiten kulturellen Experiment transformierenden Lernens.

Unserer Ansicht nach war das Experiment zur Bewusstseinsevolution ein großer, aber nur ein Teilerfolg – es gelang, die Kultur zu verändern, aber es hörte zu schnell auf. Die amerikanische Gesellschaft war hinterher sicher stärker psychologisch aufgeschlossen und die Menschen waren emotional unabhängiger. Sie lernten, bessere Eltern, Manager und Freunde zu sein, und es gelang ihnen, eine tiefere und befriedigendere Beziehung mit sich selbst und zu anderen zu genießen. Die Leute erreichten ein erhöhtes Maß an psychologischen Fähigkeiten und ein höheres Maß an Bewusstheit. Aber das volle Potenzial der Bewusstseinsgruppe als Lernkontext oder „Treibhaus", wo eine neue Art von Beziehungsbewusstsein hätte kultiviert werden können, wurde von den Praktizierenden nicht ausgeschöpft. Es gibt immer noch viel zu tun.

Künftig gibt es sicher größten Bedarf an Leitfiguren und Bürgern, die mit den nie zuvor erfahrenen Herausforderungen und Gelegenheiten von der Art umgehen können, wie sie eingangs skizziert wurden. Während wir hier schreiben, versuchen New Yorker and Amerikaner allgemein, den katastrophalen Anschlag auf die amerikanische Psyche zu verarbeiten, der ihr am 11. September 2001 von Terroristen zugefügt wurde. Sie wenden sich an jegliche Institutionen, die es gibt, um ihren Schmerz zu verarbeiten. Grundsätzlich wenden sich die Bewohner der Vereinigten Staaten an Beratung, Psychotherapie, spirituelle Traditionen, Radiorunden, Internetchatrooms und natürlich an Vertraute, in einem solchen Ausmaß, dass diese Ressourcen das individualistische, selbstbestätigende Bewusstsein oder selbst-transzendierende Bewusstsein im Dienst einer sich selbst bestätigenden Gruppe – „patriotischen Heroismus" – ermutigen; obwohl sie sicher kurzfristig den Schmerz lindern, perpetuieren sie langfristig gesehen das „Die-gegen-uns"-Bewusstsein, das überhaupt erst dieses Klima der Gewalt geschaffen hat. Wir sind überzeugt, dass die Betonung des individuellen Bewusstseins, das viel von der Aufmerksamkeit in der Psychotherapie in Beschlag genommen hat, obwohl sie notwendig ist, auf Dauer nicht genügt. Das Ausmaß an Bewusstsein, dass in diesem Moment unserer evolutionären Geschichte von uns verlangt wird, geht über das hinaus, was jeder von uns, im Westen oder sonstwo, von unseren Vorfahren geerbt hat. Unserer Ansicht nach brauchen wir neue institutionelle Formen beschleunigten sozialen Lernens, die gleichzeitig sowohl individuelles Bewusstsein als auch das Bewusstsein von Gruppe und Gesellschaft erweitern können.

Wir haben gesehen, dass sich solches soziales Lernen und solche Bewusstseinstransformation in personzentrierten Gruppen ereignen. Wir schließen mit einem Satz unseres Freundes und Pionierreisegefährten in diesen geheimnisvollen Gewässern, dem Psychologen Carl Rogers:

„Wenn die Zeit kommt, wenn unsere Kultur der endlosen todbringenden Fehden müde wird, verzweifelt am Gebrauch von Gewalt und Krieg als Mittel den Frieden zu bringen, unzufrieden wird mit dem Leben auf halber Flamme, das seine Mitglieder leben – erst dann wird sich unsere Kultur ernsthaft nach Alternativen umschauen. ... Wenn diese Zeit kommt, werden sie keine Leere finden. Sie werden entdecken, dass es Wege gibt, die Lösung von Fehden zu fördern. Sie werden herausfinden, dass es Wege gibt, Gemeinschaften zu bilden, ohne die potenzielle Kreativität der Person zu opfern. Sie werden erkennen, dass es Wege gibt, die bereits im kleinen Rahmen erprobt sind, das Lernen zu vertiefen, sich auf neue Werte zuzubewegen und Bewusstsein auf eine neue Ebene zu heben. Sie werden herausfinden, dass es Arten gibt zu sein, die ohne Macht über Personen oder Gruppen auskommen. Sie werden entdecken, dass eine harmonische Gemeinschaft auf der Basis gegenseitigen Respekts und erweitertem persönlichem Wachstum gebildet werden kann. ... Als Humanistische Psychologen mit einer personzentrierten Philosophie – haben wir Arbeitsmodelle in kleinem Maßstab geschaffen, die unsere Kultur benutzen kann, wenn sie dazu bereit ist (Rogers 1980, 205).

Das wurde vor zwei Jahrzehnten geschrieben. Die erst kurz zurückliegende Intensivierung auf der Ebene ethnischer Kriegsführung zeigt, dass der Bedarf dringend ist. Das erneute Interesse an Dialog legt nahe, dass die Kultur nun bereit ist. Wir hoffen, dass unser Beitrag zu dieser Heftnummer einige Möglichkeiten skizzieren kann, welche die Schaffung von Lernkontexten erleichtern, in denen diejenigen Fertigkeiten kultiviert und genährt werden können, die es braucht, um die kollektive Weisheit diverser Gruppen zu mobilisieren, und dass wir dazu beigetragen haben, die Pionierarbeit von Rogers und seiner Kollegen einer Kultur dienstbar zu machen, die im Begriff ist, sich neu zu erfinden.

Literatur:

Bowen, Maria / O'Hara, Maureen / Rogers, Carl R. / Wood, John K. (1979), Learning in large groups: Implications for the future, in: Education 100, 108–117

Csikszentmihalyi, Miklos (1990), Flow: The psychology of optimal experience, New York (Harper & Row)

Kirschenbaum, Howard / Land Henderson, Valerie (Eds.) (1989), Carl Rogers: Dialogues, Boston (Houghton Mifflin)

O'Hara, Maureen / Wood, John K. (1984), Patterns of awareness: Consciousness and the group mind, in: The Gestalt Journal 6, 2, 103–116

Rogers, Carl R. (1970), Carl Rogers on encounter groups, New York (Harper & Row); dt.: Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung, München (Kindler) 1974

Rogers, Carl R. (1977), Carl Rogers on personal power. Inner strength and its revolutionary impact, New York (Delacorte); dt.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, München (Kindler) 1978

Rogers, Carl R. (1980), A way of being, Boston (Houghton Mifflin)

Rogers, Carl R. (1986), Rogers, Kohut, and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences, in: Person-centered Review 1, 2, 125–140

Wood, John K. (1984), Communities for learning: A person-centered approach, in: Shlien, John M. / Levant, Ronald F. (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory and practice, New York (Praeger) 297–316

Autoren:

Maureen O'Hara, Ph.D., eine der Leitfiguren auf dem Gebiet der Humanistischen Psychologie; über 15 Jahre lang Mitglied in Carl Rogers' Team, das Lernen in Großgruppen anleitete; früher Mitglied an der Fakultät verschiedener Colleges in den USA, Großbritannien und Südamerika, zur Zeit „President of Faculty" an der „Saybrook Graduate School and Research Center" in San Francisco; Autorin zahlreicher Publikationen auf dem Gebiet Humanistischer Psychologie.

John Keith Wood, Ph.D., ehemals Professor an Universitäten in Nord- und Südamerika und in Europa; fünfzehn Jahre lang Nachbar, enger Freund und Mitarbeiter von Carl Rogers am Center for Studies of the Person in La Jolla; entwickelte eine Psychologie der Großgruppen. Interdisziplinäre Ansätze und Forschung fanden schon immer sein Interesse. Zur Zeit leitet er Estância Jatobá – ein 200 Morgen großes ökologisches Reservat in einem Überrest von Brasiliens großem atlantischen Regenwald. Das Projekt beinhaltet Umweltschutz, nachhaltige Landwirtschaft, Soziologie, Gruppenpsychologie, Kunst und Philosophie.

Kontaktadressen:

Maureen O'Hara, Ph.D.
Saybrook Graduate School
450 Pacific Ave., Third floor
San Francisco, CA 94133

John K. Wood, Ph.D.
Estância Jatobá, Jaguariúna
Brasilien

Person 2 (2001) *55–67*

Barbara Reisel

The Clinical Treatment of the Problem Child Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut

Zusammenfassung: *Der Artikel ist die erstmalige – und zudem kommentierte – Übersetzung eines Teiles der 1939 erschienenen Publikation von Carl Rogers „The Clinical Treatment of the Problem Child". Rogers bezieht sich in diesem Buch auf sein Erleben und seine langjährige Erfahrung als Kinder- und Familientherapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Die Lektüre dieses Buches bietet auch noch immer aktuelle Standpunkte in Bezug auf die Rahmenbedingungen therapeutischer Arbeit im Familienkontext und macht die Notwendigkeit deutlich, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus.*

Stichwörter: *Geschichte des Personzentrierten Ansatzes, Kinderpsychotherapie, „Relationship Therapy"*

Résumé: ***The clinical treatment of the problem child. Carl Rogers comme thérapeute pour enfants –*** *L'article est la première traduction d'une partie de la publication de Carl Rogers parue en 1939: « The Clinical Treatment of the Problem Child (Le traitement clinique de l'enfant à problèmes) ». Rogers se réfère dans ce livre à son vécu et à son expérience sur de longues années en tant que thérapeute pour enfants et familles, et s'y montre à la recherche de concepts correspondant à cette expérience. Il souligne cependant l'importance de la relation émotionnelle entre l'enfant et le thérapeute, et formule les objectifs et les attitudes à adopter pour le travail thérapeutique, qui peuvent être considérés comme l'heure de naissance de l'approche centrée sur la personne. Toutes les caractéristiques fondamentales et les approches qui constituent une théorie de développement de la thérapie centrée sur la personne et de la personnalité sont déjà contenues dans cette œuvre de jeunesse de Rogers. La lecture de ce livre offre aussi des points de vue toujours d'actualité concernant les conditions structurelles du travail thérapeutique dans le contexte familial et met en lumière la nécessité d'intégrer la situation de vie réelle, les ressources de la famille et l'environnement immédiat de l'enfant à la planification de la thérapie. Rogers était ainsi, dès 1939, en avance sur son temps dans beaucoup de ses réflexions.*

Mots clés: *Histoire de l'approche centrée sur la personne, la psychothérapie pour l'enfant, « relationship therapy »*

Einleitung der Übersetzerin

Carl Rogers' erste Publikation war seine 1931 erschienene psychologische Dissertation über die Entwicklung eines Tests zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Schon während seines Studiums arbeitete Rogers im Rahmen eines Stipendiums am Institute for Child Guidance und begann seine erste Tätigkeit als Psychologe an der Abteilung für Kindheitsstudien bei der „Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children", deren Direktor er später wurde. Seine Erfahrungen in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern und deren Familien fand in dem 1939 erschienen Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child" seinen Niederschlag. Bei der Lektüre dieses Buches wird eindrucksvoll deutlich, welchen unermesslich großen Erfahrungsschatz Rogers seiner Theorieentwicklung zugrunde gelegt hat. Es zeigt sich, dass er den Boden dieser Erfahrungen in seiner Theorie- und Therapieentwicklung nie verlassen hat. Rogers bezieht sich in diesem Buch immer wieder auf sein Erleben und seine Erfahrung als Therapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Rogers setzt sich in diesem frühen Werk auch ausführlich mit psychoanalytischen Methoden in der Behandlung von Kindern und deren Familien auseinander und bringt seine kritische Haltung dazu zum Ausdruck.

Das Buch, gelesen aus heutiger Sicht und mit meinen Erfahrungen als eine seit Jahren im kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Bereich tätigen Personzentrierten Psychotherapeutin und klinischen Psychologin, birgt eine beeindruckende Fülle heute noch aktueller Überlegungen und Darstellungen kinder- und jugendpsychiatrischer Aspekte. Dies v. a. auch in Bezug auf Fremdunterbringungen und Behandlung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten sowohl durch Elternberatung als auch durch individuelle Kindertherapie.

In der Einleitung (Chapter 1 / A Point of View, 2–15) schreibt Rogers: „In diesem Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen. Sie werden vergeblich nach einem Kapitel über Stehlen, Daumenlutschen oder Schuleschwänzen suchen, denn für solche Probleme gibt es keine Behandlung. Es sind Kinder, Buben und Mädchen, mit verschiedenen Lebensgeschichten und Persönlichkeiten. Einige von ihnen stehlen, manche laufen von der Schule weg, andere finden Befriedigung darin, an ihrem Daumen zu lutschen, obszöne Worte zu benutzen oder ihren Eltern die Stirn zu bieten. Aber in jedem Fall müssen wir uns mit dem Kind selbst befassen und nicht mit der Verallgemeinerung seines Verhaltens (S. 3f)".

Rogers versucht, kindliches Verhalten als ein von unterschiedlichen Faktoren beeinflusstes Geschehen zu verstehen und zu beschreiben und geht dabei auf die Aspekte Anlage (genetische Ausstattung), Organik (somatische Ausstattung), Familie (emotionale Unterstützung und Beziehungsqualität), Kultur und Sozietät, die Bedürfnisse des Organismus („need for affective response", „need to achieve satisfaction by accomplishing and self-esteem") sowie die interaktionellen Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren ein. Damit entspricht er bereits 1939 einem auch heute in der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie gültigen Paradigma eines bio-psycho-sozialen Ansatzes. Das Hauptanliegen von Rogers lautet: „... die einzige Absicht, die wir bei der Beachtung des kindlichen Verhaltens verfolgen, ist, einen Verstehensprozess für dieses Verhalten in Gang zu bringen (12)".

In zwei weiteren Kapiteln (Chapter 2–3 / Methods of Diagnosis: 16–39; The Component-Factor Method of Diagnosis: 40–62) nimmt Rogers Stellung zu diagnostischen Methoden (Psychologische Tests zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und Intelligenzentwicklung), die aus heutiger Sicht sowohl inhaltlich wie auch testtheoretisch noch in den Kinderschuhen ihrer Entwicklung standen. Mit diesem Thema hatte sich Rogers bereits 1931 in seiner psychologischen Dissertation beschäftigt. Er kam zu dem Schluss, dass diagnostische Methoden zwar eine wertvolle Information liefern können, zeigte sich jedoch auch besorgt über zu enthusiastische Versprechungen und eine mechanistische Anwendung dieser Methoden.

Im zweiten Teil des Buches widmet sich Rogers solchen Methoden und Ansätzen, die Verhaltensänderung bei Kindern durch einen Wechsel der Umgebung erzielen wollen. Er geht dabei vor allem auf die Bedeutung und Problematik von Fremdunterbringungen ein. (Chapter 4 / The Foster Home as a Means of Treatment, 63–108; Chapter 5 / Institutional Placemant as Treatment for Behavioral Problems, 109–146; Chapter 6 / The Advisability of Removing a Child from Home, 147-177).

Im dritten Teil des Buches beschreibt Rogers verschiedene Behandlungsansätze, die bei der Modifizierung der Umgebung des Kindes ansetzen (Chapter 7 / Family Attitudes as a Focus of Treatment, 179–221; Chapter 8 / The School's Part in Changing Behavior, 222–248; Chapter 9 / The Intelligent Use of Clubs, Groups and Camps, 249–277). Rogers unterscheidet dabei unterschiedliche Ansätze, um Kinder und deren Familien hilfreich zu unterstützen. Als „focus of treatment" bezieht er sich einerseits auf die Möglichkeiten, auf die familiären Einstellungen und Haltungen dem Kind gegenüber Einfluss zu nehmen. Er unterscheidet hier unterschiedliche Zugänge: einen pädagogischen Ansatz der Erziehungsberatung und interpretative Verfahren (damit meint er psychoanalytisch orientierte Erziehungsberatung). Er greift hier erstmals den Begriff der „Relationship Therapy" auf. Im weiteren stellt er die Bedeutung der Schule und organisierter Freizeitgruppen als weiteren „focus of treatment" dar.

Sowohl bei der Darstellung familien- oder elternzentrierter Beratung als auch bei einzeltherapeutischen Zugängen mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet Rogers pädagogische, psychoanalytische und beziehungsorientierte Methoden und zeigt sich beeinflusst von Otto Rank, der bereits auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Ingangbringen von Veränderungsprozessen hingewiesen hatte. Mit dem Bezug auf Otto Ranks Begriff der „Relationship Therapy" beginnt Rogers seinen in den folgenden Jahren als eigenständige psychotherapeutische Richtung bekanntgewordenen Ansatz zu umreißen und klar von psychoanalytischen Ansätzen abzugrenzen. Deutlich wird das, wenn er schreibt: „Es ist kein intellektueller Prozess, der hier stattfindet, deshalb kann er nur schwer intellektuell erfasst werden; er muss im Gegenteil gefühlt bzw. erfahren werden, um erfasst werden zu können ... Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist der wesentliche Ort des Geschehens. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen ... Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz ... Der Effekt einer solchen Beziehung kann durch Begriffe wie „Klärung von Gefühlen" und „Selbstakzeptanz" beschrieben werden ... Das Ziel ist, den Eltern dabei zu helfen, ihre Gedanken zu klären und die Bedeutung ihrer Entscheidungen in Betracht zu ziehen ... Das führt zu der Annahme, dass die Eltern ihr größeres Selbstverständnis aus der Beziehung zu dem Therapeuten auf andere Beziehungen übertragen können (197ff)".

Dabei wird deutlich, dass es Rogers im therapeutischen Handeln nicht darum ging, unmittelbar konkrete Verhaltens- oder Lösungsstrategien zu erarbeiten, sondern „... ein höheres Maß an Integration und Selbstwahrnehmung zu entwickeln. Wahrscheinlich liegt

der wesentliche Wert dabei in der neuen Sichtweise der Verlässlichkeit auf die eigene individuelle Tendenz, die dem Wachstum entgegen strebt (200)". Hier findet sich also der erste Hinweis auf die Aktualisierungstendenz.

Im vierten und letzten Teil des Buches geht Rogers auf einzeltherapeutische Ansätze ein und führt dabei wieder den für ihn wesentlichen Unterschied zu psychoanalytischen Zugängen aus, indem er mehrfach darauf hinweist, dass es vor allem die Beziehung und die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung sind, die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen möglich machen, und es dazu nicht unbedingt einer Einsicht bedarf, die durch Interpretationen und Deutungen ermöglicht wird.

Rogers war in dieser Zeit, abgesehen von seinen eigenen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut, besonders von den Arbeiten von Jessie Taft und Frederick Allen beeinflusst. Taft war die englische Übersetzerin der Werke Otto Ranks. In ihrem 1933 erschienenen Buch „The Dynamics of Therapy" beschrieb sie wichtige Aspekte therapeutischen Arbeitens: die Wichtigkeit der Zeitgrenzen und die Bedeutung der Selbsterfahrung und Weiterentwicklung des Therapeuten. Sie formulierte bereits nondirektive, personzentrierte Haltungen. Allen (1934; 1942) beschrieb und formulierte wesentliche Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Kindern wie „Selbstwert" und „Hier-und-jetzt-Erfahrung" als wesentliches Mittel zur Veränderung.

Der vierte Teil des Buches umfasst drei Kapitel (Chapter 10/Treatment Interview Techniques: Education, Persuasion, Release, 279–321; Chapter 11/Dealing with the Individual—Treatment Interviews: Deeper Therapies, 322–358; Chapter 12/Making Treatment Effective, 359–376).

Im Folgenden werden nun Teile des 11. Kapitels erstmals in übersetzter Form vorgestellt.

Chapter 11: Dealing with the Individual – Treatment Interviews: Deeper Therapies

Was meinen wir mit tiefgehender Therapie?

In der klinischen Praxis wird oft auf die „Tiefe eines therapeutischen Prozesses" hingewiesen. Dies bezieht sich auf das Ausmaß an Einsicht oder Selbstverständnis, das der Klient erreichen kann. So hält Dr. Lippman fest: „Vielleicht können wir sagen, je mehr Einsicht das Kind während des Behandlungsprozesses erwerben konnte, desto weniger oberflächlich war diese Therapie. Der Zeitfaktor muss dafür nicht bestimmend sein. Man kann den Klienten mehrfach die Woche über mehrere Monate hindurch sehen und dennoch bleibt er an einem oberflächlichen Niveau in Bezug auf seine Konflikte und Probleme" (1). Nun, hier gibt es wahrscheinlich noch ein anderes Element, das ebenso in der Beschreibung eines „tiefgehenden Prozesses" enthalten sein muss. Es ist die Art der Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten, die sich bis zu einer maximalen Abhängigkeit ausdehnen kann. In diesem Kapitel widmen wir uns der Abgrenzung derjenigen therapeutischen Methoden, die versuchen, dem Kind zur Einsicht zu verhelfen, gegenüber denjenigen Methoden, in denen die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut sehr stark ist. Die bisher beschriebenen Methoden bezogen keines dieser beiden Elemente mit ein. Sie bleiben damit eher an der Oberfläche und können mit weitaus weniger Risiko angewendet werden als diejenigen Ansätze, die wir nun beschreiben wollen.

Interpretative Therapie

Wir haben bereits die Methode der interpretativen Behandlung von erwachsenen Klienten erörtert (Kapitel 7). In der Anwendung dieser Methode bei Kindern handelt es sich eigentlich um den gleichen Prozess. Das Ziel des Therapeuten ist es, dass das Kind eine rationale und konsistente Erklärung seiner Verhaltensmuster verstehen und emotional akzeptieren kann. Wenn das Kind die Entwicklungsgeschichte seiner Emotionalität und seines Verhaltens versteht, ist es eher in der Lage, damit besser umzugehen. Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass, solange dem Kind eine konsistente und systematische Basis dafür angeboten wird, an der Integration seines Verhaltens zu arbeiten, solche Behandlungen auch dann effektiv sein können, wenn die Interpretationen unkorrekt sind (2). Natürlich muss berücksichtigt werden, dass verschiedene Kliniker ähnliche Phänomene der Persönlichkeitsentwicklung unterschiedlich interpretieren und dennoch jeder ein gewisses Ausmaß an Erfolg in der Therapie erreichen kann. Daraus ist zu schließen, dass wir Interpretationen so einfach und faktisch wie möglich gestalten sollten, um den Behandlungsverlauf nicht zu verwirren oder zu überfrachten.

Anm. der Übersetzerin: Es folgt nun eine Reihe von Falldarstellungen zur Illustration der interpretativen Methoden. Diese (323–331) werden hier aus Platzgründen weggelassen, auch weil dieser Teil keine wesentlich weiterführenden und konzeptuellen Inhalte enthält.

Die Effektivität der Einsicht

Diese Falldarstellungen, bei denen der Behandlungsschwerpunkt auf der Entwicklung von Einsicht des Kindes liegt, zeigen, in welchen Fällen eine solche Behandlung effektiv sein kann. Generell kann man sagen, dass interpretative Therapie ihre größte Wirksamkeit bei solchen Kindern hat, deren Verhaltensprobleme einem definierten und wiederholten Muster folgen und durch emotionale Faktoren

1 Das 1939 erschienene Buch wurde bis heute nicht ins Deutsche übersetzt und ist auch im Original schon lange nicht mehr erhältlich. Übersetzung: Barbara Reisel

begründet werden können. Wir treffen mit diesem Behandlungsansatz eine gute Wahl z. B. bei einem Mädchen, das immer wieder wertlose Gegenstände, v. a. von Frauen, stiehlt und diese versteckt, ohne Gebrauch von ihnen zu machen. Zunächst würden wir das emotionale Muster für diese Verhaltensweise bestimmen und dann die Selbst-Interpretation des Mädchens, dem durch den Therapeuten zu vermehrtem Verständnis und Einsicht verholfen wird. Genauso könnte die Behandlung eines kleinen Buben wirksam sein, der immer wieder stiehlt, um mit den so erworbenen Dingen zu handeln und sich damit Freundschaften zu erkaufen. Es würde jedoch eine völlig unwirksame Methode sein, wenn der Bub nur in Gesellschaft anderer Gleichaltriger stiehlt, wo das Verhalten also vornehmlich durch kulturelle Faktoren bestimmt wird.

Die „Einsichts-Therapie" kann jedoch genauso wie das Vorbringen von Vorschlägen und Überredungen massiven Schaden anrichten, wenn sie unklug angewendet wird. Es handelt sich nicht um eine beliebige Art der Therapie und sie sollte erst dann begonnen werden, wenn durch eine genaue Diagnose die Verhaltensmuster geklärt worden sind und genügend Zeit zur Verfügung steht, um einen intensiven Kontakt mit dem Kind aufzubauen. Eine falsche Interpretation oder eine, die frühzeitig aufgezwungen wird, kann die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes stören. Es ist auch möglich, dass eine nicht korrekt durchgeführte interpretative Therapie keine Symptomänderung beim Kind bewirkt. Dies ist schlimmer, als wenn keine Therapie stattgefunden hätte. Es macht das Kind entmutigter und hoffnungsloser in Bezug auf sich selbst. Daher kann diese Therapie nur dann angewendet werden, wenn der Therapeut ausreichende psychologische und beratende Ausbildung erfahren hat oder von einer erfahrenen Person supervidiert wird.

Psychoanalyse bei Kindern

Von einem quantitativen Standpunkt aus gesehen ist die Psychoanalyse bei Kindern als Behandlungsverfahren zu vernachlässigen. Von den Tausenden Kindern die jährlich in den Child Guidance Kliniken und den verhaltensorientierten Kliniken behandelt werden, wird nur eine Handvoll mittels Psychoanalyse behandelt. In Europa mag die Zahl etwas größer sein. Weil wir uns mit den praktischen Aspekten von Behandlungsmethoden in der therapeutischen Arbeit mit Kindern befassen, wollen wir diese Behandlungstechnik nur kurz streifen und es anderen überlassen, die wichtigen Effekte und Aspekte dieser Methode zu diskutieren.

Im Grunde bedient sich die Kinderpsychoanalyse beider Elemente, die die sogenannten „tiefen Therapien" kennzeichnen: Die Entwicklung von Einsicht mittels Interpretation und das Vertrauen auf die emotionale Beziehung oder Übertragung, die zwischen Therapeut und Kind entsteht. Diese Ziele werden prozesshaft erreicht, indem regelmäßige Kontakte ein-, zwei- oder dreimal pro Woche mit dem Analytiker stattfinden. Beurteilt man die Fallberichte, so sieht man, dass gewöhnlich keine Versuche unternommen werden, irgendwelche Umweltbedingungen zu verändern. Es gibt vielleicht einige Kontakte zwischen Eltern und Analytiker, doch dienen diese meist nur dazu, mehr diagnostische Informationen zu erhalten und weniger einem Behandlungsmodell. Die analytische Gesprächsführung ist weitaus weniger formal als bei Erwachsenenanalysen. Dem Kind wird gewöhnlich sehr viel Freiraum geboten und es werden Spieltechniken verwendet, um damit Gefühlen und Einstellungen ein Ausdrucksmittel zur Verfügung zu stellen. Die Länge von Analysen stellt natürlich ein untragbares Merkmal dar. Hundert Analysestunden werden von den meisten Freudianern als Minimum angesehen, in denen eine Kinderanalyse abgeschlossen werden kann bzw. auch Fortschritte gesehen werden können.

Die interpretativen Methoden in der Analyse

Es gibt bestimmte Unterschiede zwischen der Interpretationstechnik, wie wir sie bereits beschrieben haben, und ihrer Anwendung in der Analyse. Vor allem zielt der klassische Kinderanalytiker darauf ab, dem Kind vollständige Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln. Dies könnte als ein etwas breiterer und auch tiefergehender Zugang im Vergleich zu den zuvor beschriebenen Ansätzen gesehen werden. Der Analytiker kann mehrere Stufen der Interpretation finden, indem er immer tieferliegende unbewusste Motive und Muster entdeckt und erklärt. Die Analyse wird deshalb so selten als wirklich abgeschlossen betrachtet, weil das Ziel in der Vollständigkeit der Interpretation liegt. Auch bei Fällen, die für Publikationen ausgewählt werden, konnte ich feststellen, dass der jeweilige Analytiker diese Fälle als unvollständig und unabgeschlossen betrachtet hat. Zum Beispiel erstreckte sich die Analyse eines 8-jährigen Buben mit einem Zwang zum Stehlen über 8 Monate mit häufigen Sitzungen. Die Symptome verschwanden und der Bub zeigte eine normale Anpassung an familiäre und soziale Anforderungen. Trotzdem schloss der Therapeut seine Fallbeschreibung mit den Worten: „ Die Therapie kann keinesfalls als eine richtige Analyse angesehen werden, weil nur ein Teil des psychischen Materials wirklich durchgearbeitet wurde." (3)

Eine zweite Unterscheidung im interpretativen Vorgehen liegt darin, dass die Interpretationen nicht einfach in Bezug auf die offenkundigen Fakten erfolgen, sondern sich auf eine vorgefasste Ideologie, manchmal unbestätigte und manchmal phantastische Theoriebildung stützen. In jeder interpretativen Therapie besteht das Risiko, dass die vorgefassten Begriffe den Therapeuten in seinen Interpretationen beeinflussen. Man wird versuchen, dies so gering wie möglich zu halten. Die Psychoanalyse jedoch macht den Glauben an eine bestimmte Gedankenschule zur sine qua non der Interpretation. Somit wird diese Tendenz eher noch verstärkt denn minimiert, und man riskiert, hinter den Fakten im Bereich der Spekulation zu landen. Bei den zuvor zitierten Fallbeschreibungen

von John und Robert lässt sich deren Verhalten auf konditionierende Erfahrungen zurückführen, die eng mit dem jetzigen Verhalten verknüpft sind. Johns frühe Erfahrungen des Zu-nachsichtig-behandelt-worden-Seins stellen adäquate Erklärungen für seine Zornesausbrüche dar. Roberts traumatische sexuelle Erfahrungen im Alter von 11 Jahren setzen den Grundstein für sein späteres Verhalten. Solche Interpretationen bleiben eng an Fakten gebunden. Wenn aber die Probleme des Kindes mit Begriffen wie „Kastrationsangst" oder „der Wille des Kindes, den Vater zu töten und die Mutter zu besitzen" interpretiert werden, sollten doch auch objektive Beweise für solche Interpretationen gefunden werden, um einem wissenschaftlichen Anspruch Genüge zu tun. Würde die Kinderanalyse Verhaltensprobleme auf tatsächliche Erfahrungen zurückführen, stünde sie auf soliderem Boden. Doch zu oft werden Erfahrungen eher aufgrund unverifizierter Ideologien denn als simple Fakten interpretiert. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

In der Fallbeschreibung der Analyse des 8-jährigen Peter, ein Bursche mit einem Diebstahlszwang, gibt es Passagen, in denen der Bub prahlerische Phantasien von sich gibt, wie er seine Eltern überwältigen und seinen Vater schlagen wird. Die ausführliche Fallbeschreibung gibt keinen Hinweis darauf, dass der Bub etwas über Geschlechtsverkehr wusste. Es gibt nicht den leisesten Hinweis darauf, dass ihm jemals irgendwer mit einer genitalen Verletzung gedroht hätte. Hier aber schwenkt die Autorin des Falles vom Faktischen zum Spekulativen, wenn sie schreibt: „Der Grund für Peters asoziales Verhalten war schnell gefunden. Die Analyse seiner Phantasien schloss zwei Elemente mit ein. Das erste war sein Wunsch, so groß und mächtig zu sein wie sein Vater. Das zweite war sein Wunsch, den Platz des Vaters an Mutters Seite einzunehmen. Zunächst konnten wir nichts anderes sehen als seinen Wunsch, seine Position mit der des Vaters zu tauschen, doch als seine Phantasien unerschrockener wurden und mehr von ihrem Inhalt zeigten, konnte man sehen, dass er genau so eine Beziehung mit seiner Mutter anstrebte, die sein Vater genoss. Es war nur natürlich, dass der Wunsch, seinen Vater zu entthronen, in ihm eine Angst vor des Vaters Zorn, die Kastrationsangst, auslösen musste. Um dies zu verdecken, flüchtete er in die gegenteiligen Reaktionen, in Prahlerei und Übertreibung. Seine Diebstähle und seine Phantasien über Rebellion und Rache gegenüber allen Autoritätspersonen, entsprangen auch derselben Quelle." Im Folgenden fasst die Analytikerin den Fall zusammen: „Peters Analyse zeigt sehr klar die Bedeutung der Kastrationsangst und des Penisneides ... es gibt keinen Zweifel, dass seine Diebstähle ihren Grund in diesem Kastrationskomplex hatten (4)". Diese Art von Interpretation basiert nicht auf erhobenen Daten, sondern auf einer vorgefassten theoretischen Psychologie, die typisch für die Kinderanalyse ist.

Anm. d. Übersetzerin: Es wird eine Seite der folgenden Ausführungen übersprungen, da sie nur weitere Beispiele zur Verdeutlichung des bereits Gesagten bringt.

Übertragung

Die Übertragung oder die emotionale Verbindung zwischen Analytiker und Kind wird in Kinderanalysen weniger beachtet als in der Arbeit mit Erwachsenen. Im wesentlichen erwartet der Analytiker, dass das Kind ihn zu Beginn der Analyse symbolisch als Objekt seiner Gefühle verwendet, indem es auf den Analytiker so reagiert wie es früher auf Eltern, Geschwister oder andere reagiert hat. Das Kind kann dadurch sehr abhängig werden oder auch gewalttätiges Ressentiment oder Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten zeigen. Das Ziel der Behandlung ist es, das Kind von dieser engen emotionalen Bindung zu befreien und es in die Lage zu versetzen, andere Liebesobjekte zu suchen. Es erstaunt nicht, dass diese tiefe emotionale Verbindung über so lange Zeit hinweg eine Kinderanalyse schwierig macht. Es muss eine Bedrohung für die Eltern des Kindes darstellen, die merken, dass ihr eigener Platz von jemand anderem besetzt wird. Viele Analysen werden abgebrochen, weil Eltern ihre Kooperation zurückziehen. Das kann auch dann passieren, wenn man ihnen die Wahrscheinlichkeit dieser Situation schon im vorhinein genau erklärt hat. Lippman diskutiert einige dieser technischen Schwierigkeiten, die einer befriedigenden Kinderanalyse im Weg stehen, und warnt, auf eine vorsorgliche Aufklärung von Kind und Familie nicht zu vergessen.

Das Ergebnis psychoanalytischer Behandlung

Unglücklicherweise bevorzugen Psychoanalytiker die Untersuchung ihrer Methode mittels evaluativer Verfahren nicht. Daher gibt es auch keine Outcome-Studie über die Behandlung von Kindern. Eine solche Studie über die Analyse von 33 erwachsene Patienten wurde von Kessel und Hyman (5) publiziert. Von dieser kleinen Patientengruppe konnten 5 Fälle durch die Analyse als „geheilt" bezeichnet werden, 6 wurden geheilt mittels einer Kombinationsbehandlung aus Analyse und umweltspezifischen Veränderungen, 8 zeigten eine Verbesserung und 14 Patienten blieben unverändert oder zeigten Verschlechterungen. Von der letzten Gruppe beging ein Patient Selbstmord und 6 Fälle entwickelten ernsthafte psychiatrische Erkrankungen. Möglicherweise ist der schlechte Verlauf und die 43-prozentige Misserfolgsrate darauf zurückzuführen, dass die Patienten alle von Praktischen Ärzten zum Analytiker zugewiesen worden waren. Aber auch die befriedigenden Behandlungsverläufen geben nur wenig Anlass, großes Vertrauen in eine solch kostspielige und zeitintensive Methode zu entwickeln. Ob die Ergebnisse bei der Behandlung von Kindern besser ausfallen würden, kann derzeit nicht bestätigt werden.

Ein möglicher Grund für den generell geringen Anteil erfolgreicher Therapieverläufe bei Analysen verdient jedoch noch Aufmerksamkeit. Analytiker haben ihren Behandlungsbegriff so eng gefasst, dass sie jeden anderen therapeutischen Zugang negieren, der

nicht auf Erlangung von Einsicht abzielt. Auch wenn Analysanden des öfteren darin erfolgreich sein mögen, diese zu erlangen, gelingt es oftmals dennoch nicht, eine generell befriedigende Anpassungsleistung zu vollbringen, weil der Therapeut den Fehler begangen hat, die Realität außerhalb des emotionalen Lebens des Patienten nicht anzuerkennen. Intellektuelle Behinderung, unzureichende familiäre wie auch soziale Bedingungen werden oft gänzlich übersehen. Die Notwendigkeit, einen solch engen Standpunkt zu verändern, wurde von zwei bedeutenden Psychiatern betont, Dr. Healy und Dr. Alexander, die beide das Unternehmen gestartet haben, delinquente Patienten mithilfe der Psychoanalyse zu behandeln. Diese Experimente waren erfolgreich darin, kausale traumatische Erfahrungen und mentale Konflikte aufzudecken, konnten jedoch keine normale Anpassungsleistung erwirken.

Dr. Healy hält fest: „Man kann sagen, dass es schön und gut ist, einem Täter dabei zu helfen, seine inneren Konflikte durchzuarbeiten, doch solch ein Mensch braucht auch neue Umweltbedingungen, um sich stabilisieren zu können. Man kann nach einer Analyse keine guten Erfolge erwarten, wenn der Mensch viel zu verlieren hat. Der entlassene Täter ist nicht nur ökonomisch benachteiligt, sondern auch aufgrund seines Rufes. Auch die einfache Psychologie der Verhaltensausformung kann dabei nicht außer Acht gelassen werden. In solchen Fällen können wir uns eine Verhaltensausformung als erworbene kriminelle Fähigkeiten vorstellen. Das Individuum ist für Kontakte anfällig, die es dazu verleiten, diese Fähigkeiten wieder einzusetzen. Dies muss berücksichtigt werden, ob das Individuum nun in Psychoanalyse war oder nicht. Ich muss zugeben, wir haben wenig Hoffnung für den Behandlungserfolg der Psychoanalyse, solange wir keine besseren sozialen und ökonomischen Bedingungen haben." (6)

Aus all dem kann man nun wahrscheinlich schließen, dass eine komplette Psychoanalyse von Kindern einem Experiment gleichkommt. Wenn sie objektiv durchgeführt wird, kann es viel zu unserem Wissen über die innere Welt des Kindes beitragen. Wenn sie in Verbindung mit anderen Therapiemethoden verwendet wird, kann man sehr erfolgreich darin sein, dem Kind zu innerem Freiraum und zu Einsicht zu verhelfen, und gleichzeitig externe Angebote für normale Anpassung bereitstellen. Das Kind, das am ehesten von der Psychoanalyse profitieren wird, ist schwer zu definieren. Jedoch sollte die Psychoanalyse vor allem denjenigen Kindern zukommen, die normal intelligent sind und gravierende Muster stereotypen oder zwanghaften Verhaltens aufweisen, die ihren Ursprung in seelischen Konflikten zu haben scheinen. Weil die Behandlung teuer und zeitintensiv ist, kann sie auch nicht weit verbreitet angewendet werden. Es muss nicht extra betont werden, dass eine Analyse nur von solchen Personen durchgeführt werden soll, die ein angemessenes psychologisches Training und ausreichend Erfahrung mit analytischen Techniken erworben haben, am besten durch eine eigene Lehranalyse.

Therapie in einer kontrollierten Beziehung

In einem der vorangegangenen Kapitel (7) wurde bereits der Versuch gemacht, den Behandlungsansatz, den wir unter dem Begriff „Relationship Therapy" kennen, zu definieren *(Anm. der Übersetzerin: Der Begriff wird hier und im Folgenden nicht übersetzt, um dem Original seine Bedeutung zu lassen, könnte jedoch am ehesten mit dem Begriff „Beziehungstherapie" übersetzt werden. Auch in den deutschen Fassungen der Rank'schen Werke wird diese Übersetzung gewählt)*. Dieser Prozess ist vielfach der Psychoanalyse ähnlich, oder genauer gesagt, der Freud'schen Psychoanalyse, unterscheidet sich jedoch in einer Hinsicht wesentlich. Das Hauptaugenmerk wird auf die heilende Wirkung einer emotionalen Beziehung selbst verlagert, mehr als auf die Einsicht, die durch Interpretation vergangener Erfahrungen erreicht werden kann. Von den zwei charakteristischen Elementen, die tiefgehende Therapien kennzeichnen, arbeitet die Freud'sche Analyse mit Einsicht und Interpretation; die „Relationship Therapy" beachtet vor allem die emotionale Situation, die zwischen Kind und Therapeut entsteht. Was dies genau bedeutet, möchten wir gerne genauer ausführen. Bevor wir dies versuchen, wollen wir den Prozess, der in einer solchen Therapie vor sich geht, beschreiben. Neben den zwei Fallgeschichten, die Dr. Taft in ihrem Buch beschreibt, liegen Fallbeschreibungen von Dr. Allen und anderen vor, die diesen Behandlungsansatz illustrieren (7). Eine kürzere Fallgeschichte wurde von Dr. Catherine Gould vorgelegt und wird hier nun zitiert (8). Das herausragende Element dabei ist der ungerichtete Fluss des kindlichen Interesses und die Aufmerksamkeit, die den emotionalen Reaktionen zwischen Kind und Therapeut geschenkt wird, weit mehr als den Inhalten der verbalen Äußerungen des Kindes.

Der Fall Edward

Edward, das Kind, das von Mrs. Gould beschrieben wurde, machte Probleme, seit er in den Kindergarten eingetreten war. Er war hyperaktiv und dadurch schwer zu führen und zu kontrollieren. Er erbrachte Leistungen, die deutlich unter seinen kognitiven Fähigkeiten lagen. Wurde er für sein Verhalten bestraft, wiederholte er es. Wenn der Lehrer seine Arbeit lobte und versuchte, ihm damit Wohlwollen zu zeigen, zerriss Edward seine Arbeit oder attackierte den Lehrer. Im Alter von zehn Jahren hatte er bereits einen weitreichenden Ruf. Zu Hause war er das mittlere von drei Kindern, mit einer „braven" älteren Schwester und einem kleineren Bruder, dem Edward alles übel nahm. Die Eltern selbst hatten ebenfalls emotionale Probleme und zeigten Edward relativ wenig Zuneigung. Der Sozialarbeiter meinte, sie würden ihn eher akzeptieren können, wenn er sich ordentlich benähme. Seit fünf Jahren wurde nun erfolglos versucht, an Edwards häuslicher wie auch schulischer Umgebung etwas zu ändern, letztlich wurde er aus der Schule ausgeschlossen. Als er in die vierte Klasse kam, initiierte der Sozialarbeiter eine therapeutische Behandlung, die viele Elemente

einer „Relationship Therapy“ hatte. Die Beschreibung erfolgt in Mrs. Goulds Worten.

Zwischen E. und der Beratungslehrerin wurden zweimal wöchentlich Interviews zu je einer halben Stunde vereinbart. E. wurde ermutigt, seine wahren Gefühle auszudrücken und sein Aktivitätsradius wurde nur folgendermaßen eingeschränkt: er musste die zeitliche Begrenztheit der Stunde und die Notwendigkeit akzeptieren, keinen Schaden an der räumlichen Ausstattung und an der Person der Beratungslehrerin anzurichten. Wie feindselig und aggressiv seine Gefühle auch immer waren, sie wurden genauso akzeptiert wie seine positiven Gefühle und sie wurden ihm interpretiert. Es wurde ihm jedoch nicht vermittelt, er solle sein Benehmen in der Schule ändern.

Während der ersten Stunden war er mürrisch, misstrauisch und unkommunikativ. Dann kam eine Zeit, in der er sichtlich die neue Beziehung zur Beratungslehrerin testete, um zu sehen, wie sicher er sich darin fühlen durfte. In dieser Zeit wurde sein Benehmen in der Schule moderater, obwohl er nach wie vor keinerlei schulischen Fortschritt zeigte. Seine Kontakte zur Beratungslehrerin waren eher oberflächlich freundlich, erbrachten jedoch wenig analytisch verwertbares Material. Als er sich zunehmend sicherer fühlte, begann er mehr und mehr offene Aggression zu zeigen. Die Situation spitzte sich zu, als die Beratungslehrerin gleichzeitig mit einem anderen Kind, Daniel Allen, arbeitete. Dies war zufällig derselbe Name, den E.s jüngerer Bruder trug. Der Höhepunkt seiner aggressiven und feindseligen Regungen gegen die Beratungslehrerin trat im dritten Monat der Behandlung auf: E. begann Gesichter zu schneiden und gutturale Laute von sich zu geben. „Du bist die dümmste Glucke, die ich jemals gesehen habe“, sagte er. Die Beratungslehrerin meinte, es müsse ihn ganz schön ärgern, dass auch andere Kinder zu ihr in ihr Zimmer kämen. Er begann sehr schnell zu sprechen und sagte, dass er Daniel Allen in den Turnsaal im Sportverein einsperren wolle. Dann zeichnete er ein Gewehr in die Luft und sagte: „Spieß sie auf“ … er machte einen ordentlichen Wirbel und sagte dann: „Das ist mir egal, wenn ich schreie – Ich werde sie dazu bringen, dich zu entlassen und dann kannst du keine anderen Kinder mehr hier runter bringen.“ Die Lehrerin sagte: „Es ärgert dich, wenn andere Kinder hierher kommen, oder?“ Das Spiel wurde wilder, er nahm eine Schachtel vom Boden auf und sagte: „Das hau ich dir auf den Kopf!“ Er machte laute Geräusche und schnitt Grimassen als er mit der Schachtel gegen die Wand schlug, „bumbum, jetzt bist du tot.“ Die Lehrerin sagte ihm, dass er so tat, als ob er sie töten wolle, und manchmal fühlte er sich so, als ob er es auch wirklich gerne tun würde.

In diesem Therapieausschnitt können wir etwas über E.s Unfähigkeit sehen, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen, so wie er auch zu Hause nicht in der Lage war, seine Mutter mit seinen Geschwistern zu teilen. Am Tag der nächsten Stunde war er krank, nachdem er entdeckt hatte, dass die Lehrerin verheiratet war. Sie half ihm, seine Rivalitätsgefühle auszudrücken und zu verstehen, dass er ihr Interesse mit einer Vaterfigur teilen musste, genauso wie er seine Mutter mit seinem Vater teilen musste. Diese Stunde war die letzte vor den Weihnachtsferien. In der nächsten Stunde war es ihm möglich, auch ein positives Gefühl zum Ausdruck zu bringen: … Die Lehrerin sprach mit ihm über die Stunde vor den Ferien und sagte, dass er wohl sehr böse auf sie gewesen war und dass sie sich vorstellen könne, wie er sich dabei gefühlt habe. E. begann, mit den Unterlagen am Schreibtisch herumzutun und sagte: „Die einzige, die ich mag, bist du. Die hatten schon einige Heulsusen hier.“ Die Lehrerin akzeptierte, was er sagte …

Während der folgenden Stunden kam E.s feindseliger Ausdruck wieder, er war jedoch nie mehr so aggressiv. Er versuchte mehrfach, die Grenzen zu brechen, indem er zu ihr kam, auch wenn er keine vereinbarte Stunde hatte, oder versuchte, eine Zeit zu vereinbaren, von der er wusste, dass es Daniels Stunde war. Er zeigte oft extremen Widerstand, die Stunde zu beenden. Er drohte zu toben, als die Lehrerin ihm nicht erlaubte mit dem Telefon zu spielen, oder er ließ es bleiben, wenn sie ihn dazu aufforderte.

In weiterer Folge äußerte E. direkter seine Feindseligkeit gegen seinen kleinen Bruder oder gegen den neuen Schuldirektor.

Während der letzten zwei Monate der Behandlung zeigte E. zunehmend Interesse an seinen Schularbeiten und deutlich weniger asoziales Verhalten. Er war zunehmend in der Lage, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen und vergaß sogar ein- oder zweimal auf seine Stunde, weil er so intensiv mit einer Arbeit in der Klasse beschäftigt war. Er arbeitete erfolgreich als Zeitungsausträger und nahm an Freizeitaktivitäten außerhalb der Schule teil. Er freute sich über seine Mitgliedschaft im Sportverein und widmete sich einigen Tischlerarbeiten mit Hilfe seines Vaters. Er sprach von anderen Kindern als „seinen Freunden“. Zu Beginn der Frühlingsferien war er so weit, das Ende der Behandlung akzeptieren zu können. Die Stunden wurden also sieben Monate nach Beginn beendet. Im Mai schaute er einmal bei der Lehrerin vorbei um ihr mitzuteilen, dass er gute Noten habe. In diesem Schuljahr wurde er nicht mehr zu den Problemkindern gezählt und seine Anpassungsfähigkeit außerhalb der Schule nahm weiterhin zu. Seine Eltern konnten nun ihren Stolz auf ihn ausdrücken. Obwohl er noch immer gelegentlich bei der Lehrerin vorbeischaute, um ihr eine Zeitung zu verkaufen, äußerte er keinerlei Bedürfnis, wieder zu regelmäßigen Stunden zu kommen.

Die Grundlage einer effektiven „Relationship Therapy“

Ein genaues und aufmerksames Lesen dieser Fallbeschreibung wird einige Aspekte deutlich machen, die die „Relationship Therapy“ wesentlich von der Psychoanalyse unterscheiden. In erster Linie werden Hier-und-jetzt Situationen behandelt und es wird keinerlei Versuch gemacht, vergangene Reaktionen zu interpretieren oder zu erklären. Darüber hinaus geht es nicht nur um gegenwärtige Gefühle und Reaktionen, sondern vielmehr um diejenigen Gefühle, die sich auf den Therapeuten beziehen, die also das Kernstück des Prozesses

sind. Das Misstrauen des Kindes der Beratungslehrerin gegenüber, seine ambivalenten Gefühle von Liebe und Hass, der Wunsch, das einzige Kind zu sein, für das sie sich interessiert, seine zunehmende Akzeptanz einer befriedigenden Beziehung, auch wenn sie mit anderen geteilt werden muss, das alles sind diejenigen Veränderungen, in denen sich der Fortschritt bemerkbar macht. In keiner anderen Art von Behandlungsversuch nimmt die emotionale Situation zwischen Therapeut und Kind einen derart wichtigen Stellenwert ein. Aus diesem Grund nennen wir sie „Relationship Therapy".

Dr. Allen beschreibt die Qualität dieser therapeutischen Interaktion folgendermaßen:

„Ich biete dem Kind eine Möglichkeit, sich selbst in einer neuen und gegenwärtigen Beziehung zu erfahren und zwar in bezug auf das Gegenwärtige und nicht in bezug auf Vergangenes. Ich kann mit dem Gefühl, das das Kind mir gegenüber zum Ausdruck bringt, etwas tun. Ich kann seinen Kampf um Kontrolle verstehen, ohne Nachzugeben. Ich kann sein Bedürfnis, mich nicht zu mögen, verstehen, ohne es damit zu bedrohen, es selbst nicht mehr zu mögen. Es kann freundlich zu mir sein, ohne von meiner Freundlichkeit verschlungen zu werden. Ich kann ihm helfen, diese Gefühle weniger ängstlich und mit geringerer Abwehr als die seinen wahrzunehmen. Bei dieser Erfahrung schütze ich es weder vor seinen eigenen Gefühlen, noch biete ich ihm die Gelegenheit, sie zu befriedigen. Es kann mich unsympathisch finden, aber es darf mich nicht attackieren. Es kann mich lieben, aber es darf mich nicht liebkosen. Das Gefühl muss als etwas akzeptiert werden, das aus der inneren Welt des Kindes aufsteigt und es ist keine Reaktion auf etwas, was ich gesagt oder getan habe." (9)

Wir vertrauen darauf, dass die Veränderungen, die im Kind stattgefunden haben und sich in einer neuen Akzeptanz seiner selbst und seiner Realität ausdrücken, auch außerhalb der therapeutischen Beziehung wirksam bleiben.

Das Faktum, dass Edward gelernt hat, seine Lehrerin mit anderen Kindern zu teilen, legt den Schluss nahe, dass es ihm nun auch leichter fällt, seine Eltern mit seinem kleinen Bruder zu teilen. Das Faktum, dass er gelernt hat, sowohl die befriedigenden wie auch die grenzsetzenden Seiten seiner Beziehung zum Therapeuten zu erfahren, machen es leichter für ihn, in ähnlicher Weise seine Beziehungen zu anderen Lehrern und Kindern zu akzeptieren. Er hat somit gelernt, wie man mit einer anderen Person auch dann tiefgehend in Kontakt sein kann, wenn man dieser Person gleichzeitig positive und negative Gefühle entgegenbringt. Proponenten dieser Therapierichtung würden sagen, er hat gelernt, konstruktiver mit sich und anderen umzugehen.

Das ist die Grundlage der „Relationship Therapy". Obwohl dies bislang noch nicht explizit beschrieben wurde, beruht ihre Effektivität hauptsächlich auf dem psychologischen Phänomen des Trainingstransfers. Weil das Kind gelernt hat, in einem Bereich seiner Erfahrung (innerhalb der Behandlungs-Beziehung) erfolgreich zu sein, kann erwartet werden, dass es sich auch in anderen Bereichen seines Lebens erfolgreich anpassen können wird. Die Tatsache, dass das in Fällen wie Edward funktioniert, macht es unumgänglich, die Grundlage einer solchen Therapie weiter zu untersuchen. Im intellektuellen Bereich stellte sich das Phänomen des Trainingstransfers als eher enttäuschend heraus. Die Entwicklung von Genauigkeit in mathematischen Fertigkeiten macht noch keinen sorgfältigen Denker. Die Disziplin der lateinischen Grammatik hilft wenig bei der Entwicklung logischen Denkens. Doch vielleicht zeigen unsere Ergebnisse im Bereich emotionaler Erfahrungen einen anderen Trend. Der Transfer wird erleichtert, wenn es in zwei verschiedenen Situationen mehrere gemeinsame Elemente gibt. Übung in Latein erleichtert das Erlernen von Französisch. Folglich liegt es im emotionalen Bereich vielleicht daran, dass es große Ähnlichkeiten der Beziehungen zu Mutter oder Lehrerin, Vater oder Vorgesetztem, Geschwistern oder Arbeitskollegen gibt. Eine zufriedenstellende Anerkennung einer menschlichen Beziehung mag auch in anderen Beziehungen wirksam sein. Weitere Untersuchungen dazu sind dringend nötig.

Einige andere Charakeristika

Was auch immer die Antwort auf die vorher gestellten Fragen sein mag, es gibt noch andere Aspekte in der therapeutischen Arbeit mit Kindern, die unserer Aufmerksamkeit bedürfen. Einer davon ist das förderliche Element, das sich durch die Grenzen der Behandlung ergibt. Es gibt kein Anzeichen, dass das Kind in einem solchen Prozess vollkommen neu organisiert wird. Er (Edward; Anm. d. Ü.) hat die Hilfe, die er zu diesem Zeitpunkt brauchte, angenommen, und er wurde, falls die Therapie erfolgreich war, fähiger, seine gegenwärtigen Probleme wahrzunehmen und zu lösen. Ihm wurde auf dem Weg zur Reifung geholfen. Natürlich scheint es möglich, dass er zu einem späteren Zeitpunkt wieder Hilfe braucht, dann, wenn neue Probleme anstehen. Hierzu gibt es auch keine andere theoretische Annahme, auch wenn in der psychoanalytischen Literatur oft angenommen wird, dass ein Individuum vollkommene Einsicht erlangen könne, für immer integriert sein und alle seine Probleme lösen können werde.

Der Blickwinkel der „Relationship Therapy" scheint realistischer zu sein und hat das viel angenehmere Ziel, die normalen Funktionen des Individuum wieder herzustellen, es einen Schritt weiter in Richtung Wachstum zu bringen und ihm die Fähigkeit zu lassen, seine eigenen Probleme zu lösen.

Es ist ein Kennzeichen dieses Ansatzes, die Integrität des Kindes als signifikanten Wesenszug und als frisch und anregend zu betonen. Das Ziel ist es, die Unabhängigkeit des Kindes, seine Wahrnehmung von sich selbst als Individuum und die Akzeptanz seiner Verantwortung für sich selbst zu fördern. Der damit gemeinte Prozess wurde von Dr. Taft in einem Statement in Zusammenhang

mit einem anderen Kind beschrieben und würde gut auch auf Edward passen: „Ich kämpfe nicht gegen Helen, versuche nicht, Besitz von ihr zu ergreifen, sehe und anerkenne aber den Ursprung ihrer negativen Gefühle, die natürlich auftauchen müssen, wenn sie darum kämpft, mich zu unterwerfen. Darum hat sie keinen Grund, sich gegen mich aufzulehnen, kann sich anderen Aspekten ihrer selbst zuwenden und kann langsam, mit gewisser Abwehr und Verdrängung, Rückzug und negativen Zwischenspielen, sich ihrem Willen und ihren Besitzansprüchen zuwenden (10)". An dieser Stelle leistet die Therapie einen wesentlichen Beitrag zum Wachstum eines verantwortungsvolleren Individuums.

Was durch die kurze Fallbeschreibung von Edward besonders deutlich wird, ist eine notwendige Begleiterscheinung dieser Art von Beziehung: die Entschlossenheit des Therapeuten, sich dem Kind nicht aufzudrängen. Es gibt keinerlei Versuch, das Kind dazu zu bringen, sich anzupassen, seine Symptome aufzugeben oder das Kind an die Idealvorstellungen des Therapeuten heranzuführen. Das Kind kann seine eigenen Ziele frei wählen und die Therapie verfolgt die Absicht, dem Kind zu ermöglichen, seine Wahl auf eine ursprünglichere, weniger ängstliche, gehemmte oder aggressive Art zu treffen. Das Kind soll die Beziehung für sich so weit wie möglich nützen und der Therapeut soll sich über seine Grenzen dahingehend bewusst sein, dass er nicht versucht, das Kind in irgendeine Form zu pressen.

Der Vergleich mit der Psychoanalyse

Wenn wir Edwards Fallbeschreibung von einem methodischen Standpunkt aus betrachten, ist zu bemerken, dass hier keine Formen interpretativer Therapie, wie wir sie vorher beschrieben haben, vorkommen. Es wird keinerlei Versuch unternommen, dem Kind seine in der Vergangenheit liegenden Reaktionen verständlich zu machen. Der Therapeut widmet sich nur der Klärung von gegenwärtigen Gefühlen, doch das ist etwas anderes, als zu interpretieren. Der Therapeut fühlt die Ängstlichkeit des Kindes, fühlt und akzeptiert alle feindlichen und alle freundlichen Haltungen des Kindes, so wie sie gerade auftauchen, und hilft dem Kind gerade dadurch, indem er ihm diese Haltungen aufzeigt und erhellt. Dr. Taft meint: „Hier geht es wirklich nicht um intellektuelle Interpretationen, außer um meine konstante Bemühung, die aufsteigenden Gefühle und Impulse, die das Kind (wie auch Erwachsene) gewöhnlich aus dem Bewusstsein zu verdrängen versucht, während der Therapiestunde als lebendige Realität zu verstehen und offen zu beantworten" (11). Dies stellt natürlich einen deutlich anderen Standpunkt als einen orthodox kinderanalytischen dar.

Ein weiterer Punkt, in dem sich „Relationship Therapy" wesentlich von der Psychoanalyse unterscheidet, ist das Ausmaß an theoretischen Konzepten und Ideologien, die der Therapeut hat. Es geht um den ganzheitlichen Versuch, die realen Gefühle des Kindes genau wahrzunehmen und nicht in vorgefasste Begriffe zu pressen. Obwohl die „Relationship Therapy" ihre theoretischen Wurzeln im Denken Otto Ranks hat, ist sie eher zu einem Entwicklungsprozess geworden als zu einem Gedankensystem und ihre Anwendung ist nicht von einer vollständigen Übereinstimmung mit Ranks Psychologie abhängig. Für ein erfolgreiches therapeutisches Arbeiten auf dieser Basis ist es nicht nötig, Ranks grundlegende Ansichten über das Trauma der Geburt oder den Willen genau verstanden zu haben. Genau gesagt sind die einzigen Rank'schen Begriffe, die für die „Relationship Therapy" implizit wichtig sind, die Prinzipien des therapeutischen Prozesses und sonst keine weiteren psychologischen Theorien. Folglich können aufdrängende Zweifel an der Theorie der Behandlungssituation weitgehend ausgeschlossen werden.

Die Nützlichkeit der „Relationship Therapy"

„Relationship Therapy" basiert zu einem viel größeren Maß als andere Behandlungsmethoden auf einem speziellen philosophischen Ansatz. Es kann daher nicht wie ein mechanisches Behandlungsinstrument herausgegriffen oder beiseite gelassen werden. Für manche Therapeuten mag es daher kein passender Ansatz sein, für andere wiederum stellt es einen Behandlungszugang mit vielen Möglichkeiten dar. Für diese zweite Gruppe mag es aber dennoch ein Ansatz sein, der nicht in jedem Fall angewendet werden kann. Wie in der Psychoanalyse handelt es sich um einen relativ langsamen Prozess, in den man nicht allzu leicht einsteigen kann. Daher erachten wir es für diejenigen Fälle am ehesten angebracht, in denen sich eine Behandlung durch Veränderung der Umweltfaktoren bereits als vergeblich herausgestellt hat, oder in denen das Problem des Kindes eher aus einer inneren Spannung heraus entsteht, und nicht so sehr auf externen Faktoren beruht. Genau genommen wird die „Relationship Therapy" derzeit nicht an einer größeren Zahl von Kindern zur Anwendung gebracht. Es ist auch nicht wahrscheinlich, dass dies jemals so sein wird. Obwohl dieser Ansatz mit seinen zugrunde liegenden Prinzipien die klinische Arbeit beeinflussen wird, wird seine Verwendung als spezifischer, intensiver therapeutischer Zugang auf schwere Persönlichkeitsprobleme beschränkt bleiben. Zur Zeit scheint es nicht möglich, ein Kriterium festzulegen, das zu entscheiden hilft, ob ein Elternteil oder das Kind der Klient sein soll. Das Ausmaß des Leidensdruckes und der dringenden Suche nach Hilfe sowie das Ausmaß an Unabhängigkeit des Kindes von seinen Eltern wird für diese Entscheidung ausschlaggebend sein.

Es muss angemerkt werden, dass der Prozess einer therapeutischen Beziehung, obwohl man ihn nicht allzu leicht in Gang bringen kann, mit geringerem Schadensrisiko für das Kind verbunden ist, als das in der Psychoanalyse oder bei anderen Formen interpretativer Therapien der Fall ist. Dass hier schwerer Missbrauch begangen werden kann, scheint uns daraus ableitbar zu sein, dass manche Therapeuten versucht haben, im therapeutischen Prozess „gar nichts" beizutragen, weil sie den Begriff „passiv" missverstehen. Andere

wiederum haben aus dem selben Grund Kindern gestattet, ihnen körperlich weh zu tun, und das in einer therapeutischen Beziehung! Dringend muss man an dieser Stelle auf die Notwendigkeit eines genauen Verstehens therapeutischer Prinzipien sowie auf die Notwendigkeit adäquater Supervision bei erfahrenen Beratern hinweisen.

Anm. der Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Andere Formen tiefgehender Therapien", 348–350) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es behandelt Formen therapeutischer Zugänge, in denen Kliniker Kinder in ihre eigenen Familien aufnehmen, um sich ihnen für eine bestimmte Zeit in einer Elternrolle anzubieten und dadurch verändertes Verhalten zu erzielen. Auf die Problematik dieser Ansätze wird deutlich hingewiesen.

Der Abschluss einer therapeutischen Beziehung

Jeder Kliniker weiß aus Erfahrung, dass Behandlungsfehler genauso häufig aufgrund der Unfähigkeit, einen therapeutischen Prozess zu einem konstruktiven Ende zu bringen, auftreten können, wie auch aufgrund zu geringer Kenntnisse und Fertigkeiten, wie man eine solche Behandlung beginnt. Somit müssen wir sowohl der emotionalen Verbindung, die während einer Behandlung entsteht, wie auch dem kognitiven Prozess Aufmerksamkeit widmen. Dies trifft auf alle Formen „tieferer Therapien", wie wir sie beschrieben haben, und auch auf die vielen Zwischenformen zu, die man schwer zuordnen kann.

Im Beziehungsabbruch zwischen Kind und Therapeut liegt das größte Fehlerrisiko. Man sagt ja auch, dass zwar jeder Chirurg einen Schnitt machen kann, dass jedoch erst im Schließen und guten Versorgen der darunter liegenden Organe die wahre Kunst liegt. Dies trifft auch auf einen Therapeuten und seine Beziehung zu einem Kind zu. Idealerweise, so wie im Fallbeispiel von Edward, sollte der Behandlungsverlauf dem Kind bei seiner Anpassung so weit helfen, dass es eher von Seiten seiner Eltern, seiner Freunde und anderer Menschen seiner Umgebung als vom Therapeuten eine liebende Beziehungen erfährt. Wenn dies zutrifft, wie auch in der Geschichte von Edward ersichtlich ist, wird das Bedürfnis an therapeutischer Hilfe und der tiefgehende Kontakt zum Therapeuten abnehmen und als gegenseitiges freundliches Interesse erhalten bleiben. In so einer Situation wird die Beendigung der Therapie gleichermaßen vom Kind und Therapeuten bestimmt. Das nachlassende Bedürfnis des Kindes zeigt das Therapieende an.

Wo dies nicht so einfach zu Tage tritt, muss der Therapeut einen Therapieabschluss planen, und die Gefühle, die das Kind ihm geschenkt hat, auf andere in der Umgebung des Kindes übertragen. Bei einer intensiven Psychotherapie kann der Punkt erreicht werden, an dem das Kind so viel Einsicht erlangt hat, dass es die intensive Hilfe nicht mehr braucht, jedoch sein Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung bestehen bleibt. Der Sozialarbeiter, eine Pflegemutter oder ein Beratungslehrer können dann mehr in das Behandlungskonzept miteinbezogen werden und langsam die Rolle des Therapeuten übernehmen. Wie auch bei anderen Aspekten der Therapie sollte diese Wahl nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern zeitgerecht geplant werden. Stunden, in denen das Kind gemeinsam mit dem Therapeuten und derjenigen Person spricht, die die Therapeutenrolle danach übernehmen soll, dienen einer guten Überleitung. Das Ziel sollte jedoch immer sein, dass das Kind seine befriedigenden emotionalen Reaktionen von Personen seiner unmittelbaren Umgebung erhält, von Eltern, Verwandten, Pflegeeltern, Lehrern oder Freunden, um damit seine Beziehung zum Therapeuten unnötig zu machen. Wenn jedoch der Kontakt zum Therapeuten ohne jeglichen Ersatz anderer befriedigender Quellen abrupt abgebrochen wird, kann es dem Kind wirklich schaden.

Anm. d. Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Insight and Re-Education", 352–353) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es betont die Notwendigkeit, das Erlangen von Einsicht nicht als alleiniges Therapieziel zu betrachten, da Kinder Unterstützung dabei brauchen, adäquate Verhaltensmuster zu erlernen, die ihnen bei der Bewältigung ihrer Alltagsanforderungen behilflich sind.

Therapieziele

Ein eher philosophisch orientierter Leser muss sich fragen: „Wohin soll eine Behandlung führen? Was ist die Therapieabsicht? Was ist das Ziel für das Kind?" Solche Fragen kann man sich bei jedem Kapitel dieses Buches stellen, doch scheinen sie besonders dringlich im Zusammenhang mit „direkten Therapiemethoden" zu sein. Häufig kommt es dabei zu Verwirrungen, denn jede Therapietechnik hat ein bestimmtes Ziel. Diese Verwirrung ist berechtigt und findet sich sowohl in der Praxis wie auch in der Literatur wieder. Ob dies nun gut ist oder nicht, die Ziele der therapeutischen Anstrengungen liegen nicht in der gewählten Technik begründet, sondern in der philosophischen Haltung derjenigen Person, die sich der Technik bedient. Dies ist kein spezifisches Dilemma, das nur auf die Arbeit mit Kindern zutrifft. Mediziner haben das gleiche Problem. Das Wissen über Techniken der Geburtshilfe ist von keinem Nutzen, wenn der Arzt in einer schwierigen Situation darüber entscheiden muss, ob er das Leben der Mutter oder das des Kindes rettet. Die Antwort auf diese Frage findet er nicht im Gebiet medizinischer Fertigkeiten. Das Problem der Zieldefinition steht im Vordergrund, wenn man es mit dem Verhalten von Menschen zu tun hat, das so viele soziale Implikationen aufweist. Was möchten wir in unserer Arbeit mit einem Kind erreichen?

Nachdem wir uns in diesem Buch in erster Linie mit praktisch relevanten Aspekten und nicht so sehr mit Theorie oder Philosophie beschäftigen, sollten wir gar nicht versuchen, diese Frage zu beantworten. Doch wenn diese Frage schon aufgeworfen wurde, dann wollen wir wenigstens auf zwei Antworten, die in der klinischen Arbeit ersichtlich werden, hinweisen. Einerseits gibt es diejenigen, die sich

darum bemühen, das Kind und sein Verhalten in Einklang mit generell akzeptierten Verhaltensstandards zu bringen. Vieles unserer Arbeit mit Menschen zielt genau darauf ab. Wir möchten gerne dem Delinquenten, dem sozial Unangepassten und dem Kind mit Schulproblemen normales Verhalten beibringen. In Bezug auf delinquente oder sozial unangepasste Menschen kann man sich etwas darunter vorstellen. Doch in Zusammenhang mit Kindern stellt sich die Frage was als „normales Verhalten" zu verstehen ist. Erwarten wir von einem seelisch gestörten Kind ein durchschnittliches Verhalten oder erwarten wir ein Verhalten, das durchschnittlich für seine Störung ist? Erwarten wir von einem italienischen delinquenten Buben ein Verhalten, das für das Leben in der Stadt als durchschnittlich oder in privilegierten Wohnbezirken als normal anzusehen ist, oder erwarten wir ein für seine eigene benachteiligte kulturelle und soziale Gruppe durchschnittliches Verhalten? Erwarten wir von einem 16-jährigen Mädchen ein sexuelles Verhalten, das zwanzig Jahre zuvor als „normal" gegolten hat oder eines, das ihrer jetzigen Altersgruppe entspricht? Und was ist oder war dabei überhaupt normal?

Man kann das nicht nur von einem individuellen Standpunkt aus betrachten. Müssen wir uns schuldig fühlen, wenn wir unser Unternehmen darin sehen, Kinder an ihre soziale Gruppe anzupassen, weil wir damit den Status quo verteidigen? Akzeptieren wir die Gesellschaft und ihre sozialen Normen als unveränderbar und bestehen wir darauf, dass sich das Individuum danach zu richten hat? Es gibt keinen Zweifel daran, dass in manchen Fällen die Sozialarbeit und auch die klinische Arbeit dazu verwendet wurde, den sozialen Fortschritt zu blockieren. Wenn ein Therapeut den Bewegungen und Trends unserer heutigen Kultur nicht offen gegenüber steht, kann er leicht dazu verführt werden, bestimmte sozioökonomische Normen unverändert aufrecht zu erhalten. Daher müssen wir es zu unserer Aufgabe machen, ein sich ständig veränderndes Individuum dabei zu unterstützen, sich nicht an eine fixierte soziale Norm anzupassen, sondern an eine Gesellschaft, die ständigen Veränderungsprozessen unterworfen ist, sei es in ihren Organisationen, Glaubensgrundsätzen, Verhaltenscodes oder in ihren Gewohnheiten und Idealen.

Wenn wir uns von diesen Verwirrungen wieder abwenden und sehen, welche anderen klarer zu definierenden Behandlungsziele sich finden lassen, stoßen wir auf eine zweite Schule klinischen Denkens, die das Therapieziel im Individuum selbst annimmt. Das anzustrebende Ziel liegt demnach im Wohlbefinden für das Kind, in seiner Fröhlichkeit oder in seinem inneren Wachstum, weniger in irgendeinem sozialen Ziel. Eigentlich nimmt man an, dass das wachsende oder zufriedene Kind auch sozial ist, doch manche Autoren halten allein das innere Wachstum des Kindes als Ziel aufrecht, unabhängig davon, ob dies auch zu sozialer Anpassung führt oder nicht (12).

Im allgemeinen neigen diejenigen, die sich mit der Theorie der tieferen Formen von Therapie beschäftigen, dazu, ihre Ziele auf solche Art zu beschreiben. Unglücklicherweise löst diese Antwort unser Problem genau so wenig wie die vorige. Wir leben in einer sozialen Welt, in der inneres Wachstum, Zufriedenheit und Befriedigung ohne ein kleines Maß an Anpassung an die Sichtweisen unserer sozialen Gruppe nicht aufrechterhalten werden können.

All das ist ein Problem, das die Philosophen oder jeder einzelne für sich lösen muss. Wenn man es vor dem Erfahrungshintergrund klinischer Arbeit beurteilt, scheint es, dass diejenigen, die mit Kindern arbeiten, beide Standpunkte vertreten. Man wünscht sich, dass das Individuum sowohl sein psychologisches Wachstum wie auch seine innere Zufriedenheit so weit wie möglich entwickeln kann, und wünscht ihm ebenfalls eine vernünftige Konformität an soziale Anforderungen. Nur dort, wo sich diese Ziele gegenseitig im Wege stehen, kommt es zu Schwierigkeiten. Was ist mit dem jungen Homosexuellen, bei dem eine Therapie, die auf normale sexuelle Einstellungen abzielt, sehr zweifelhafte Aussichten birgt? Sollen wir entscheiden, dass er am ehesten Zufriedenheit erreichen wird, wenn wir ihn von seinen Schuldgefühlen befreien und ihm erlauben, seine Homosexualität offen zu leben, oder sollen wir ihn als einen ernsthaft sozial Unangepassten ansehen, dem unbedingt zur Konformität verholfen werden muss?

In einem Punkt spricht die klinische Erfahrung klare Worte. Unsere Arbeit kann nicht daran gemessen oder evaluiert werden, in welchem Ausmaß das Individuum in eine Gruppe passt. Man wird bemerken, dass jede Outcome-Studie, egal ob umweltspezifisch oder durch ein Einzelsetting behandelt worden war, soziale Outcome-Variablen untersucht. Es gibt kein Messinstrument, das den Fortschritt am inneren Wachstum oder an der Zufriedenheit des Individuums erfasst. Daher wird unsere Arbeit mit verhaltensschwierigen Kindern danach beurteilt, ob sie zu erfolgreichen und sozial angepassten Bürgern werden.

Diese Diskussion schweift von unserem Hauptanliegen der therapeutischen Techniken ab. Jedoch muss man anerkennen, dass jeder Therapeut von Problemkindern irgendein Ziel seiner therapeutischen Anstrengungen vor Augen hat. Dies trifft wahrscheinlich besonders für die Formen „tiefergehender Therapien" zu. Je klarer der Therapeut sein Ziel definieren kann, desto konsistenter wird er daran festhalten und desto effektiver werden auch seine therapeutischen Bemühungen sein.

Kommentar der Übersetzerin

Für mich als Personzentrierte Psychotherapeutin, die seit vielen Jahren im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich arbeitet, war die Entdeckung des Originals dieses Werkes (1999 in der Bibliothek der Stanford University, Kalifornien) eine Offenbarung. Ich war aufgeregt, erfreut und gleichzeitig stolz zu entdecken, dass Rogers selbst einen derartig reichen Erfahrungsschatz als Kinder- und Familientherapeut hatte, der ihm als Grundlage für die Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes zu einer eigenständigen psychotherapeutischen Methode diente. Die Lektüre dieses Buches birgt

darüber hinaus auch aus heutiger Sicht aktuelle Standpunkte in bezug auf die Rahmenbedingungen (z. B. Beginn und Ende einer therapeutischen Beziehung), sowie die Notwendigkeit, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes (Eltern, Schule, Freunde, Gruppen) in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus, obwohl er es nicht wagte, dem all zuviel Bedeutung zuzumessen (siehe jene Passage, wo er annimmt, dass der „Relationship Therapy" wohl niemals soviel Bedeutung zukommen werde, dass eine große Zahl an Klienten damit behandelt werden könnte). Auch später noch drückte er sein Erstaunen darüber aus, welch großen Einfluss er mit seiner Arbeit gewonnen hatte. Doch nahm er nachträglich an, dass er wohl eine Idee zum Leben erweckt hatte, deren Zeit bereits gekommen war (Rogers 1980, 48f).

Die von Rogers gewählte Sprache mutet manchmal etwas unpräzise an, als ob erst nach einer genaueren Bezeichnung gesucht bzw. gefahndet werden müsse. Möglicherweise liegt es daran, dass 1939 viele Begriffe, die heute zu unserem selbstverständlichen therapeutischen Begriffsrepertoire gehören, noch nicht entwickelt waren. Doch die Ausführungen von Rogers erwecken auch den Eindruck, dass es ihm darum ging, Prozesse und Eindrücke aus seiner praktischen Erfahrung zu konkretisieren, und es hat den Anschein, als ob sie erst am „Rande des Gewahrseins" auftauchen und erstmals in Worte gefasst würden. Dies verleiht diesem Buch eine besondere Bedeutung, denn es kann als publizierte Geburtsstunde des Personzentrierten Ansatzes angesehen werden.

Rogers setzt sich in dem Buch u. a. kritisch mit der Psychoanalyse und den sogenannten interpretativen Verfahren in der Kindertherapie auseinander. Er bleibt dabei vorsichtig und respektvoll, formuliert jedoch klar seine Bedenken in Anbetracht der starken Bedeutung der psychoanalytischen Theoriebildung, die ihm zuweilen als zu ideologisch erscheint. Er kritisiert, dass oftmals Realitäten außerhalb der emotionalen Welt des Kindes nicht beachtet werden und deshalb Eltern und das Umfeld viel zuwenig in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden. Darüber hinaus findet er Kinderanalysen als zu zeitintensiv und kostspielig.

Erstmals formuliert er hier öffentlich, was seiner Erfahrung nach das Wesentliche in der therapeutischen Arbeit zu sein scheint: Die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut, eine ganz besondere Art der Beziehungsgestaltung, bei der es darum geht, dem Kind maximale Freiheit zur Wahrnehmung seiner selbst und zum eigenen Wachstum zu geben, mit dem Ziel, es dadurch so bald wie möglich in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst lösen zu können und die therapeutische Beziehung nicht mehr zu benötigen. Als ebenso bedeutungsvoll wird die Beziehungsarbeit mit den Eltern von „Problemkindern" beschrieben.

In dem 1942 erschienenen Buch „Die nicht direktive Beratung" finden sich viele Gedanken und Ausführungen des hier auszugsweise übersetzten Werkes wieder. 1939 schrieb Rogers: „In diesem Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen" (3). Und 1942 stellt er als wesentliches kennzeichnen der „neuen Psychotherapie" den Grundsatz dar: „Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem" (36). 1939 führt Rogers aus: „Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist das Wesentliche. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz und dadurch, dass er jede Kritik oder jeden Versuch, den Eltern ein Übungsprogramm oder eine Empfehlung mitzugeben, unterlässt. In dieser freien und nicht kritischen Atmosphäre können die Eltern ihre wahren Gefühle ohne Abwehr und Rationalisierungen ausdrücken und so zu einem besseren Selbstverständnis gelangen ... Jede weitere Veränderung wird daraus resultieren, dass die Eltern sich selbst und ihre Grenzen besser akzeptieren können" (197f).

1942 fasst er zusammen: „Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jeden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohlstrukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit und der aggressiven Handlung, die besonders für den Klienten gelten, und Begrenzungen der Verantwortlichkeit und der Zuneigung, die der Berater sich selbst auferlegt. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotioneller Freiheit, innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen, wie in keiner anderen Beziehung" (107).

Die Betonung, dass es sich bei diesem Ansatz nicht um einen intellektuellen Prozess handelt, der daher auch nur schwer intellektuell erfasst werden kann, sondern gefühlt bzw. erfahren werden muss, um erfasst werden zu können (1939, 197) wird in Rogers' Ausführungen mehr als deutlich. Er selbst bleibt in seinen Darstellungen immer ganz nah an seiner reichen praktischen Erfahrung und seinem damit in Verbindung stehenden Erleben und bietet somit die beste Voraussetzung, seine Therapietheoriebildung nachvollziehbar zu machen.

Die nicht unwesentliche Frage nach den Therapieabsichten bzw. -zielen stellte Rogers mit der Frage nach dem Menschenbild bereits 1939 (353f) in einen philosophischen Kontext. Er zeigt dabei auf, wie schwierig es ist, ein objektives Kriterium für die Definition von „normalem Verhalten" für Kinder oder Jugendliche zu finden, ohne auf die jeweilige philosophische Haltung des Therapeuten Bezug zu nehmen. Auch 1942 finden sich diese Überlegungen wieder: „Der nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jeden Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten. Der direktive Standpunkt legt großen Wert auf soziale Übereinstimmung und das Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken. Diese Standpunkte haben eine ebenso

wichtige Beziehung zur sozialen und politischen Philosophie wie zu den Techniken der Therapie. Als Folge dieser Unterschiede in den Werturteilen stellen wir fest, dass die direktive Gruppe dazu neigt, ihre Bemühungen auf das Problem zu konzentrieren, das der Klient vorlegt. Wenn das Problem auf eine Weise gelöst ist, der der Berater zustimmen kann, und wenn die Symptome beseitigt sind, dann wird die Beratung als erfolgreich betrachtet. Die nicht-direktive Gruppe legt den Nachdruck auf den Klienten und nicht auf das Problem. Wenn der Klient durch die Beratungserfahrung zu genügend Einsicht gelangt, um sein Verhältnis zur realen Situation zu verstehen, dann kann er zur Anpassung an die Realität die Methode wählen, die für ihn den höchsten Wert hat. Er wird darüber hinaus auch eher imstande sein, mit zukünftigen Problemen fertig zu werden." (1942, 119f)

Es verwundert, dass Rogers in seinen späteren Werken nur selten explizit auf seine frühen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut Bezug nimmt.

Doch der Beginn enthält bereits den Entwurf für das Ganze. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Dies verleiht dem Werk seine besondere Bedeutung.

Anmerkungen (Fußnoten im Original)

(1) Lippmann, H.S. (1934) „Direct Treatment Work with Children". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 376

(2) Siehe auch: Rosenzweig, S. (1934) „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 413 Shaffer, L. S. (1936) „The Psychology of Adjustment". New York, Houghton Mifflin Company, pp. 478–479

(3) Levy, E. (1934) „Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compulsion". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 22

(4) Levy, E. (1934) ebd., pp. 17-18, 21–22

(5) Kessel, L. and Hyman, H. T. (1933) „The Value of Psychoanalysis as a Therapeutic Procedure". In: Journal of American Medical Association, vol. 101, pp. 1612–1615

(6) Healy, W. (1935) „Psychoanalysis of Older Offenders". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 5, pp. 27–28

(7) Alexander, F. and Healy, W. (1935): „Roots of Crime, Psychoanalytic Studies". New York, Knopf, p. 305

(8) Taft, J. (1933) „The Dynamics of Therapy". New York, The Macmillan Company Allen, F. (1934) „1934 Symposium. Case presented by Dr. Frederick Allen". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, pp. 232–358

(9) Gould, C. A. (1937) „Case Illustrating the Use of Direct Personal or Psychological Treatment". In: Visiting Teacher Bulletin, vol. 12, pp. 11–16

(10) Allen, F. H. (1934) „Therapeutic Work with Children". In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 197

(11) siehe 7, p. 100

(12) siehe 7, p. 94

(13) Das ist beispielsweise die Ansicht von Dr. Taft, die schreibt: „Wie ich es sehe, kann sozial erwünschtes Verhalten niemals das Ziel einer analytischen Beziehung sein. Es ist eine viel zu individuelle Angelegenheit und kann nur durch die Bedeutung, die die Person, Kind oder Erwachsener, ihr selbst gibt, ermessen werden. Der Wert liegt nicht im Glück, weder in der Tugend noch in der sozialen Anpassung, sondern im Wachstum und der Entwicklung als eine rein individuelle Norm" (siehe 7, p. 109).

Literatur

Allen, Frederick H. (1934), Therapeutic work with children, in: American Journal of Orthopsychiatry 4, 93–202

Allen, Frederick H. (1942), Psychotherapy with children, New York (Norton)

Rogers, Carl R. (1939), The clinical treatment of the problem child, Boston (Houghton Mifflin)

Rogers, Carl R. (1942), Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler) 1972

Rogers, Carl R. (1980), In retrospect: Fourty-six years, in: A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 46-69; dt.: Rückblick: sechsundvierzig Jahre, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett) 1980, 35–52

Autorin

Barbara Reisel, 1961, Dr., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Universitätsassistentin an der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Psychotherapieausbilderin der Sektion Forum in der APG; Psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Barbara Reisel
Mariannengasse 30a/27
1090 Wien
E-Mail: barbara.reisel@univie.ac.at

Person 2 (2001) *68–89*

Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer[1]

Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung

Zusammenfassung: *Carl Rogers war nicht nur der Begründer der Personzentrierten Psychotherapie, er gilt auch als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. Seit den frühen 1940er Jahren wurden über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Arbeiten zur Psychotherapieforschung veröffentlicht, die bis heute hohe Bedeutung besitzen. Dieser Beitrag setzt sich das Ziel einer kritischen Würdigung von Carl Rogers als Therapieforscher. Dabei werden die drei wichtigsten Phasen der Forschung von Carl Rogers genauer dargestellt und aus heutiger Sicht bewertet. Die frühe, qualitative Forschungsphase in den 1940er Jahren wird anhand der „Parallelstudien" vorgestellt. Exemplarisch für die empirische Forschungsphase in Chicago werden die Arbeiten im Sammelband von Rogers und Dymond präsentiert. Als wichtigste Forschungsarbeit der späteren Phase wird die „Wisconsin-Studie" kritisch gewürdigt. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers bis heute in vieler Hinsicht als vorbildlich und paradigmatisch betrachtet werden können.*

Stichwörter: *Carl Rogers, Psychotherapieforschung, Psychotherapieeffekte, Parallelstudien, Wisconsin-Studie*

Résumé: ***Carl Rogers en tant que chercheur en psychothérapie – Une appréciation critique –*** *Carl Rogers ne fut pas seulement le fondateur de la psychothérapie centrée sur la personne, il est également considéré comme le fondateur de la recherche empirique sur la psychothérapie. Depuis le début des années 1940, de nombreux travaux de recherche psychothérapique, réalisés sur une période de plus de 20 ans, ont été publiés par Rogers et ses collaborateurs/trices, travaux qui possèdent aujourd'hui encore une grande signification. Cette contribution se fixe comme objectif une appréciation critique de Carl Rogers en tant que chercheur en thérapie. Les trois phases les plus importantes de la recherche de Carl Rogers y sont en même temps exposés de manière plus précise et évaluées dans l'optique actuelle. La première phase de recherche qualitative dans les années 1940 est présentée en s'appuyant sur des « études parallèles ». Les travaux publiés dans le recueil de Rogers et Dymond sont présentés comme caractéristiques de la phase de recherche empirique à Chicago. « L'étude du Wisconsin » fait l'objet d'une appréciation critique en tant que travail de recherche le plus important de la dernière phase. En définitive, il convient de retenir que les travaux sur la recherche psychothérapique de Carl Rogers peuvent être considérés aujourd'hui encore à bien des égards comme exemplaires et paradigmatiques.*

Mots clés: *Carl Rogers, recherche psychothérapique, effets de la psychothérapie, études parallèles, étude du Wisconsin*

1. Vorbemerkungen

Im Unterschied zu den meisten anderen „Schulengründern" in der Psychotherapie war es Carl Rogers – zumindest in den ersten Jahrzehnten seiner Berufslaufbahn – auch ein zentrales Anliegen, seine Entwicklungen wissenschaftlich zu überprüfen. Er ist sogar weithin anerkannt als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. In seiner biografischen und beruflichen Entwicklung stand er von Beginn an in einem kreativen Spannungsfeld zwischen einer naturwissenschaftlichen Denkorientierung und der Entwicklung eines konsequent erfahrungsbezogenen phänomenologischen Verständnisses von Psychotherapie. In diesem Spannungsfeld sind viele seiner Forschungsarbeiten zu verorten. Es erklärt auch zumindest zum Teil die faszinierende Konsequenz und Kreativität der Entwicklung und Umsetzung seiner zahlreichen Forschungsarbeiten.

Obwohl Carl Rogers bereits auch seine ersten beruflichen Erfahrungen in Rochester (New York) durch wissenschaftliche Arbeiten begleitete, sind die wesentlichen Forschungsarbeiten in den drei Jahrzehnten seiner Karriere an den Universitäten in Columbus (Ohio), Chicago (Illinois) und Madison (Wisconsin) entstanden. Hier wurden von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, von denen viele bis heute als Meilensteine der Psychotherapieforschung bezeichnet werden können.

1 Die alphabetische Reihung der Namen wurde aufgrund der Gleichwertigkeit der Autoren gewählt.

Die thematische und empirische Umsetzung der Forschung reflektiert dabei in konsequenter Weise den jeweiligen Stand der Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. In der ersten Phase der Forschung wurden Therapieverläufe (erstmals in der Geschichte) aufgezeichnet und protokolliert. Diese Protokolle wurden mit größter Sorgfalt qualitativ und empirisch „mikroskopisch" analysiert (Barrett-Lennard 1998). Als wichtigste Veröffentlichungen dieser Zeit gelten die Arbeiten von Snyder (1947) und die 1949 publizierten „Parallelstudien".

Nachdem der Therapieprozess wissenschaftlich als eine konsistente und gesetzmäßig verlaufende Interaktion beschrieben und verstanden werden konnte, wurde der Fokus des Forschungsinteresses auf Effektivität und Effizienz dieses Prozesses verlegt. Es wurden zahlreiche Studien geplant und realisiert, die eindeutig die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie nachweisen konnten. Als die vielleicht wichtigste Veröffentlichung dieser Phase kann der 1954 erschienene Sammelband von Rogers und Dymond (1954) bezeichnet werden.

In der dritten Phase der Psychotherapieforschung ging es vor allem darum, ein vertieftes Verständnis der kausalen Wirkmechanismen der Psychotherapie zu erlangen. Außerdem wurde versucht, auf der Grundlage der Arbeit mit Patienten mit besonders schweren Störungen, die Möglichkeiten und vor allem die Grenzen der Psychotherapie sorgfältig auszuloten. Die bekannteste Arbeit dieser Phase ist die „Wisconsinstudie" (Rogers / Gendlin / Kiesler / Truax 1967), die auch als der Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers und seinen Mitarbeitern bezeichnet werden kann.

Die Forschungsarbeiten von Rogers haben zwar eine große Bekanntheit erreicht, sie sind jedoch derzeit relativ schwer zugänglich und wurden bisher, insbesondere in der deutschsprachigen Literatur, kaum umfassend dargestellt. Das Ziel dieses Beitrages besteht daher in einer Darstellung und kritischen Würdigung der Psychotherapieforschung von Carl Rogers. Als Grundlage dafür haben wir jeweils die zuvor genannten Hauptarbeiten der drei Forschungsphasen herangezogen.

2. Die frühe Phase der Psychotherapieforschung von Carl Rogers

2.1. Carl Rogers in Ohio und die ersten Jahre in Chicago

Nach langjähriger klinisch-psychologischer Tätigkeit in Rochester tritt Carl Rogers 1940, gerade 38 Jahre alt, seine erste Professur an der Ohio State University an. Die Rückkehr an die Universität bedeutet für ihn nicht nur einen sozialen Aufstieg, sondern auch die Anerkennung seiner bisherigen beruflichen Arbeit. Rogers wird mit der Einrichtung einer Ausbildung für Beratung und Therapie für postgraduierte Studenten betraut und erhält dazu ausreichend gute personelle und technische Bedingungen angeboten.

Aufgrund seiner umfangreichen Berufserfahrung auf dem Gebiet der klinischen Psychologie und Erziehungsberatung und seiner methodisch gesammelten Aufzeichnungen und Fallstudien veröffentlicht Rogers 1942 schließlich sein revolutionäres Buch „Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice". Angeregt durch Otto Ranks Modifikation zur „Relationship-therapy" entwickelt er aus seiner grundsätzlichen Betrachtung des Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen einen neuen Ansatz in der Psychotherapie, in dem nicht das Problem bzw. die Lösung des Problems im Mittelpunkt der Betrachtung steht, sondern das Individuum (Rogers 1942). In diesem Buch veröffentlicht Rogers zum ersten Mal in der Geschichte der Psychotherapie mit Hilfe von Tonbandaufzeichnungen den vollständigen Verlauf einer Therapie. Alle Interviews wurden mit einem für heutige Zeiten unvorstellbaren technischen Aufwand auf Tonband protokolliert und schließlich mit allen Einzelheiten transkribiert (vgl. Groddeck 2002). Diese Ansammlung von verbalem Interviewmaterial stellt auch die Grundlage für die Entwicklung von wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Psychotherapie dar. Rogers' Verdienst ist es, dass er die Psychotherapie mit den Mitteln der empirischen Forschung entmystifiziert, wissenschaftlich überprüf- und beschreibbar gemacht hat (vgl. Zundel 1987). Nach dem Eintritt Amerikas in den Zweiten Weltkrieg im Dezember 1941 arbeitet Rogers in den folgenden Jahren auch als psychologischer Berater im personalen Bereich der amerikanischen Luftwaffe und schließlich für die „United Service Organization" (USO), die sich vor allem mit der Betreuung der vom Krieg heimkehrenden Soldaten beschäftigt.

Im Frühjahr 1945, kurz vor Kriegsende, geht Rogers als Professor für Psychologie an die Universität in Chicago, wo er die Möglichkeit erhält, ein neues Forschungs- und Beratungszentrum aufzubauen. Viele seiner ehemaligen Mitarbeiter folgen ihm und arbeiten in der von Rogers demokratisch geführten Beratungsstelle mit. Die Jahre in Chicago sind ausgesprochen kreativ, sie bringen ihm eine Fülle an Erfahrungen. Er erweitert seine therapeutischen Hypothesen und seine Arbeit spiegelt die Spannungen zwischen Praxis und Forschung, zwischen phänomenologischer und objektivierender Betrachtung wider.

1947 wird Rogers Präsident der American Psychological Association (APA) und erhält damit auch die Anerkennung der akademischen psychologischen Fachwelt. Aufgrund der umfangreichen Tonaufzeichnungen der Interviews des Beratungszentrums entwickeln Rogers und seine hochqualifizierten Mitarbeiter und Studenten diverse Studien und Forschungsprojekte. 1949 gestaltet Rogers als Mitherausgeber der Zeitschrift „Journal of Consulting Psychology" ein eigenes Themenheft zu den „Parallelstudien", das einer koordinierten Erforschung der Psychotherapie gewidmet ist und kurze Beiträge über objektive Untersuchungen von Raskin, Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr enthält.

2.2. Die „Parallelstudien“

Rogers (1949) präsentiert in seiner Einleitung diese sieben Studien, die alle auf derselben Stichprobe von zehn vollständig aufgezeichneten und transkribierten Beratungsfällen des Counseling Center der Universität von Chicago beruhen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten bestätigen Rogers nicht nur in seiner theoretischen Auffassung der Klientenzentrierten Therapie, sondern auch darin, dass der Prozess der Psychotherapie bzw. die Veränderung der Persönlichkeit mit wissenschaftlichen Methoden untersucht werden kann.

In seinem ersten Artikel beleuchtet Raskin (1949a) den Hintergrund des Forschungsprojekts der *Parallelstudien*. Die einzelnen Beiträge von Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr beschreiben jeweils die eigenen Studien, während Raskin (1949b) in seinem zweiten und abschließenden Beitrag einige der festgestellten relevanten Wechselbeziehungen dieser Untersuchungen analysiert. Das Projekt der *Parallelstudien* über den therapeutischen Prozess wurde im Herbst 1947 in Angriff genommen und jede Untersuchung erfolgte in drei Stufen:

(1) Auswahl eines oder mehrerer Konzepte auf subjektiver, empirischer Basis, die sich sowohl für das Verstehen des therapeutischen Prozesses als auch hinsichtlich der Vermittlung dieses Verständnisses an andere als hilfreich erwiesen hatten.

(2) Entwicklung objektiver Messinstrumente für die quantitative Repräsentation des Konzepts und die Erhebung des Zustimmungsgrades unterschiedlicher Untersucher, die diese Instrumente verwenden und

(3) Anwendung der Messinstrumente bei präzisen und relevanten klinischen Daten, wie für die auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfälle des Counseling Center der Universität von Chicago.

Es war von Vorteil, eine Gruppe von Fällen auszuwählen und sie zu jeder der verschiedenen Analysemethoden zuzuordnen. So konnten einerseits die Beziehungen zwischen den verschiedenen Konzepten beobachtet und quantitativ gemessen werden, wie etwa Selbstakzeptanz und Verhaltensreife, und andererseits eine ausführlichere Analyse der einzelnen Fälle erreicht werden. Das Beratungszentrum hatte zu diesem Zeitpunkt ca. 20 vollständig auf Tonband aufgenommene und transkribierte Beratungsfälle. In das Projekt der Parallelstudien wurden letztendlich zehn Fälle aufgenommen, da sie zusätzliche Testdaten, die vor und nach der Therapie erfasst wurden, enthielten. Dies bedeutete die Möglichkeit einer sechsten Studie, einer Analyse über die Unterschiede zwischen Prä- und Post-Tests als Ergänzung zu den anderen Forschungsarbeiten. Neun der zehn Fälle waren graduierte bzw. noch nicht graduierte Studenten; sie repräsentieren daher eine noch relativ junge Gruppe von insgesamt sechs Frauen und vier Männern, wobei pro Person drei bis maximal neun Tonbandinterviews erstellt wurden.

Ein Ziel des Projekts der *Parallelstudien* bestand auch in der Weiterentwicklung von objektiven Forschungsmethoden für die Messung der Veränderung der Persönlichkeit während des Verlaufes der Therapie, um die unterschiedlichen Konzepte, die für die Beschreibung der Persönlichkeitsorganisation von Bedeutung sind, zukünftig vergleichen zu können.

Die Studie von Seeman (1949) stützt sich auf die Forschungsarbeit von Snyder (1945) über das Wesen der *nicht-direktiven Psychotherapie*. Der therapeutische Prozess wird anhand der verbalen Äußerungen von Therapeut und Klient untersucht, wobei Snyder sechs Beratungsfälle analysiert hatte, während Seemans Studie sich auf die bereits beschriebenen zehn Fälle bezieht. Im ersten Schritt entwickelt Seeman Kategorien für seine Untersuchung, die anschließend auf das Material der Beratungsfälle angewendet werden sollen. Dabei wird ersichtlich, dass bei den Klienten-Kategorien zwei Hauptgruppen unterschieden werden können: So genannte Inhaltskategorien, die durch Reaktionen des Klienten inhaltlich identifiziert werden (z. B. Feststellung eines Problems oder Einsicht) und Kategorien, die positive oder negative Einstellungen des Klienten zum Ausdruck bringen. Was die Therapeuten-Kriterien betrifft, so wurden hauptsächlich jene von Snyder verwendet. Bei den Therapeuten-Kriterien war vor allem erwünscht, dass ein breites Spektrum an möglichen Reaktionsarten in einem direktiv-nondirektiven Kontinuum möglich war.

Die Absicht der Studie von Seeman war, den Prozess der *nondirektiven Therapie* mit einem Instrument, das in einer früheren Studie angewendet wurde, neuerlich zu überprüfen, sodass Vergleiche angestellt und jüngste Trends beobachtet werden konnten. Es wurden folgende signifikanten Unterschiede festgestellt: Die gegenwärtige Studie zeigt eine zunehmende Verwendung non-direktiver Kategorien mit 85 % im Vergleich zu 62.6 % der früheren Studie von Snyder. Es gibt einen signifikanten und beschreibbaren Therapieprozess bei den in dieser Studie verwendeten Inhaltskategorien. Die Kategorie „Problemfeststellung“ zeigte eine konsequente Abnahme während der Therapie, während die Kategorien „Einsicht und Verständnis“ konsequente Zunahme zeigten. Im Laufe der Therapie nahmen die individuellen Unterschiede von Fall zu Fall zu. Der Therapieprozess – gemessen an den relativen Verschiebungen bei den Kategorien „Problemfeststellung“ und „Einsicht und Verständnis“ – korreliert signifikant mit den Bewertungen der Therapeuten zum Ergebnis.

Bei den Kategorien, die sich auf die Einstellungen des Klienten beziehen, findet sich ein beschreibbarer Therapieverlauf in Form des relativen Vorkommens positiver und negativer Haltungen; positive Haltungen nehmen während des Therapieverlaufs zu, während negative im Laufe der Therapie abnehmen. Auch hier nehmen die individuellen Unterschiede innerhalb des Therapieverlaufs von Fall zu Fall zu. Wird die relative Einfühlsamkeit für sich selbst und für andere betrachtet, so fällt auf, dass sich die Klienten im Falle positiver Einstellungen im Therapieverlauf zunehmend auf sich selbst konzentrieren. Werden negative Einstellungen der Klienten hinsichtlich des Therapieverlaufs diesbezüglich betrachtet, kann keine solche Unterscheidung gefunden werden.

Die Zeit, in der Einstellungen ausgedrückt werden, zeigt signifikante Trends im Laufe der Therapie. Am Therapiebeginn besteht eine Tendenz, positive Einstellungen in der Vergangenheitsform und negative in der Gegenwart auszudrücken. Während des Therapieverlaufs kehrt sich dieses Verhältnis um; positive Einstellungen werden zunehmend in der Gegenwart und negative in der Vergangenheitsform ausgedrückt.

Sheerer (1949) beschäftigt sich mit der Beobachtung und klinischen Erfahrung vieler Psychologen, dass das Konzept eines Individuums von sich selbst von höchster Bedeutung für das Verständnis der Dynamik von persönlicher Entwicklung und Anpassung ist. In ihrer Studie geht sie der Frage nach, was von dem, was ein Klient aus seiner Sicht äußert, als Beitrag für das Gesamtbild seiner Persönlichkeit betrachtet werden kann? Dabei kristallisierten sich folgende fünf Bereiche als jene mit den klarsten Antworten auf diese Frage heraus:

- Äußerungen in Bezug auf Auswahl von Verhaltensstandards;
- Äußerungen, die zeigen, ob der Klient sich selbst oder andere als verantwortlich für sein Verhalten, Ursache und Lösung seines Problems sieht;
- Äußerungen in Bezug auf Lebensphilosophie;
- Selbst-einschätzende Kommentare;
- Wertende Kommentare über andere Personen.

Die Äußerungen von Klienten, die unter diese Kategorien fallen, scheinen zweierlei zu beschreiben: das Ausmaß von Selbstakzeptanz und Selbstachtung des Klienten sowie Akzeptanz und Achtung anderen Personen gegenüber.

Die zu untersuchenden Konzepte wurden operational definiert mit Hilfe von vier Sachverständigen auf der Grundlage einer früheren Forschungsarbeit über wertende Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber in erfolgreichen Beratungsfällen. Aus insgesamt zwanzig Definitionen zur Akzeptanz und Achtung des Selbst sowie zehn Definitionen zur Akzeptanz und Achtung gegenüber anderen Personen entwickelte Sheerer schließlich zwei Skalen zur Erfassung aller relevanten Äußerungen der zehn Beratungsfällen. Insgesamt wurden 1.366 Einheiten von Reaktionen bewertet, 77.1 % wurden als relevant für die „Selbst"-Akzeptanz-Skala und 16.8 % wurden als relevant für die „Andere"-Akzeptanz-Skala eingeschätzt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Einstellungen einer Person anderen gegenüber in einem eindeutig signifikanten Ausmaß mit den Einstellungen in Beziehung stehen, die diese Person sich selbst gegenüber hat. Einerseits ist dies „Allgemeinwissen", andererseits könnte es bedeuten, dass eine Änderung der Einstellungen anderen gegenüber grundsätzlich nur dadurch erreicht werden kann, indem eine Veränderung der Einstellung sich selbst gegenüber erreicht wird. Dies könnte im Bereich der Sozialpsychologie bedeuten, dass zunehmende Akzeptanz von Minderheiten, Ausländern und ähnlichen Gruppen am ehesten durch eine Art von Gruppentherapie erreicht werden könnte, die darauf abzielt, zu einer positiven Änderung der individuellen Selbstakzeptanz und Selbstachtung zu gelangen.

Stock (1949) untersucht die Wechselbeziehung zwischen Selbstkonzept und Gefühlen gegenüber anderen Personen und Gruppen. Sie geht von der Annahme aus, dass zwischen der Art einer Person, sich selbst zu sehen, und der Art dieser Person, die Welt der anderer Personen und Dinge zu betrachten, eine reale Beziehung besteht. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass ein Individuum, welches sich selbst gegenüber negative Gefühle hat, dazu tendiert, diese auch im Allgemeinen Anderen gegenüber zu empfinden. In dem Ausmaß, in dem sich diese Gefühle sich selbst gegenüber positiv verändern, verändern sich die Gefühle Anderen gegenüber in eine ähnliche Richtung. Es ist aufgrund der Ergebnisse aus dieser Studie nicht möglich eine sequenzielle Beziehung zwischen den Gefühlen dem Selbst und den Gefühlen Anderen gegenüber zu identifizieren.

Haighs (1949) Ziel war die Untersuchung von Abwehrverhalten der Klienten während des Verlaufs Klientenzentrierter Therapie auf der Basis der Theorie von Bedrohung und Abwehr, wie sie Hogan (1948) entwickelt hat. Abwehr wird als eine mögliche Verhaltensform betrachtet, die als Reaktion auf eine Wahrnehmung von Bedrohung folgen kann. Ein Individuum ist bedroht, wenn es eine Erfahrung als inkonsistent mit einem Wert oder Konzept wahrnimmt, das es als Teil seines Selbstkonzepts betrachtet. Eine effiziente Anpassung an die Realität dieser Situation wäre eine mögliche positive Reaktion auf eine derartige Bedrohung. Eine eher defensive Reaktion könnte darin bestehen, die Wahrnehmung auf eine Weise zu verzerren, um die wahrgenommene Inkongruenz zu reduzieren. Abwehrverhalten zeigt sich im Verharren des Konzepts bzw. des Wertes, der als bedroht betrachtet wird. Haigh modizifierte in weiterer Folge Hogans Theorie in dieser Studie durch zwei zusätzliche Dimensionen: *„awareness"* und *„reported-exhibited"*. Abwehrhaltung kann in der Weise analysiert werden, wie sie der Klient in der Beratungssituation einsetzt. Es scheint sinnvoll zu sein, zwischen einem Abwehrverhalten, das den Klienten bei seiner Selbsterforschung blockiert, und einem Abwehrverhalten, das nicht blockiert, zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wurde dann getroffen, wenn der Klient sich seines Abwehrverhaltens bewusst war. Eine Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von *„Bewusstheit"* wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 39 von 44 Statements bzw. bei 89 % der Statements festgestellt wurde. Abwehrhaltung kann aber auch im Verhalten aufgedeckt werden, das während einer Beratungssitzung *vorkommt,* oder im Verhalten, über das in einer Beratungssitzung *berichtet* wird. Die Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von *„reported-exhibited"* wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 45 von 48 Statements bzw. bei 93.8 % der Statements festgestellt wurde. Verhalten, über das berichtet wird, kann in der Vergangenheit oder in der Gegenwart vorkommen; eine diesbezügliche Differenzierung wurde in dieser Studie vorgenommen.

In eigens entworfenen Arbeitsblättern wurde jegliche Abwehrhaltung aufgezeichnet und entsprechend klassifiziert: Je nach *„Bewusstheit“* des Verhaltens wurde unterschieden, ob das Verhalten sich während des Beratungsgesprächs herausgestellt hat und ob sich das berichtete Verhalten auf die Vergangenheit oder die Gegenwart bezieht.

Hoffman (1949) untersuchte aufgrund bestimmter Kriterien alle Hinweise zu gegenwärtigem, früherem und zukünftigem Verhalten. Als verhaltensbezogene Aussagen, die sich auf die Gegenwart beziehen, wurden gegenwärtige Handlungen und Aktivitäten des Klienten definiert. Aussagen zu vergangenem Verhalten wurden nur berücksichtigt, wenn diese in Beziehung zu den derzeitigen Problemen des Klienten standen und für ihn die Motivation für die Therapie darstellten. Angaben der Klienten zu ihrem Verhalten in der Kindheit oder aber auch zu dem etliche Jahre vor der Beratungssituation wurden nicht für die Klassifikation herangezogen. Als zukünftig geplantes Verhalten wurden Aussagen der Klienten definiert, die Einsicht in Problembereiche und beabsichtigte Änderungen derselben aufzeigen. Schließlich wurde der Grad der Reife des Verhaltens anhand von drei Kategorien – von unreifem und unverantwortlichem Verhalten bis hin zu Selbstbestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit – eingeschätzt.

Nach dem Procedere für die Auswahl der Verhaltens-Referenzen und der Festlegung für deren Verlässlichkeit lag der nächste Schritt für die objektive Erforschung des berichteten Verhaltens beim Rating oder der Klassifikation der gewählten Statements. Dabei wurden folgende drei Kategorien zur Klassifikation der Verhaltens-Referenzen gewählt:

C – Das individuelle Verhalten geschieht mit wenig oder keiner Selbstkontrolle oder wenig oder keiner Kontrolle über seine Umgebung; das Individuum ist unreif und nicht verantwortlich.

Beispiel: „Wenn ich zu einer Verabredung gehe, nehme ich ein Bad und dann kann es sein, dass ich mich nicht sauber genug fühle, deshalb dusche ich dann noch kalt und danach verwende ich ein halbes Dutzend Deodorants.“

B – Die Person übt einige Kontrolle über ihre Umgebung aus; sie zeigt einige Reife und etwas Verantwortung.

Beispiel (aus dem Fall eines Mädchens, das sich schämt, ihre gelähmte Hand offen zu zeigen): „Wenn ich alleine oder mit meiner Mitbewohnerin bin, nehme ich meine Hand aus der Tasche.“

A – Die Person verhält sich mit sehr viel Selbst-Bestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit.

Beispiel: „Ich habe begonnen, die Arbeit soweit zu kürzen, sodass ich damit umgehen kann. Wenn ich damit fertig werde, müsste ich ja auch gleichzeitig etwas darüber wissen.“

Zusätzlich wurde jeder Fall in drei Teile geteilt und fünf der erfolgreicheren Fälle wurden mit den fünf weniger erfolgreichen Fällen verglichen. Die Kriterien für Erfolg wurden anhand des Unterschieds zwischen dem ersten und den letzten Interviews definiert: Einstellungen zum Selbst, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verstehen und Einsicht sowie Abwehrhaltung. Diese Ratings wurden von Raskins Analyse im Abschlussbericht dieser Artikelserie übernommen, unter Auslassung der Verhaltenspunkte. Diese Maßeinheiten, die auch grundlegend bei vier der anderen Studien waren, ergaben ein objektives Kriterium, welches auf dem Ausmaß fußt, zu dem die hypothetischen Veränderungen im therapeutischen Prozess messbar vorkamen. Bei Verwendung dieses Kriteriums kombinierter Maßeinheiten gehören zur „erfolgreicheren“ Gruppe die Fälle Miss Vib, Miss Int, Mr. Far, Mr. Win and Mr. Que, zur „weniger erfolgreichen“ Gruppe Miss Ban, Mrs. Sim, Mrs. Dem, Mr. Sketch und Miss Wab.

Auch zeigen die Ergebnisse, dass sowohl die mehr als auch die weniger erfolgreichen Fälle auf einem ähnlichen Level beginnen; je weiter allerdings der therapeutische Prozess fortschreitet, umso größer wird der Unterschied. Wenn man die Fälle einzeln betrachtet, sieht man, dass Miss Int, Mr. Que, Miss Vib und Mr. Win einen deutlichen Anstieg von Reife bei ihren berichteten Verhalten entfaltet haben. Ein etwas geringer, aber konsistenter Anstieg ist bei Mrs. Sim zu verzeichnen. Miss Ban, Mrs. Dem, Mr. Sketch and Miss Wab scheinen ihre Therapie etwa auf demselben Stand zu beenden, auf dem sie begonnen haben. Der Fall von Mr. Far ist schwer auszuwerten, weil hier nur eine geringe Menge an Verhaltensdaten zu ermitteln war.

Das Verhalten wurde von Hoffman auf der Basis des Ausmaßes an gezeigter Reife analysiert. Jede Verhaltensreferenz wurde nach einer von drei Reife-Stufen klassifiziert – in hohem Grade reif, teilweise reif und unreif. Sowohl die Beschaffung von Verhaltens-Referenzen aus der wörtlichen Abschrift der Interviews als auch die Einteilung dieser Referenzen nach dem Grad ihrer Reife erwiesen sich als sehr zuverlässig. Bei 53 der 59 Interviews der zehn Beratungsfälle erhielt man Indices der Reife des berichteten Verhaltens. In sechs Interviews konnten keine Verhaltens-Referenzen ermittelt werden. Betrachtet man alle zehn Fälle zusammen, so ist eine Zunahme von Reife vom ersten zum letzten Drittel der Therapie zu verzeichnen, allerdings ist dieser Zuwachs statistisch nicht signifikant. Bei den fünf Fällen, die durch ein objektives Kriterium als „erfolgreicher“ betrachtet werden können, ist die Zunahme an Reife größer als bei der gesamten Gruppe. Bei den fünf „weniger erfolgreichen“ Fällen gibt es nur eine unbedeutende Veränderung bei den Verhaltensberichten. Der Unterschied des Fortschritts zwischen der erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Gruppe ist statistisch signifikant. Die Untersuchungsform, die bei dieser Studie angewendet wurde, scheint den üblichen subjektiven Berichten über Verhaltensänderungen bei Beratungen vorzuziehen zu sein und erleichtert außerdem die Korrelation von Verhaltensreife mit anderen psychologischen Variablen.

Carr (1949) analysierte Rorschach-Tests, die neun Beratungsfällen vor und nach der non-direktiven Therapie vorgegeben wurden. Es sollte auch der Grad der Übereinstimmung zwischen den Erfolgseinschätzungen der Therapie durch den Berater einerseits und dem Ausmaß eines solchen Erfolgs durch das Rorschachprotokoll, das nach der Therapie angefertigt worden war, festgestellt werden.

Um die Veränderungen in der Therapie zu untersuchen, wurde die quantitative analytische Methode nach Muench (1947) angewendet, die auf von Klopfer (1942) vorgeschlagenen Symptomen für Anpassung und Fehlanpassung beruhte. Unabhängig von den Ergebnissen der quantitativen Analyse schien es wünschenswert auch qualitative Aspekte der Protokolle mit einzubeziehen. Diese Auswertung erfolgte nach ausführlicher Beschäftigung mit allen Aufnahmen der Prä- und Post-Therapieprotokolle. Carr fand aber, trotz gleicher Anpassungsindikatoren wie Muench, keine signifikante Veränderungen. Auch die qualitative Analyse durch einen Sachverständigen, dem nur soviel bekannt war, dass die Fälle verschiedene Grade von Erfolg repräsentierten, stellte bei fünf Fällen keinerlei Veränderung und bei vier Fällen nur eine leichte Verbesserung fest.

Raskin (1949a) fasst in seinem Abschlussartikel die wesentlichen Aspekte zusammen, die das Projekt der *„Parallelstudien"* hervorgebracht hat. Eine parallele, multi-konzeptionelle, objektive Untersuchung wurde bei einer Gruppe von zehn auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfällen durchgeführt, um die Möglichkeit des Vergleichs unterschiedlicher Konzepte zu erhalten. Es wurde als durchführbar befunden, dass quantitative Angaben so verschiedener Konzepte wie Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Abwehrhaltung, Verhaltensreife und Einsicht durch jedes Interview zu erhalten waren. Signifikante positive Beziehungen haben sich für folgende Konzepte herauskristallisiert: Selbstbezogene Einstellungen, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verständnis und Einsicht sowie Verhaltensreife. Die Existenz eines relevanten umgekehrten Verhältnisses hat sich zwischen Abwehrhaltung und jedem dieser positiven Maße für den Therapieerfolg herausgestellt. Werden diese Maße bei jedem Interview eines individuellen Falles angewendet, ergeben sie ein bedeutungsreiches Bild für die Ebene der Anpassung des Klienten bei Therapiebeginn bzw. -abschluss und den Therapieverlauf zwischen diesen beiden Punkten. Zwischen den Erfolgseinschätzungen durch die Berater dieser zehn Beratungsfälle und der Erfolgsbemessung auf Basis der fünf interview-analytischen Maße existiert eine signifikante Beziehung. Zwischen den Rorschachergebnissen und den Ergebnissen der fünf interview-analytischen Maße wurde keine signifikante Beziehung festgestellt.

2.3. Bewertung der „Parallelstudien"

Die historische Bedeutsamkeit der Parallelstudien liegt sicher in der Tatsache begründet, dass hier erstmals in größerem Umfang auf der Grundlage von Tonbandprotokollen mit vollständigem Datenmaterial von therapeutischen Prozessen gearbeitet wurde. Der Aufwand, der für diese Aufzeichnungen damals nötig war, ist aus heutiger Sicht beeindruckend.

Neben diesem historischen Wert sind diese Studien aber auch aus heutiger Sicht als konzeptionell ausgesprochen modern und sorgfältig in der Umsetzung zu bezeichnen. Sie stehen noch immer vorbildlich für eine qualitative und prozessorientierte Psychotherapieforschung. Ein besonderes Qualitätsmerkmal, das auch die späteren Arbeiten von Carl Rogers und von seinen Mitarbeitern kennzeichnet, ist die große Sorgfalt bei der Operationalisierung und Messung von Wirkfaktoren der Psychotherapie. Daneben ist auch der Ansatz der „Parallelstudien" selbst, also der multiplen Analyse von Therapieprotokollen, als wegweisend und modern zu bezeichnen.

Am Beispiel dieses Projekts der *Parallelstudien* wird ein Weg für die Untersuchung der Psychotherapie auf wissenschaftlichen Grundlagen aufgezeigt. Dabei handelt es sich um eine von jeder Art von Therapie unabhängige Methodologie. Die bei dieser Studie verwendeten Konzepte haben Resultate hervorgebracht, die ausreichend konsistent und bedeutsam waren, um vorläufige Verallgemeinerungen in quantitativer und qualitativer Form über erfolgreiche Psychotherapie nahe zu legen und eine gediegene Basis für Überlegungen zur Persönlichkeitsorganisation bereitzustellen, die aus der Erfahrung der Klientenzentrierten Therapie hervorgegangen ist.

3. Die quantitativ-empirische Forschungsphase in Chicago

3.1. Carl Rogers in Chicago

Carl Rogers war von 1945–1957 Professor für Psychologie an der Universität in Chicago. Aus dieser Zeit stammen mehr als 200 empirische Untersuchungen, in denen Rogers und seine Mitarbeiter den wissenschaftlichen Nachweis für die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie im engeren Sinne und des Personzentrierten Ansatzes im weiteren Sinne für die Entwicklung, das Wachstum und die Entfaltung der Persönlichkeit führten. Rogers war der erste Therapieforscher, der durch systematische Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen die Interaktionen zwischen Klienten und Therapeuten einer genauen, empirisch nachvollziehbaren und überprüfbaren wissenschaftlichen Analyse zugänglich machte. Der gigantische Aufwand kann in Anbetracht der damaligen technischen Möglichkeiten (z. B. allein die Herstellung von Schellack-Platten für die therapeutischen Gespräche) heute von uns nur noch erahnt werden. Die Fülle und Breite der empirischen Arbeiten von Rogers und seinen Mitarbeitern wurde später auch durch die Verleihung der höchsten Auszeichnungen der „American Psychological Association" belohnt (Wissenschaftspreis der APA 1956 und für Angewandte Psychologie 1972; siehe dazu auch das Statement von Kriz in diesem Heft). In veröffentlichten Interviews betonte Rogers immer wieder die besondere persönliche Bedeutung dieser Preise, da sie von Wissenschaftlern verliehen wurde, die seinem Ansatz kritisch gegenüber standen.

Das Beratungszentrum der Universität Chicago, begründet von Carl Rogers, bot psychisch verletzten (gestörten) Menschen beraterische bzw. psychotherapeutische Hilfe auf der Basis des Klienten-

zentrierten Ansatzes als Unterstützung für die Bewältigung ihrer Probleme an. Die Reflexion dieser praktisch-therapeutischen Arbeit diente aber auch der wissenschaftlichen Untersuchung der Ergebnisse und Prozesse Klientenzentrierter Psychotherapie und ihrer theoretischen Weiterentwicklung. Vor diesem Hintergrund entwickelte der Staff des Beratungszentrums 1949 unter der Leitung von Rogers ein sehr anspruchsvolles, aufwendiges und über mehr als vier Jahre dauerndes Forschungsprojekt zur empirischen Überprüfung der zentralen Hypothesen der Klientenzentrierten Psychotherapie, die sinngemäß lauteten (genaue Formulierungen siehe Rogers 1954a, 4):

a) Jedes Individuum trägt grundsätzlich die zumindest latente Fähigkeit in sich, die Aspekte von sich und seinem Leben zu verstehen, die Unzufriedenheit, Angst, Schmerz u.ä. verursachen, und die Tendenz, sich in Richtung zu mehr Selbstaktualisierung und zu größerer Reife zu reorganisieren.

b) Diese Fähigkeit wird frei gesetzt und in der Therapie unterstützt, wenn es dem Therapeuten gelingt, ein Klima zu kreieren, das gekennzeichnet ist durch echte Akzeptanz des Klienten als einer Person von bedingungslosem Wert, das sensible Verstehen der subjektiv existierenden Gefühle des Klienten, ohne diese diagnostizieren oder verändern zu wollen, und das kontinuierliche Bemühen, dieses empathische Verständnis dem Klienten zu vermitteln.

c) In einer solchen akzeptierenden, verständnisvollen und nicht bedrohlichen Atmosphäre wird der Klient seine Selbst-Wahrnehmung verändern, wird sich und andere besser verstehen und akzeptieren, in gutem Sinne besser angepasst, mehr selbstbestimmend und autonom, reifer in seinem Verhalten, weniger defensiv und frustrationstoleranter sein.

d) Überträgt man diese Art der therapeutischen Beziehung auf interpersonelle Beziehungen in der Familie zwischen Eltern und Kindern, so wird sich das Kind selbstbestimmter und reifer entwickeln, in der Schule zwischen Lehrern und Schülern, so werden Schüler eher selbstinitiierter und selbstdisziplinierter lernen, in Organisationen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, so werden die Mitarbeiter sich selbstverantwortlicher, kreativer und kooperativer sich mit neuen Problemen auseinandersetzen.

3.2. Die Zielsetzungen des Forschungsprogrammes in Chicago

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Werkes von Sigmund Freud und seiner Beobachtungen aus der therapeutischen Arbeit mit Patienten und den erweiternden Beiträgen von Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan und Fromm sowie der Beiträge von Carl Rogers konstatieren Gordon / Grummon / Rogers / Seeman (1954, 12ff), dass diese Arbeiten im weitesten Sinne das Denken in der Psychotherapie im engeren und das in den Sozialwissenschaften im weiteren Sinne entscheidend beeinflussten, ohne das Vorliegen systematischer empirischer Forschungen bis zu diesem Zeitpunkt. Dieses Fehlen systematischer psychotherapeutischer Forschung begründen Gordon et al. (1954) damit, dass Psychotherapie auf der Basis subtiler Beziehungen ein extrem komplexes Geschehen und scheinbar kontrollierten Studien nicht zugänglich ist. Trotzdem folgte die Forschergruppe der Diktion von Thorndike (bei dem Rogers Psychologie studiert hatte) dass alles, was existiert, in irgendeiner Art Quantität existiert, die gemessen werden kann.

In diesem Kontext entwickelte die Forschergruppe um Rogers im Jahr 1949 ein erstes groß angelegtes empirisches Forschungsdesign mit mehreren zentralen Programmpunkten:

a) die Untersuchung der inneren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung gesetzmäßiger Beziehungen im Therapieprozess, die für die Reorganisation der Persönlichkeit verantwortlich sind;

b) die Untersuchung der äußeren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung von Korrelaten des psychotherapeutischen Prozesses im größeren psychologischen, soziologischen und physiologischen Feld des Individuums;

c) die Relation dieser Befunde zur Persönlichkeitstheorie und zum gegenwärtigen Wissen über Persönlichkeit.

3.3. Die Durchführung der Untersuchung

Vorweg sei gesagt, dass die Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung einen immens hohen wissenschaftlichen Anspruch verfolgte, der auch den heute üblichen wissenschaftlichen Standards entspricht.

Was die Zusammensetzung der Planungs- und der Forschungsgruppe betrifft, so variierte ihre Größe zwischen zwanzig und dreißig Personen, die permanente oder externe Mitarbeiter am Beratungszentrum der Universität waren, darunter neun Dissertanden, vier Habilitanden. Der Kern der Forschungsgruppe bestand aus ca. 10 Personen, von denen sechs bis acht Mitglieder der Universität Chicago waren.

Die Forschergruppe folgte der Sozialphilosophie des Klientenzentrierten Ansatzes entsprechend bei ihren Entscheidungen einem „gruppenzentrierten" Ansatz in der Leitung des Projektes, wobei jedes Gruppenmitglied innerhalb des Projektes möglichst die Aufgaben verfolgen konnte, die persönlich am wichtigsten waren. Dieser Prozess war manchmal ziemlich konfus, konflikthaft und scheinbar ineffizient, doch der Glaube an die Funktionalität und „organismische Weisheit" der Gruppe führte zu einer fundamentalen Entscheidung bezüglich einer theoriegeleiteten Forschung.

Abgeleitet aus dieser grundsätzlichen Entscheidung für eine theoriegeleitete Untersuchung entschloss sich die Forschergruppe für eine „kontrollierte Studie" zur Überprüfung theoretisch begründeter Hypothesen bezüglich relevanter Prozessvariablen, die einen förderlichen therapeutischen Prozess konstituieren bzw. blockieren oder verhindern (Prozessstudien Klientenzentrierter Psychotherapie), und bezüglich erwarteter Persönlichkeitsveränderungen

durch die Therapie (Ergebnisstudien Klientenzentrierter Psychotherapie).

In diesem Kontext mussten zwei grundsätzliche Problemkreise diskutiert werden, das *Kontrollproblem* und das *Kriteriumsproblem*.

Das Problem der Kontrolle wurde nicht nur unter dem Aspekt der theoretisch erwünschten, aber wegen der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes praktisch nicht erreichbaren Vergleichbarkeit zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen diskutiert, sondern vor allem hinsichtlich der adäquaten Kontrolle therapierelevanter Merkmale mittels unterschiedlicher Instrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit Hilfe entsprechender statistischer Verfahren – wie z. B. Kovarianzanalysen zur Auspartialisierung von Unterschieden zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Durch die Diskussion und die Verwendung verschiedener Kontrollen sollte erreicht werden, dass der Effekt von untersuchten Variablen in der Psychotherapie in seinen Auswirkungen auf die Persönlichkeit und das Verhalten isoliert und studiert werden kann.

Das Kriteriumsproblem stellt die Frage nach dem Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie. Kann das Verschwinden eines Symptoms als Erfolg gewertet werden, obgleich das dahinter liegende Problem nicht gelöst ist? Wenn nur eine grundlegende tiefe Persönlichkeitsveränderung als Erfolg gilt, was ist dann die zunehmende Zufriedenheit des Klienten (mit der Problematik sich selbst erfüllender Prophezeiung) oder der bessere Umgang (Bewältigung) mit Problemen. Es gibt keine allgemein akzeptierte Definition von Erfolg, die klar operationalisierbar wäre, sodass Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie durch eine Vielzahl spezifischer Variablen aus der Sicht der Klienten, der Berater und signifikanter Anderer mit unterschiedlichen Verfahren bestimmt werden muss.

3.3.1. Design und Ziele der Untersuchung

Das allgemeine Ziel der Untersuchung, welche Veränderungen im Klienten stattfinden, warum er sich verändert und wie diese beiden Ebenen – Prozess und Ergebnis – zusammen hängen, erforderte ein sehr differenziertes Design, das vom Aufwand (z. B. wurden alle Gespräche auf Platten aufgezeichnet und transkribiert) und vom methodischen Anspruch keinen Vergleich mit heutigen Studien zu scheuen braucht (vgl. Grummon 1954a, 35ff). Ausgangspunkt sollte eine möglichst große Gruppe an Klienten sein, an denen in verschiedenen Projekten eine Anzahl separater Hypothesen getestet werden sollte:

Projekt 1 betraf die Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten mittels der Methode des Q-Sorts[2], wonach 100 selbstbezogene Statements (z. B. „Ich bin ein liebenswerter Mensch", „Ich habe Angst vor großen Unstimmigkeiten mit anderen Menschen" etc.) auf 9 Skalenplätzen (von großer Zustimmung bis extremer Ablehnung mit einer nach der Normalverteilung fest gelegten Häufigkeit pro Skalenpunkt) bezüglich der Einschätzung des Realselbst (S – so bin ich), des Idealselbst (I – so möchte ich sein) und einer ‚durchschnittlichen' (ordinary) Person (O – so schätze ich eine durchschnittliche Person ein) verteilt, korreliert und faktoranalysiert (!) werden. In diesem Projekt wurden spezifische Hypothesen geprüft über die Veränderung in der Wahrnehmung des eigenen Selbst und dem Anderer mittels Differenzen bzw. Korrelationen im sogenannten SIO Q-Sort, z.B. sollte die Korrelation zwischen Real- und Idealselbst im Laufe der Therapie zunehmen, als Ausdruck steigender Kongruenz bzw. Integration unterschiedlicher, mehr oder weniger vereinbarer Persönlichkeitsaspekte.

Projekt 2 prüfte Persönlichkeitsveränderungen mittels Thematischem Apperzeptionstest (TAT) in Richtung verbesserter psychologischer Anpassung, zunehmender sozialer Reife in Beziehungen und größerer Kongruenz zwischen der Selbstwahrnehmung des Klienten und der klinischen Diagnose im TAT durch externe Experten.

Im Zentrum des Projektes 3 standen die Veränderungen in der Einstellung der Klienten gegenüber anderen Personen mittels entsprechender Einstellungsskalen (Self-Other Attitude Scale; S-O Skala), die auch auf die Ethnozentrismus-, Konservativismus- und Faschismus-Skala von Adorno Bezug nahm. Durch die Psychotherapie sollten der Wert anderer Menschen, die Akzeptanz verschiedener Meinungen und demokratische Überzeugungen zunehmen. Zusätzlich entwickelte Gordon für dieses Projekt einen situativen Rollenspieltest, mit Hilfe dessen die Antworten von einzelnen Personen gegenüber anderen in kritischen Situationen erfasst werden sollten.

Projekt 4 thematisierte die Veränderungen in der emotionalen Reife des Verhaltens mittels Selbsteinschätzung des Klienten nach der standardisierten Willoughby Emotional-Maturity Scale (E-M Skala) im Vergleich zum entsprechenden Fremdrating durch zwei von den Klienten benannten Freunden, die zum Zweck der Kontrolle auch noch eine selbstgewählte andere Person beurteilten.

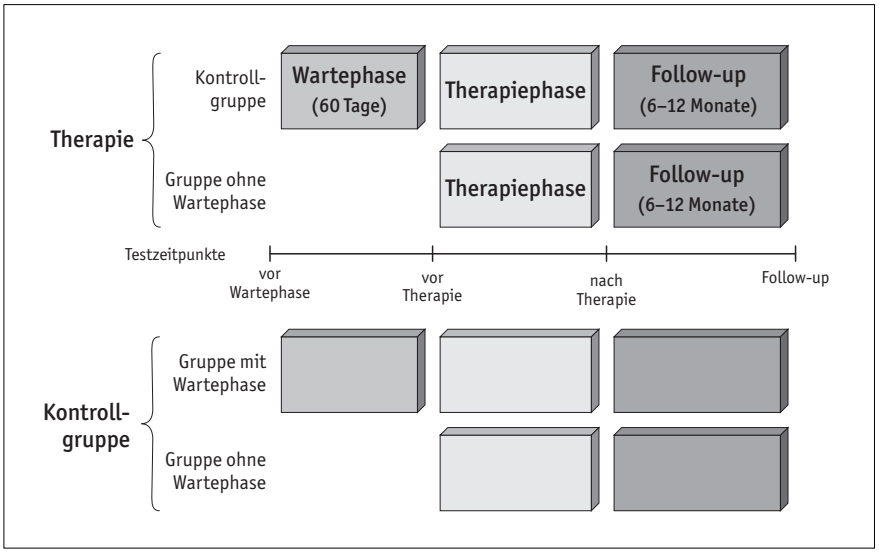
Eine andere Gruppe von Projekten betraf sogenannte Prozessstudien, die Antwort darauf zu geben versuchen, wodurch im Prozess der Klientenzentrierten Psychotherapie eine verbesserte individuelle psychologische Anpassung erreicht wird.

3.3.2. Untersuchungsplan und Stichprobe

Abbildung 1 zeigt die grundsätzliche Einteilung in die Therapiegruppe und die Kontrollgruppe (die während des gesamten Untersuchungszeitraumes an keiner Psychotherapie teilnimmt). Ein Teil der Therapiegruppe ist eine Wartegruppe über zwei Monate bis zum

2 Ein Q-Sort als alternatives Messinstrument zu konventionellen Fragebogentechniken in der Psychotherapieforschung wurde sporadisch bis heute in verschiedenen Studien (aktuell z.B. im Bereich der Bindungsforschung) eingesetzt. Ein Vorteil besteht in der Möglichkeit einer sehr differenzierten und im Vergleich zu strukturierten Fragebögen offenen Form der Erhebung, ein nicht unerheblicher Nachteil in der Länge der Vorgabe und methodischen Schwierigkeiten bei der Auswertung.

Beginn der Therapie, um Persönlichkeits- und motivationale Veränderungen allein durch die Erwartung einer Psychotherapie zu untersuchen, im Vergleich zur Therapiegruppe ohne Wartephase und zur Kontrollgruppe. Katamnestische Untersuchungen im Zeitraum von 6–12 Monaten nach Therapieende sollten die Stabilität der erzielten Veränderungen durch die Klientenzentrierte Psychotherapie analysieren. Insgesamt gab es nach diesem Untersuchungsplan 4 Messzeitpunkte, an denen den Klienten aus der Therapiegruppe und den Teilnehmern der Kontrollgruppe unterschiedliche Verfahren vorgelegt wurden.



Die *Therapiegruppe* wurde zufällig aus dem Sample der erwachsenen Klienten ausgewählt, die um psychotherapeutische Unterstützung am öffentlich zugänglichen Beratungszentrum der Universität Chicago im Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Untersuchung anfragten und bereit waren, freiwillig daran teil zu nehmen (ca. 50 % der Befragten lehnten aus unterschiedlichen Gründen ab). Das Geschlecht der Klienten und das Verhältnis von Studierenden und Nicht-Studierenden sollten gleich verteilt sein.

Insgesamt konnten 29 Personen (11 weiblich, 18 männlich; 16 Studierende, 13 Nicht-Studierende) zwischen 21 und 40 Jahren (mittleres Alter 27 Jahre) – die meisten mit ernsthaften psychischen Störungen (Neurosen bis hin zu Borderline-Störungen), einige mit emotionalen Spannungen und Unsicherheiten – in die Therapiegruppe aufgenommen werden, die nach Meinung der Forschergruppe insgesamt als typisch für das Klientel am Beratungszentrum betrachtet werden konnten. Es gingen schließlich nur solche Klienten in die Therapiegruppe ein, die mindestens sechs oder mehr Therapiesitzungen absolvierten. Eine Einteilung nach differenziellen klinischen Diagnosen erfolgte nicht.

Daneben gab es auch eine *Abbrechergruppe* von insgesamt 25 Klienten, die weniger als 5 Therapiesitzungen absolvierten, unzufrieden mit dem Verlauf der Therapie waren, die ersten Tests machten, manchmal kein weiteres Interview oder den Ort bzw. die Therapierichtung wechselten.

Eine *Kontrollgruppe*, die wirklich vergleichbar ist mit der Therapiegruppe hinsichtlich der wichtigsten Untersuchungsvariablen, ist praktisch unmöglich, sodass die Forschergruppe zwei Wege wählte:

a) Die *Wartegruppe:* Die Hälfte der Therapiegruppe stimmte einer Wartezeit von 2 Monaten vor Beginn der Therapie zu, wobei alle Tests zu Beginn und am Ende der Wartezeit / Beginn der Therapie durchgeführt wurden, um mögliche Persönlichkeitsveränderungen während der Wartezeit mit denen während der Therapie vergleichen zu können bzw. den Einfluss der Motivation für Psychotherapie zu analysieren. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass es unter diesen Klienten der Wartegruppe eine höhere Abbruchquote gab, sodass letztlich weniger als die Hälfte der Therapiegruppe als eigene Kontrollpersonen in der Wartegruppe fungierten.

b) Die *eigentliche Kontrollgruppe* setzte sich aus insgesamt 23 Personen zusammen, die freiwillig an einer „Untersuchung zur Persönlichkeit" teilnahmen, hinsichtlich Geschlecht (12 weiblich, 11 männlich), Alter (zwischen 19 und 44 Jahren, durchschnittlich 27 Jahre), sozioökonomischem Status und im Verhältnis Studierende (N = 12) und Nicht-Studierende (N = 11) mit der Therapiegruppe vergleichbar waren. Sonstige Umwelteinflüsse während der Untersuchungszeit wurden nicht erhoben. Die Hälfte der Kontrollgruppe wurde wie die Therapiegruppe mit Wartezeit an vier Messzeitpunkten untersucht, die andere Hälfte wie die Therapiegruppe ohne Wartezeit zu drei Messzeitpunkten (vgl. Abb.1). Der Kontakt mit den Personen der Kontrollgruppe musste über 1–3 Jahre aufrechterhalten werden.

3.3.3. Auswahl der Therapeuten und Chronologie des Untersuchungsablaufes

Die Kriterien zur Auswahl der Therapeuten – mindestens einjährige Arbeit am Beratungszentrum und 340 therapeutische Sitzungen mit ausreichender Erfahrung bei der Aufzeichnung von Therapiegesprächen – erfüllten 12 Personen (5 waren relativ unerfahren, 6 arbeiteten schon 5–6 Jahre und einer 29 Jahre). 8 Therapeuten betreuten zwischen 3–5 Klienten, 4 Therapeuten 1–2 Klienten im Untersuchungszeitraum. Weitere Merkmale – wie z.B. der Grad der ‚Klienten-zentriertheit' des Therapeuten im Umgang mit dem Klienten – wurden nicht kontrolliert.

Die Chronologie des Untersuchungsablaufes bedurfte einer ausgefeilten Logistik:

1.) Erstes Interview: Informationen über den Ablauf der Untersuchung; Therapiebedarf und -angebot waren aus ethischen Gründen nicht abhängig von der Teilnahme an der Untersuchung; Ergebnisse der begleitenden Untersuchungen wurden dem jeweiligen

Therapeuten nicht mitgeteilt; vertrauliche Behandlung der Gespräche und der Aufzeichnungen; Hinweis auf mögliche Wartezeit.

2.) Vortests der Wartegruppe und der einen Hälfte der Kontrollgruppe (soziobiografische Daten, TAT, SIO Q-Sort, E-M Skala, S-O Skala, situativer Rollenspieltest, Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde auf der E-M Skala) jeweils durch externe Untersucher, die nicht ident mit den Therapeuten waren.

3.) Prätests mit den oben genannten Verfahren am Ende der Wartezeit/vor Beginn der Therapie.

4.) Alle therapeutischen Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert.

5.) Untersuchungen während der Therapie: SIO Q-Sort nach der 7., 20. und jeweils folgenden 20. Sitzung durch den Klienten; nach der 7. Sitzung sortierte auch der Therapeut die Statements wie sie der Klient vermeintlich einschätzte.

6.) Posttests nach Ende der Therapie (bzw. äquivalenter Ablaufzeit für die Kontrollgruppe) wie bei den Prä- bzw. Vortests sowie einem SIO Q-Sort auch durch den Therapeuten.

7.) Therapeutenratings mittels mehrerer Items hinsichtlich der Ergebnisse der Therapie, der Art der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses.

8.) Nachuntersuchung nach 6–12 Monaten nach Ende der Therapie (bzw. nach Ablauf der entsprechenden Zeit für die Kontrollgruppe) mit der bereits genannten Testbatterie.

9.) Follow-up-Interviews zur Bedeutung der Beratungserfahrungen während der letzten Monate bezüglich relevanter Änderungen hinsichtlich eigener Emotionen, des eigenen Verhaltens, der Beziehungen zu Angehörigen und Arbeitskollegen und besonders effektiver/ineffektiver therapeutischer Merkmale.

10.) Follow-up-Fragebogen bezüglich der Einschätzung der Therapie durch den Klienten, signifikanter Lebenserfahrungen nach Ende der Therapie und der Suche nach zusätzlichen Hilfen.

In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig darauf hin zu weisen, dass die externen Untersucher im Forschungsprozess zu den verschiedenen Messzeitpunkten nicht darüber informiert waren, aus welcher Untersuchungsgruppe die jeweilige Person stammte (Therapiegruppe, Wartegruppe oder Kontrollgruppe), um mit Hilfe dieses „Blindversuches" sozial erwünschte Effekte möglichst zu vermeiden.

Bei kritischer Betrachtung dieses Untersuchungsdesigns (vor mehr als 50 Jahren) kann festgehalten werden, dass es auch nach heutigen wissenschaftlichen Gesichtspunkten höchsten Ansprüchen genügt, die nicht nur auf ausgefeilte quasi-experimentelle Methoden und empirisch-statistische Auswertungen zurückgreift, sondern auch auf sehr gründliche und ausführliche, phänomenologisch angelegte Fallstudien.

Etwas problematisch erscheinen die doch relativ kleinen Stichprobengrößen in den einzelnen Untersuchungsgruppen – wer jedoch Langzeituntersuchungen über die Effektivität von Psychotherapie durchgeführt hat, weiß wie schwierig ein solches Unterfangen ist – und aus heutiger Sicht die zu wenig beachtete diagnostische Differenzierung der Klienten im Hinblick auf den Verlauf und das Ergebnis der Psychotherapie.

3.4. Ergebnisse der Untersuchung

Die Fülle der Ergebnisse wurde in insgesamt 16 verschiedenen, sehr ausführlichen Artikeln in diesem Band dargestellt, was hier im Detail nicht möglich ist. Stattdessen wird eine Bündelung der Untersuchungen in ihrem jeweiligen Beitrag zu den oben genannten Projekten und den darin verfolgten Fragestellungen versucht.

3.4.1. Veränderungen in der Selbstwahrnehmung durch Klientenzentrierte Psychotherapie

Die im Projekt 1 aus der Persönlichkeits- und Therapietheorie von Rogers, soweit sie zum damaligen Zeitpunkt schon elaboriert war, abgeleiteten und hypothetisch vermuteten Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Person durch Klientenzentrierte Psychotherapie werden in drei empirischen Untersuchungen von Butler und Haigh (1954), Dymond (1954a) und Rudikoff (1954) differenziert analysiert. Die Arbeit von Seeman (1954) fällt etwas aus dem Rahmen der Fragestellungen dieses Projektes, weil es um Globaleinschätzungen aus der Sicht der Therapeuten geht.

In der Arbeit von Butler und Haigh (1954) geht es im Schwerpunkt um die Veränderungen im Verhältnis zwischen Realselbst und Idealselbst durch Klientenzentrierte Psychotherapie, wobei generell eine Verringerung der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst mittels der beschriebenen Q-Sort Technik erwartet wurde (bzw. eine Erhöhung der Korrelation zwischen diesen Selbstanteilen) und im besonderen Maße bei sogenannten „erfolgreichen" Klienten. Die signifikante Zunahme der mittleren Korrelationen zwischen Realselbst- und Idealselbst-Einschätzungen der Klienten vom Prätest vor Beginn der Therapie ($r = -.01$) zum Posttest am Ende ($r = .34$) und deren Stabilisierung im Nachtest (6–12 Monate nach der Therapie; $r = .31$) bestätigt trotz großer interindividueller Variabilität der Korrelationen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten (z. T. von $r = -.56$ bis $.78$) die erwartete Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie, während die Wartezeit keinen Einfluss darauf nehmen konnte. Die mittleren Zusammenhänge in der Kontrollgruppe waren naturgemäß von Beginn an höher ($r = .58$), da es sich ja nicht um eine klinisch auffällige Gruppe handelte, und sie blieben über den Untersuchungszeitraum stabil ($r = .59$).

Die nach einem externen TAT-Rating und einem einfachen Therapeuten-Rating als übereinstimmend erfolgreich eingeschätzten Klienten bestätigen eine noch stärkere Zunahme der Korrelation ($r = .44$ im Follow-up) bzw. eine noch größere Reduktion der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst.

Eine zusätzliche Differenzierung ergab die Analyse von Dymond (1954a) hinsichtlich der Realselbsteinschätzungen der Klienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Klientenzentrierten Psychotherapie im Vergleich zu einem externen Kriterium einer „psychologisch gut angepassten und integrierten Persönlichkeit" im Q-Sort Rating durch zwei erfahrene Kliniker. Die Ergebnisse zeigen in Mittelwertsvergleichen die erwartet signifikanten positiven Veränderungen der Klienten in Richtung einer zunehmend besseren psychologischen Anpassung zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt des Prätests verschwinden zum Posttest und auch in der Nachuntersuchung. Die Wartezeit hatte wieder keinen Einfluss. Interessant war jedoch ein geschlechtsspezifischer Effekt, wonach sich weibliche Klienten stärker verbesserten als Männer. Leider wurde in der Analyse kein Bezug auf das Geschlecht des Therapeuten genommen.

Die vergleichende Studie von Rudikoff (1954) schließt die Veränderungen der Einschätzungen des Realselbst, des Idealselbst und der „durchschnittlichen Person" (der gesamte SIO Q-Sort) über alle 4 Messzeitpunkte (einschließlich Wartezeit und Nachuntersuchung) der Therapiegruppe ein, wobei einschränkend angefügt werden muss, dass von den insgesamt 25 Klienten nur noch 8 Personen übrig geblieben sind. Trotzdem sind die Befunde bemerkenswert und unterstreichen die vorherigen Ergebnisse, dass während der Wartezeit keine Veränderungen stattfinden, sondern die zunehmende Kongruenz zwischen den verschiedenen Selbstwerteinschätzungen durch die signifikante Verbesserung des Realselbst, eine Annäherung an die „durchschnittliche Person" und eine leichte Reduzierung des überhöhten Idealselbst (obwohl dieses am stabilsten über alle Untersuchungspunkte bleibt) während der Therapie erfolgt und bis zur Nachuntersuchung stabil bleibt. Die Bestätigung der Validität dieser Ergebnisse zeigt sich in der zunehmend besseren Anpassung des Realselbst an die externe Einschätzung einer gut integrierten Persönlichkeit durch erfahrene Kliniker (obiger Anpassungsindex von Dymond 1954a). In der Arbeit von Seeman (1954) geht es um die Beurteilungen des therapeutischen Prozesses durch die Therapeuten in Relation zu den Ergebnissen der Psychotherapie mittels einer von Raskin konzipierten Ratingskala mit insgesamt 10 Items (3 Items zum therapeutischen Prozess, 3 Items zur therapeutischen Beziehung und 4 Items zu globalen Ergebnissen) in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter der Klienten und der Therapiedauer. Dabei zeigen sich durchwegs bedeutsame signifikante Zusammenhänge zwischen den Prozessvariablen und den globalen Einschätzungen von Erfolg / Misserfolg der Therapie. Der Erfolg einer Therapie hängt nicht vom Alter und vom Ausgangsstatus der geschätzten persönlichen Integration des Klienten ab, jedoch von der Therapiedauer (Therapien mit mehr als 20 Sitzungen wurden erfolgreicher eingeschätzt) und vom Geschlecht der Klienten (der eingeschätzte Therapieerfolg war für Frauen höher als für Männer), wobei die Untersuchung leider keine Angaben über das Geschlecht der Therapeuten (vermutlich mehr Männer) macht (siehe auch in der obigen Arbeit von Dymond 1954a), sodass eine wirkliche Beurteilung dieses Bias schwer fällt.

Zusammenfassend bestätigen die Arbeiten zum Projekt 1 auf verschiedene Weise die zunehmende Integration bzw. Kongruenz unterschiedlicher Selbstwertanteile im Sinne von Rogers als nachweislichen Effekt Klientenzentrierter Psychotherapie; sie unterstützen damit auch Horneys psychoanalytisches Konzept einer eher reziproken Beziehung des Realselbst und des Idealselbst als Ausdruck einer Selbstwertminderung bei psychischen Störungen und ihrer Veränderung durch Psychotherapie im Sinne einer verbesserten Selbstanpassung an realistische Ziele im Gegensatz zu einem glorifizierten und überhöhten Idealselbst. Kritisch kann angemerkt werden, dass die signifikanten Veränderungen vor allem weitgehend auf Selbsteinschätzungen der Klienten und Therapeuten beruhen. In den folgenden Untersuchungen wurde vor allem auf externe Änderungsmessungen Wert gelegt, die sich weniger dem Verdacht von Selbstbestätigungen bzw. sich selbst erfüllenden Prophezeiungen aussetzen.

3.4.2. Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie mittels TAT

Bis zum damaligen Zeitpunkt lagen einige Untersuchungen zu Psychotherapieeffekten durch die Therapeuten selbst vor, mit der plausiblen Begründung, dass sie einerseits die nächsten und konstantesten Zeugen des psychotherapeutischen Prozesses sind, andererseits jedoch diese Einschätzungen einer subjektiven Verzerrung unterliegen könnten, sodass auch andere Kriterien durch externe Beurteiler – wie Persönlichkeitstests (MMPI) und projektive Verfahren (z. B. Rorschachtest, TAT) – eingesetzt werden sollten, bis hin zur Überprüfung mit theorieferneren Methoden.

Die Untersuchung von Dymond (1954b) benutzte in sehr ausführlicher Weise die extern erfassten TAT-Maße (in Form eines siebenstufigen Ratings von schwerer Störung an der Grenze zur Psychose bis zu einer „gut integrierten, glücklichen Person" am anderen Ende der Skala) als Veränderungs- und Erfolgsmaße für die therapeutischen Prozesse im Vergleich zum Anpassungsindex mittels Q-Sort an eine „gut integrierte Person" (nach Dymond 1954a) und zur Diskrepanz im Realselbst / Idealselbst Q-Sort der Klienten in Abhängigkeit vom Erfolg bzw. Misserfolg der Therapie aus der Sicht der Therapeuten. Da die externen Untersucher mittels TAT nicht darüber Bescheid wussten, ob die untersuchten Personen Mitglieder der Kontroll- oder der Therapiegruppe waren (bzw. in welchem Stadium der Therapie sich diese befanden), erfüllt diese Studie den Charakter eines Blindversuches. Die Ergebnisse bestätigen einerseits eine signifikante Verbesserung der psychologischen Anpassung im TAT-Rating vom Beginn bis zum Ende der Therapie und darüber hinaus im Follow-up innerhalb der Therapiegruppe, sodass am Ende keine bedeutsamen Unterschiede zur Kontrollgruppe

mehr vorlagen. Ein Beitrag zur Validierung der Befunde ist darin ersichtlich, dass diese im TAT durch externe Beurteiler festgestellten Veränderungen signifikant mit den Einschätzungen des therapeutischen Erfolges durch die Therapeuten korrelieren (r=.40 am Ende der Therapie; r=.49 im Follow-up). Die signifikanten Zusammenhänge der TAT-Ratings mit den Einschätzungen des Therapieerfolges durch den Anpassungsindex und durch die Selbsteinschätzungen der Klienten im SI Q-Sort sind zusätzlich starke Belege für die Veränderungswirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie mittels unterschiedlicher Untersuchungsverfahren.

Die Arbeit von Grummon / John (1954) geht noch einen Schritt weiter und versucht die Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch orientierten TAT-Auswertung mittels 23 verschiedener Skalen über den mentalen Gesundheitsstatus der Klienten im Vergleich zur Kontrollgruppe und unter Berücksichtigung der Wartezeit zu analysieren. Diese sehr aufwendige und elaborierte Studie unterstützt, aber bestätigt nicht die Hypothese, dass die Therapiegruppe signifikante konstruktive Gewinne in Richtung eines besseren Gesundheitsstatus im Vergleich zur Kontrollgruppe macht, wobei aber tendenzielle positive Veränderungen während der Therapiephase und nicht während der Wartezeit passieren. Außerdem zeigt sich eine Tendenz zu größeren Gewinnen bei Klienten, deren mentaler Gesundheitsstatus schon zu Beginn besser eingeschätzt wurde. Interessant erscheint die Tatsache, dass die vor einem psychoanalytischen Hintergrund gewonnenen Erkenntnisse die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie unterstützen, obwohl diese Kriterien nicht mit den bisher genannten und meist verwendeten theorienahen Konzepten korrelieren.

In einer der ursprünglich nicht geplanten „Spezialstudien" von Vargas (1954) bestätigen sich diese Erkenntnisse bezüglich 9 verschiedener Arten der Selbstwahrnehmung während der Therapie und zwei externer, „blind" eingeschätzter TAT Ratings bezüglich der mentalen Gesundheit und der psychosexuellen Entwicklung auf psychoanalytischer Basis bei 10 Klienten, deren Therapie von den Therapeuten als erfolgreich eingestuft worden ist. Auch hier zeigt sich, je näher die Veränderungsmaße an der Klientenzentrierten Theorie orientiert sind, umso besser waren die erwarteten Effekte, während die psychoanalytischen Kriterien zum Teil umgekehrt mit den klientenzentrierten Maßen korrelierten.

3.4.3. Veränderungen in den Einstellungen gegenüber Anderen durch Psychotherapie

Die Studien von Gordon / Cartwright (1954) und Tougas (1954) aus dem Projekt 3 analysieren unter anderem, ob ethnozentristische, autoritaristische Einstellungen und die Akzeptanz des Wertes anderer Menschen und Meinungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie verändert werden können. Der interessante Ansatz eines situativen Rollenspieltests, mit dessen Hilfe die Antworten von Einzelpersonen in kritischen zwischenmenschlichen Situationen erfasst werden sollte und der von Gordon speziell für dieses Projekt entwickelt wurde, ist leider zumindest im Rahmen dieses Projektes nicht ausgewertet worden.

Im Rahmen dieser beiden Studien wurde auch vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorien von Fromm, Horney und Fromm-Reichmann angenommen, dass Personen nach einer erfolgreichen Therapie andere Menschen besser akzeptieren und schätzen lernen. Mittels einer 10 Subskalen umfassenden S-O-Skala (Self-Other-Attitude-Scale), die unter anderem die Faschismus-, Ethnozentrismus und Konservativismus-Skalen von Adorno enthielt, konnte dieser erwartete Effekt in der sehr differenzierten Arbeit von Gordon / Cartwright (1954) nicht nachgewiesen werden. Es zeigte sich nur bei den erfolgreichsten Klienten eine moderate Tendenz zur Liberalisierung ihrer Einstellungen gegenüber anderen Menschen.

Die noch differenziertere Auswertung von Tougas (1954) – zusätzlich im Vergleich zu psychoanalytisch behandelten Personen im Ansatz von Sullivan (N=25) – zeigte, dass ausgeprägter Ethnozentrismus in beiden Therapieformen geradezu ein Indikator für vorhersagbaren Misserfolg ist.

Zusammenfassend betonen die Autoren, dass sich darin eine begrenzte Wirksamkeit verbaler Therapien bei antidemokratischen Grundeinstellungen zeigt und die Frage bleibt, wie es unter diesen Umständen gelingt eine bedeutsame zwischenmenschliche Beziehung herzustellen.

3.4.4. Persönlichkeitsveränderungen durch Therapie im Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen

Im Projekt 4 geht es in der Arbeit von Rogers (1954b) um die zusätzliche Absicherung therapeutischer Effekte durch den Vergleich der Selbstbeurteilung emotionaler und verhaltensmäßiger Reife mittels der Willoughby Emotional-Maturity Scale durch die Klienten und der Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde zu allen vier Messzeitpunkten. Die Annahme, dass Klientenzentrierte Psychotherapie zu einem höheren Grad an emotionaler und verhaltensmäßiger Reife führt und diese Änderung für Klienten und externe Beobachter evident ist, kann in dieser allgemeinen Form nicht aufrecht erhalten werden. Zwar zeigt sich in der Selbsteinschätzung der Klienten ein zunehmend signifikanter Effekt von der Prä-Messung bis zur Nachuntersuchung (die Wartezeit zeigt keine bedeutsamen Veränderungen), aber dieser Befund findet sich nicht durchgängig in der Einschätzung der Freunde. In differenziellen Auswertungen zeigt sich, dass nur bei den durch die Therapeuten als erfolgreich eingeschätzten Klienten (N=13) die Veränderungen in Richtung größerer emotionaler und verhaltensmäßiger Reife in der Selbst- und Fremdbeurteilung durch Freunde übereinstimmen; weniger gilt dieser Befund bei durchschnittlich erfolgreichen Klienten (N = 9) und überhaupt nicht bei wenig erfolgreichen Klienten. Bestätigt wird dieses Ergebnis auch durch signifikante Korrelationen

der Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich der persönlichen Integration der Klienten aus der Sicht der Therapeuten und solcher in der Fremdbeurteilung der Freunde (r=.50 der Prä-Post-Differenzen; r=.67 der Prä-Follow-up-Differenzen!). Darin wird möglicherweise einerseits eine verzerrte Wahrnehmung der Therapieeffekte bei weniger erfolgreichen Klienten angezeigt, andererseits spekuliert Rogers, dass bei den wenig erfolgreichen Klienten die Therapie offensichtlich nicht gut oder lang genug war. Verschlechterungen im Fremdurteil könnten andeuten, dass alle Klienten vor einer Veränderung in Richtung eines reiferen Verhaltens durch eine regressive Phase gehen. Für genauere Erkenntnisse reicht die Befundlage in dieser Untersuchung nicht.

Für erfolgreiche Klientenzentrierte Therapien kann jedoch als erwiesen gelten, dass sie sich nicht nur in inneren, subtilen Persönlichkeitsveränderungen niederschlagen, sondern auch im alltäglichen Verhalten der Klienten, was sowohl von ihren Freunden als auch von erfahrenen Klinikern bestätigt wird.

3.4.5. Persönlichkeitsveränderungen als eine Funktion der Zeit

Damals waren die Zweifel an der Effektivität der Psychotherapie schon ein Thema (besonders vertreten von Eysenck, Denker und Hebb), und in Variationen und differenzierter Form sind sie es auch heute noch oder immer wieder (vgl. Grawe 1995; Grawe / Donati / Bernauer 1993) – bestimmte Themen wiederholen sich in der Wissenschaftsgeschichte je nach den vorherrschenden gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Strömungen. In diesem Untersuchungsprojekt ging es Rogers und Mitarbeitern damals schon darum, nicht Glaubenssätze zu vertreten, sondern wissenschaftliche Beweise für die Klientenzentrierte Psychotherapie zu führen. Dabei geht es meist um die Frage, ob spontane Remissionen stattfinden und als eine Funktion der Zeit betrachtet werden können.

In einer eigenen Analyse von Grummon (1954b) sollte ansatzweise dieser Frage nachgegangen werden, ob allein die Motivation zur Psychotherapie in einem bestimmten Zeitraum konstruktive Veränderungen der Persönlichkeit bewirkt. Abgesehen von der schwer lösbaren Kriteriumsproblematik, was als Veränderung der Persönlichkeit definiert wird (in dieser Studie wurden 7 verschiedene Maße verwendet) und der ebenfalls sehr komplexen Kontrollgruppen-problematik (hier wurde vor allem die Wartegruppe präferiert), zeigten die Ergebnisse, dass es keine empirische Basis für die Hypothese gibt, dass allein die Motivation für Psychotherapie (als Funktion eines zweimonatigen Warteintervalls) eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung bringt. Zerlegt man jedoch die 23 Personen der Wartegruppe in eine „Abbrechergruppe" von N=8 Personen, die weniger als 6 Therapiesitzungen hatten, und 15 Personen mit bis zu 60 Therapiesitzungen, so zeigen sich in den Verbesserungen des Gesundheitsstatus der „Abbrechergruppe" Ansätze zu einer spontanen Remission. Darin zeigt sich, dass einerseits ein Therapieabbruch nicht grundsätzlich als Misserfolg gedeutet werden darf, andererseits müssen neben den Bedingungen, die zu dieser Situation führen, gerade bei solchen Klienten mögliche Persönlichkeitsveränderungen genauer untersucht werden.

Diese Ergebnisse sprechen nicht grundsätzlich gegen die Möglichkeit spontaner Remissionen als Ausdruck positiver Persönlichkeitsentwicklungen. Die Motivation für Veränderung allein ist jedoch offensichtlich keine ausreichende Kraft für spontane Remissionen. Kritisch sei angemerkt, dass der Beobachtungszeitraum relativ kurz, die Stichprobe sehr klein war und keine Unterscheidungen im Hinblick auf den Schweregrad der Störung getroffen wurden, was eine fundierte Aussage schwer macht. Grummon (1954b) folgert daraus, dass Psychotherapie ein sehr komplexes Geschehen ist, und die Fragen nach der Effektivität von Psychotherapie nicht rigoros, sondern nur sehr differenziert beantwortet werden können. Außerdem wissen wir im Falle sogenannter spontaner Remissionen viel zu wenig Bescheid über eventuell veränderte (externe) Bedingungen.

3.4.6. Fallstudien

Im Teil III des Untersuchungsberichtes führt Rogers (1954c; 1954d) zwei ausgezeichnete und sehr ausführliche Beispiele empirischer Einzelfallanalysen einer erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie („Mrs. Oak") und einer nicht erfolgreichen Behandlung („Mr. Bebb") mit einerseits ausgefeilter statistischer Methodik und andererseits phänomenologischer Beschreibung an, die höchsten wissenschaftlichen Standards genügt. Die Darstellungen umfassen alle Erfahrungen und Messungen im psychotherapeutischen Prozess zweier Einzelpersonen.

Im Falle von Mrs. Oak (Rogers 1954c) handelt es sich um eine Hausfrau, Ende dreißig, mit einer als psychosomatisch diagnostizierten Erkrankung und großen Beziehungsproblemen zu ihrem Ehemann und zu ihrer erwachsenen Tochter. Sie fühlte sich sehr schuldig und wollte die Ursachen ihrer Probleme erkunden.

Ohne hier ins Detail zu gehen (insgesamt 48 Sitzungen), imponieren akribisch genaue Korrelationsanalysen über alle Q-Sorts zu den verschiedenen 6 Messzeitpunkten mittels der Selbst-, Fremd-, Therapeuten- und Expertenratings. Illustrierend sei hier nur die zunehmende Interkorrelation zwischen Real- und Idealselbst angeführt (von r=–.21 vor Beginn der Therapie bis zu r=.79 nach der zweiten Nacherhebung).

Im Laufe der Therapie macht die Klientin die Erfahrung („experiencing of self"), dass verleugnete Gefühle langsam ins Bewusstsein „blubbern" und auch als spürbare physiologische Veränderung wahrgenommen wurden. Die Klientin entwickelt zunehmend Selbstverantwortung und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Realität und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Ergebnisse dieser Einzelfallstudie belegen die solide und objektive Evidenz, dass Klientenzentrierte Psychotherapie die Wahrnehmung des Selbst in seinen verschiedenen Anteilen verändert, sowohl oberflächlich als auch in tieferen Strukturen der

Persönlichkeit, begleitet von Veränderungen in den Einstellungen und im Verhalten gegenüber anderen Menschen, wenn die therapeutische Beziehung als förderlich erlebt wird.

Im Falle der Analyse der nicht erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie des Mr. Bebb (Rogers 1954d), mit denselben Methoden wie in der obigen Darstellung der Mrs. Oak, argumentiert Rogers, dass missglückte Therapien selten veröffentlicht werden – gilt auch heute noch –, obwohl sie wahrscheinlich zur Präzisierung der therapeutischen Bemühungen mehr beitragen können als erfolgreiche Therapien. Unklar bleibt in der Darstellung, ob Rogers selbst der Therapeut oder nur der analysierende Forscher des therapeutischen Geschehens war.

Mr. Bebb war ein junger Student ausländischer Herkunft, der auf Anraten eines Freundes Therapie in Anspruch nahm. Mr. Bebb war sehr schüchtern, ängstlich, hatte große Selbstwertprobleme, zeitweilig starkes Herzklopfen ohne medizinischen Befund und hatte manchmal auditive Halluzinationen.

Die ersten 7 Sitzungen nach einer zweimonatigen Wartezeit fanden innerhalb von 31 Tagen statt und waren bis zur 6. Stunde scheinbar Erfolg versprechend. In der sechsten und siebenten Stunde äußerte der Klient vermehrt Bedenken über mögliche psychotische Phänomene, bezeichnete die Therapie als Beweis für seine Unreife, äußerte Zweifel und Angst vor der Unveränderbarkeit seiner Symptome, reduzierte die wöchentlichen Treffen und beendete auf eigenen Wunsch in der neunten Sitzung die Therapie.

Rogers (1954d) versuchte zu prüfen, ob sich Erklärungen für den Misserfolg aus den ersten Interviews und den klinischen Untersuchungsdaten ableiten lassen, um Hypothesen für künftige Studien zu liefern. Auch hier kann nicht auf die Fülle der Informationen und diversen Analysen eingegangen werden. Entscheidend erscheint einerseits die große Angst des Klienten, in der Therapie zunehmend abnorme und nicht akzeptable Aspekte zu entdecken, die ihn von der Therapie weg ziehen, anstatt die Fortschritte zu sehen. Andererseits ortet Rogers in der Analyse hier Fehler oder Schwächen des Therapeuten (er selbst?), nicht unterstützend genug für den Klienten gewesen zu sein – z. B. hat der Therapeut in der 7. Stunde die Entscheidung des Klienten für eine Reduktion der wöchentlichen Sitzungen akzeptiert und damit die eine Seite der Ambivalenzen des Klienten unterstützt und verstärkt. Die Erkenntnis, einerseits die Therapie verlassen zu wollen und andererseits gleichzeitig geliebt und respektiert zu werden, hat eine ängstliche Person wahrscheinlich noch mehr geängstigt.

Am Ende bzw. beim Abbruch der Therapie zeigen die verschiedenen Beraterratings, TAT- und Q-Sort Analysen eine Person nahe am psychischen Zusammenbruch mit einer leichten Verbesserung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Auf Differenzierungen bezüglich der diagnostischen Fremdrepräsentationen im Vergleich zu den Selbst-Repräsentationen kann hier nicht weiter eingegangen werden. Interessant erscheint die Deutung von Rogers (1954d), das Verlassen der Therapie durch Mr. Bebb als Schutz vor zunehmender Angst, als eine Art defensiven Abwehrmechanismus bzw. geradezu paradoxe „Flucht in die Gesundheit".

Zusammenfassend konstatiert Rogers (1954d): Erfolge sind bei zu kurzer Therapiedauer weniger wahrscheinlich,

- je schwerer die Störung, desto schwieriger ist es für den Klienten, die Angst zu überwinden und in der therapeutischen Beziehung zu bleiben;
- wenn der Therapeut nicht alle Aspekte der ausgedrückten Gefühle des Klienten akzeptiert und Gefühle zu sehr betont und anspricht, die der Klient noch nicht ausgedrückt hat, dann wird die Wahrscheinlichkeit eines verfrühten Endes bzw. Abbruchs der Therapie erhöht.

3.5. Bewertung der Studie

Diese umfassende Studie mit fast 80 Personen, die in einem Zeitraum von einigen Monaten bis über 4 Jahre untersucht wurden, mit insgesamt mehr als 1000 aufgezeichneten Therapiestunden, imponiert allein schon durch ihren quantitativen Aufwand.

Eindrucksvoll sind die Belege der Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie mittels sehr differenzierter, unterschiedlicher Verfahren. Der Verdacht sich selbst erfüllender Prophezeiungen positiver Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie durch die am therapeutischen Prozess beteiligten Personen kann durch die Ergebnisse der im Blindversuch ermittelten externen Befundlage eindeutig widerlegt werden. Dieses Untersuchungsdesign gibt der Studie einen besonderen wissenschaftlichen Wert. Auch der Mut, theoriefernere Verfahren einzusetzen, zeugt von der wissenschaftlichen Redlichkeit des Forscherteams. Geradezu modern, und nicht nur seiner Zeit voraus schauend, sind die Analysen der sogenannten Abbrecher bzw. der weniger erfolgreichen Psychotherapien, da besonders diese Prozessverläufe besondere Erkenntnisse zur theoretischen Weiterentwicklung liefern. Die Publikationen nicht erfolgreicher Psychotherapien halten sich auch heute noch in bescheidenen Grenzen und spiegeln sicher nicht den psychotherapeutischen Alltag wider. Dieser Teil der Arbeit von Carl Rogers sollte uns mehr Mut machen, sogenannte nicht oder wenig erfolgreiche Therapien nicht nur in unseren Supervisionen zu reflektieren, sondern im Diskurs der wissenschaftlichen Gemeinschaft.

Die positiven Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten, abgesichert durch die Fremdbeurteilungen der Experten und anderer Personen, sind zweifelsohne eindrucksvoll; die Wartezeit als Motivationsausdruck ist nicht von Bedeutung, dies gilt in besonderer Weise für die als erfolgreich eingeschätzten Klienten. Warum sich andere nur moderat verbessern, unabhängig von der Therapiedauer, bleibt etwas diffus bzw. kann in solchen empirisch-statistischen Analysen mittels relativ kleiner Untersuchungsgruppen nur schwer aufgeklärt werden. Trotzdem muss der differenzielle Ansatz der Forschergruppe im Rahmen ihrer damaligen Möglichkeiten

positiv unterstrichen werden; er förderte auch heute noch interessante Befunde zu Tage, wie z. B. die Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen und den Fremdbeurteilungen der Verhaltensänderungen bei den weniger erfolgreichen Klienten, die selbst dort positive Veränderungen wahrnehmen, wo Freunde Verschlechterungen beurteilen. Die Tatsache, dass Frauen scheinbar von der Therapie mehr profitieren als Männer, kann im Lichte der modernen Gender-Forschung betrachtet werden; interpretationsbedürftig ist dieser Befund in der Studie aber auch deshalb, weil Angaben über das Geschlecht der Therapeuten versäumt wurden. Von der Illusion, ethnozentristische, autoritäre und antidemokratische Einstellungen – als besonders resistente Formen von Vorurteilen – durch Psychotherapie entscheidend verändern zu können, mussten wir uns offensichtlich schon damals verabschieden bzw. müssen die Bedingungen, unter denen auch hier positive Veränderungen erzielt werden können, genauer erforscht werden.

Was die angekündigte Analyse des therapeutischen Prozesses und seiner förderlichen Bedingungen für den Therapieerfolg anlangt, muss festgehalten werden, dass diesbezüglich die Ergebnisse eher mager sind, da in dieser Studie trotz des enormen Aufwandes zu wenig auf die mikroanalytischen Prozesse und die genaue Bedeutung der Grundhaltungen im therapeutischen Geschehen Wert gelegt wurde. So kann auch nicht im Einzelnen genau aufgeklärt werden, warum trotz durchschnittlich signifikanter positiver Veränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie manche Klienten Rückschritte erlebten. In dieser Studie konnte keine präzise Antwort darauf gegeben werden, ob dies an der Persönlichkeit des Klienten, den Einstellungen des Therapeuten, der Art der therapeutischen Beziehung, am Fehlen bestimmter Elemente im therapeutischen Prozess liegt oder am Zusammenwirken verschiedener Faktoren.

Dies soll aber nicht nur als Kritik an einer alles in allem sehr überzeugenden und heute noch Beispiel gebenden Studie gesehen werden, sondern spiegelt die Komplexität des Gegenstandes wider, denn die Realität hängt immer vom Standpunkt des Betrachters ab. In dieser Hinsicht ist diese Studie der Forschergruppe um Carl Rogers heute noch Weg weisend, denn was sie zusammen getragen haben, sind Erkenntnisse und Ergebnisse Klientenzentrierter Psychotherapie aus der Perspektive von sehr vielen verschiedenen Punkten der Betrachtung. Verdienstvoll ist auch der Versuch, diese verschiedenen Wahrnehmungssysteme in Beziehung treten zu lassen, weg von einer zu einfachen Betrachtung der Wirklichkeit.

4. Die „Wisconsin-Periode“

4.1. Carl Rogers in Wisconsin

Seine „Wisconsin-Jahre“ (1957–1963) hat Carl Rogers selbst als die „... schmerz- und qualvollste Episode seines gesamten Berufslebens“ bezeichnet (vgl. Kirschenbaum 1979, 275). In den Jahren zuvor in Chicago hatte er seinen Klientenzentrierten Ansatz weiter ausformuliert und empirisch begründet; er war wohl am Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Laufbahn. Ein Angebot einer Gastprofessur in seiner alten Studienstadt Madison (Wisconsin) nahm er gerne an; insbesondere reizte ihn die dortige Möglichkeit, mit Psychiatern gemeinsam seinen Ansatz weiter zu entwickeln und mit Patienten mit besonders schweren Störungen zu arbeiten. Auch der Wechsel von der Großstadt Chicago in die kleine Universitätsstadt Madison war mit persönlichen Erwartungen verbunden; zumindest diese wurden teilweise erfüllt.

Bereits in den ersten Monaten in Madison gelang es Rogers, die Bewilligung für ein auch aus heutiger Sicht ausgesprochen großes und finanziell gut ausgestattetes Forschungsprojekt, die „Wisconsin-Studie“, zu bekommen. Viele Erwartungen waren mit diesem Projekt verbunden. Nach den langen Jahren der Beschäftigung mit Patienten mit vergleichsweise geringen psychischen Problemen bestand die größte Herausforderung darin, die Klientenzentrierte Psychotherapie an einer Extremgruppe von hospitalisierten Patienten mit besonders schweren Störungen zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Sein Ansatz sollte also unter besonders schweren Bedingungen überprüft werden. Ein persönliches Anliegen Rogers' war auch die Begegnung mit der Psychiatrie, verbunden mit der Hoffnung, dass sein Ansatz auch in diesem Bereich auf hohe Akzeptanz stoßen würde. Die „Wisconsin-Studie“ war zum damaligen Zeitpunkt sicher weltweit das größte und engagierteste Projekt zur Psychotherapieforschung.

Allerdings war dieses Projekt von Anfang an mit großen Problemen verbunden. Die Arbeit mit den Patienten selbst gestaltete sich weit schwieriger als erwartet. Das Projekt wurde extrem anspruchsvoll geplant, bald musste die Forschergruppe erkennen, dass die Planung nicht vollständig realisiert werden konnte. Auch innerhalb des Forscherteams gab es zahlreiche Konflikte und Probleme. Es gelang nicht, eine autonome, selbstgesteuerte, „personzentrierte“ Form der Zusammenarbeit im Team zu entwickeln. Rogers führte dies später darauf zurück, dass er durch zahlreiche Vortragsreisen in diesen Jahren zu wenig Zeit in Wisconsin verbringen konnte.

Die Schwierigkeiten innerhalb des Projektteams, insbesondere ein Konflikt mit einem Teammitglied, waren so groß, dass das Projekt nur mit großen Problemen zu Ende geführt werden konnte. Eine zusätzliche Panne war das Verschwinden des kompletten analysierten Datenmaterials. Mit großem Aufwand mussten sämtliche Interviewanalysen rekonstruiert und neu ausgewertet werden. Rund um die Veröffentlichung, die erst neun Jahre nach dem Projektbeginn erschienen ist (Rogers et al. 1967), entbrannte ein Streit, der auch über Anwälte und Gerichte ausgetragen wurde. Durch die jahrelange Verzögerung wurde die ursprünglich von der Fachwelt neugierig erwartete Studie kaum mehr beachtet. Sie gilt als die am wenigsten bekannte Buchveröffentlichung von Carl Rogers.

Die „Wisconsin-Studie“ war die letzte empirisch-wissenschaftliche Arbeit von Rogers. Als eine direkte Folge dieser Studie ist wohl

seine verstärkte Auseinandersetzung mit der Kongruenz zu werten, die sich auch in den Veröffentlichungen der folgenden Jahre in Kalifornien deutlich erkennen lässt.

4.2. Die Wisconsin-Studie

4.2.1. Die Ausgangslage

Das Wisconsin-Projekt bildet den Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers. Das Forschungsprojekt, vermutlich bis heute eines der bislang umfangreichsten im Bereich der Psychotherapieforschung, stand dabei in der konsequenten Linie der früheren Arbeiten, die sich fundiert mit der psychotherapeutischen Beziehung auseinandergesetzt hatten.

Die ersten dieser Arbeiten wurden bereits in den frühen 50er Jahren durchgeführt. In diesen Studien wurden mittels des Q-Sort, eines Sortierverfahrens, in dem Klienten die Aufgabe hatten, 119 Aussagen, die sich auf ihre Einschätzung der Therapeuten beziehen, in eine bestimme Reihenfolge der Wertigkeit zu bringen, Therapieeffekte untersucht. Die bis heute weit über den Personzentrierten Ansatz hinaus bekannteste Studie aus dieser Zeit wurde von Fiedler (1950b) veröffentlicht, der nachweisen konnte, dass erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Richtungen von den Klienten ähnlicher beurteilt wurden als unerfahrene Therapeuten verschiedener Richtungen. Die Einschätzungen zu den erfahrenen Therapeuten stimmen dabei insbesondere in „personzentrierten" Merkmalsbereichen (Toleranz, Akzeptanz, etc.) überein. In einer weiteren Studie konnte Fiedler ähnliche Übereinstimmungsmuster auch bei Experteneinschätzungen feststellen (Fiedler 1950a). Die beiden weit über den Personzentrierten Ansatz hinaus bekannten Studien von Fiedler und einige Folgeuntersuchungen, die ebenfalls auf der Q-Sort-Technik aufbauten (Bown 1954; Heine 1953), lieferten die Grundlage für zahlreiche Studien in den späten 50er Jahren, in denen die von Rogers formulierten Bedingungen des therapeutischen Prozesses bestätigt wurden. In diesen Arbeiten (am bekanntesten Barrett-Lennard 1959; 1962) wurde das „Relationship Inventory" (RI) entwickelt, ein differenziertes Fragebogeninstrument zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus verschiedenen Perspektiven. Dieses Instrument war auch von zentraler Bedeutung für die Wisconsin-Studie. Inhaltlich versuchen die Forschungsarbeiten der späten 50er Jahre eine detaillierte Beschreibung von Therapieprozessen und die Identifikation prozessualer „Erfolgsfaktoren".

4.2.2. Die Zielsetzungen der Wisconsin-Studie

Carl Rogers umreißt in der Einleitung des Berichts zur Wisconsin-Studie (Rogers et al. 1967) in gewohnt persönlicher Weise die Ziele für das engagierte und umfangreiche Projekt: Er hatte zu diesem Zeitpunkt den Eindruck, dass die meisten wesentlichen Bereiche der Klientenzentrierten Psychotherapie durch zahlreiche Forschungsarbeiten der 40er- und 50er Jahre gut bestätigt waren. Er selber fühlte sich immer als ein „Vorkämpfer" („frontiersman"), der sich immer wieder in neue – und herausfordernde – Gebiete weiterentwickelt hat. Ein Gebiet, das Rogers schon lange interessierte, und in dem er bislang vergleichsweise wenige Erfahrungen sammeln konnte, war die therapeutische Arbeit und Forschung im Bereich von schweren psychischen Störungen. Das Wisconsin-Projekt bot daher insgesamt einen thematisch herausfordernden Rahmen, indem hier erstmals und umfangreich mit psychotischen hospitalisierten Patienten (Diagnosen im Bereich der schizophrenen Störungen) gearbeitet und geforscht werden konnte. Die besondere Herausforderung bestand für Rogers darin, „seinen" im „... Bereich der neurotischen, fehlangepassten, gestörten, ambulatorisch betreuten, aber „funktionierenden" psychotischen, sowie schwer interpersonal gestörten Personen" (ebd. XVII; Übers. C. K.) gut überprüften Ansatz an einer Extremgruppe – im Sinne einer schwersten psychischen Störung – „auszutesten". Besonders interessierte ihn dabei die Frage, ob sein Verständnis einer auf Beziehungen aufbauenden Psychotherapie auch bei dieser Extremgruppe Gültigkeit besaß, was dann als eine weitere Bestätigung für die allgemeine Gültigkeit der von ihm gefundenen Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung betrachtet werden könnte.

Der Wisconsin-Studie wurden folgende allgemeine Fragen zugrunde gelegt:

(1) Welche Verhaltensweisen des Therapeuten sind wirksam, um eine Veränderung im Klienten zu bewirken und diese Veränderung auch zu erhalten?

(2) Welche Verhaltensmerkmale des Klienten charakterisieren den Prozess der Veränderung während der Psychotherapie, und

(3) Was sind die Ergebnisse dieses Prozesses? (Gendlin / Rogers 1967). Diese Fragen führten zu drei exakt formulierten Forschungshypothesen, die im Folgenden im Hinblick auf ihren zentralen Stellenwert im vollen übersetzten Wortlaut dargestellt werden:

- Je größer das Ausmaß ist, indem die therapeutischen Bedingungen in der therapeutischen Beziehung umgesetzt werden können, in umso größerem Ausmaß wird ein therapeutischer Prozess bzw. eine Veränderung im Klienten sichtbar werden.
- Die gleichen Dimensionen der prozessualen Veränderung werden sich im Verhalten von akuten Schizophrenen, von chronischen Schizophrenen, von normalen und von neurotischen Personen finden.
- Ein Therapieprozess wird bei solchen Personen in einem signifikant erhöhten Ausmaß sichtbar werden, denen Therapie auch angeboten wurde, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, der keine Therapie angeboten wurde (paired matched sample Vergleich).

An den Formulierungen dieser Hypothesen wird der hohe Anspruch der Wisconsin-Studie gut erkennbar. Die Studie war als eine grundlegende und umfassende empirische Überprüfung des Personzentrierten Ansatzes an einer extrem schwierigen Gruppe konzipiert.

Eine weitere Erschwernis bestand darin, dass das Mendota State Psychiatric Hospital in Madison damals eine landesweit bekannte „Vorzeigeinstitution" war. Es gab für die Patienten zahlreiche Betreuungsangebote und vergleichsweise günstige Bedingungen. Die Psychotherapie sollte ihre zusätzliche Wirksamkeit daher unter Bedingungen unter Beweis stellen, die für die Behandlung der Patienten den damals besten Wissensstand repräsentierten.

4.2.3. Die Durchführung der Studie

Eine Gruppe von acht erfahrenen Psychotherapeuten, darunter die Autoren der späteren gemeinsamen Veröffentlichung (Carl Rogers, sein Mitarbeiter Eugene Gendlin, und die beiden Doktoranden Donald Kiesler und Charles Truax) waren mit der Planung und vor allem der Durchführung der Studie über einen Zeitraum von mehreren Jahren involviert; dazu kamen noch zahlreiche studentische Mitarbeiter, die mit den umfangreichen qualitativen Analysen der Therapiesequenzen betraut wurden.

Der Studie lag ein komplexer experimenteller Forschungsplan zugrunde. Insgesamt nahmen 48 „Versuchspersonen" an der Studie teil; Es wurden drei „experimentelle" Gruppen (Teilnahme an der Psychotherapie) definiert: Schizophrene mit einem eher chronischen Krankheitsverlauf, Schizophrene mit einem eher akuten Krankheitsverlauf[3] und gesunde Personen. Dem gegenüber standen drei „Kontrollgruppen", mit gleicher Diagnostik, allerdings ohne Psychotherapie. Die sechs Gruppen umfassten je acht Personen, die Zuordnung erfolgte nach einem Zufallsprinzip. Um Störeinflüsse möglichst auszuschalten, wurde die Studie in der Form eines „yoked control" Designs realisiert, was bedeutet, dass jeder Person in einer experimentellen Gruppe eine Person in einer Kontrollgruppe zugeordnet wurde, die in wesentlichen Daten (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) vergleichbar war. Jeder der acht Therapeuten sollte mit drei Patienten arbeiten. Dabei wurde auch darauf geachtet, dass die Zuteilung zu den Therapeuten einerseits zufällig und andererseits kontrolliert – im Sinne einer Gleichverteilung der persönlichen Merkmale – erfolgte. Auch die Diagnostik, insbesondere im Sinne einer methodisch korrekten Klassifizierung der beiden Schizophreniegruppen, erfolgte mit großer Sorgfalt.

Die Studie hatte einen Zeithorizont für die einzelnen Therapieverläufe von bis zu 30 Monaten; Messungen waren jeweils in Abständen von 3 bzw. 6 Monaten bei allen Patienten vorgesehen.

Am Studiendesign wird eine Charakteristik der Studie erkennbar, die sich durch alle Bereiche, bis hin zur Ergebnisdarstellung, erstreckt: Die Wisconsin-Studie zeichnet sich durch einen ungemein hohen theoretischen Anspruch aus, sowohl was die Forschungsfragen, aber insbesondere auch die methodisch korrekte Umsetzung betrifft, der dann in der Praxis der Therapie nicht völlig umgesetzt werden konnte. Die Schwierigkeiten lagen bereits in der Selektion der Personen (es gibt wohl kaum eine schwierigere Stichprobe für Psychotherapieforschung als chronische und dauerhospitalisierte Schizophrene), aber besonders auch in den Ausfällen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg. Letztlich konnte das anspruchsvolle Design nur in Ansätzen realisiert werden, es gab zahlreiche unvollständige Datensätze, die Auswertungsstichprobe war deutlich reduziert.

Ein weiterer Anspruch der Studie lag im Bereich der Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in einem personzentrierten Sinn. Es wurden die in den späten 50er Jahren entwickelten Ratingskalen zur Erfassung prozessualer Merkmale von Psychotherapie überarbeitet und für unterschiedliche Ratingperspektiven (Therapeuteneinschätzung, Klienteneinschätzung und Fremdbeobachtung) nutzbar gemacht. Zu den bis heute bekannten Skalen, die verwendet wurden, gehören z. B. die Truax Rating Scales (Truax 1961) zur Erfassung von „accurate empathy" und „unconditional positive regard", ein Instrument von Kiesler zur Messung von Kongruenz und die „Prozessskalen" von Carl Rogers (1958); weiters kamen eine neu entwickelte „Experiencing-Skala" von Eugene Gendlin (vgl. Klein / Mathieu-Coughlan / Kiesler 1986) sowie ebenfalls neu entwickelte Skalen zur Erfassung von Beziehungsqualität, von personalen Konstrukten und zum Problemausdruck zum Einsatz.

Bemerkenswert und sicher bis heute aktuell ist die Form der therapeutischen Prozesserfassung: Neben den (konventionellen) Selbsteinschätzungen durch Klienten und Therapeuten wurden sorgfältig konzipierte Fremdratings durchgeführt. Eine innovatives Merkmal der Wisconsin-Studie ist dabei, dass hier nicht vollständige Therapiesequenzen, sondern – im Sinne einer konsequenten methodischen Umsetzung eines phänomenologischen Forschungsansatzes – jeweils definierte kurze Ausschnitte (in der maximalen Länge einiger Minuten) analysiert wurden. Die hohe methodische Sorgfalt zeigt sich auch bei der Konzeption der Fremdratings, wo hohes Augenmerk auf die Ausbildung der Rater und vor allem auf die Übereinstimmung zwischen den Ratern gelegt wurde. Es wurden nicht therapeutisch gebildete Rater herangezogen und ausgebildet, um mögliche Verzerrungen in den Ratings durch therapeutische Vorerfahrungen auszuschließen. Insgesamt wurden mehr als 3000 Therapiesegmente jeweils von mehreren Ratern analysiert.

Neben den verschiedenen methodischen Ansätzen zur Erfassung des therapeutischen Prozesses kamen auch konventionelle Fragebögen (z. B. der z. T. bis heute noch verwendete MMPI) sowie diverse objektivierte Erfassungen des Therapieerfolgs zum Einsatz.

In personzentrierter Tradition findet sich im Forschungsbericht auch ein von Rogers geschriebener Abschnitt über die „menschliche Seite" des Projekts und den persönlichen Erfahrungen des Forscherteams (Rogers 1967b): Darin beschreibt Rogers sehr einfühlsam die Sichtweise der Patienten im Forschungsprojekt, die oft erstmals eine Erfahrung von Psychotherapie machten und durch die Vielzahl

3 Als eher akut wurden Patienten mit einer Hospitalisierung bis zu sechs Monaten, als eher chronisch solche mit längeren Hospitalisierungszeiten definiert.

der Fragebögen zusätzlich sehr gefordert wurden. Das Projekt war auch für die Therapeuten eine ganz besondere Herausforderung, da sie mit einer extrem schwierigen Klientenpopulation konfrontiert waren, die meist – auch für die erfahrenen Therapeuten – nicht nur eine völlig neuartige, sondern auch eine sehr intensive, persönlich sehr fordernde und langdauernde Erfahrung bedeutete.

4.2.4. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen

An erster Stelle ist festzuhalten, dass die Studie zwar zahlreiche interessante und bis heute bedeutsame Teilergebnisse erbracht hatte, aber insgesamt einen Großteil der hochgesteckten Erwartungen – im Sinne einer klaren Bestätigung der Forschungshypothesen – nicht erfüllt hat.

Als vielleicht wichtigster „Befund" in einem methodischen Sinne ist die Tatsache zu erwähnen, dass der methodische Ansatz konsequent und erfolgreich umgesetzt werden konnte. Insbesondere hat die Studie gezeigt, dass eine prozessuale Erfassung therapeutischer Prozesse auf eine ökonomische und prozessgerechte Art in der Form möglich ist, dass relativ kurze Ausschnitte eines Therapieprozesses genau analysiert werden können und es so auf eine verlässliche Art möglich ist, den gesamten Prozess zu bewerten. Dies wurde durch zahlreiche methodische Überprüfungen (Vergleich der Analysen unterschiedlicher Therapiesequenzen, Vergleich der Auswahlmethoden dieser Sequenzen, Übereinstimmungen der Rater etc.) nachgewiesen. Es konnte also der Nachweis erbracht werden – vielleicht sogar in einer Weise und Deutlichkeit wie in keiner anderen personzentrierten Therapieforschungsarbeit – dass es möglich ist, die therapeutische Praxis und Umsetzung eines phänomenologisch verankerten Beziehungsmodells fundiert und vor allem adäquat wissenschaftlich zu überprüfen.

Die Haupthypothese der Studie (Hypothese 1) konnte allerdings nicht bestätigt werden. Dies bedeutet, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Verwirklichung der Basisvariablen in der therapeutischen Beziehung und der Qualität des therapeutischen Prozesses nachgewiesen werden konnte. Es gibt vermutlich zahlreiche Ursachen für dieses unerwartete Ergebnis. Nachträglich betrachtet war es wohl ein „Planungsfehler", dass im Studiendesign eine *kausale* Überprüfung der Hypothese gar nicht vorgesehen war. Die Analysen zu den Beziehungen innerhalb des Therapieprozesses konnten aus methodischen Gründen ja nur korrelativ durchgeführt werden. Eine interessante inhaltliche Überlegung findet sich im Forschungsbericht in einem kritisch reflektierenden Abschnitt der Ergebnisdarstellung (Kiesler / Mathieu / Klein 1967). Die Autoren weisen darauf hin, dass eine „objektivierte" Analyse der Verwirklichung der Therapeutenvariablen gar nicht möglich ist, da sogar eine „objektive" Fremdanalyse eines Therapieprozesses Merkmale wie z. B. die Kongruenz immer auf der Grundlage einer Interaktion beurteilen muss. So ausgelegt, entstehen die therapeutischen Bedingungen im therapeutischen Prozess, also auch unter Beteiligung des Klienten, und sind daher nicht unabhängig von der Entwicklung des therapeutischen Prozesses. Insbesondere motivationale Aspekte (hohe Therapeuten– bzw. Klientenmotivation) dürften sich auf die therapeutischen Haltungen auswirken. Hier erwies sich auch die Patientenpopulation – schwere psychische Erkrankungen, verbunden oft mit nur sehr geringer Therapiemotivation – als ein zusätzliches Hindernis.

Daneben zeigten sich auch in der Wisconsin-Studie bereits damals bekannte Probleme bei der Erfassung der therapeutischen Grundhaltungen (vgl. Mitchell / Bozarth / Kraufft 1977); während bei der Empathie sehr gute Übereinstimmungen zwischen den Ratern verzeichnet wurden, waren diese bei der Beurteilung von Akzeptanz und insbesondere von Kongruenz verringert.

Was die Wertigkeit der Basishaltungen betrifft, kann aus der Studie abgeleitet werden, dass besonders Empathie und Kongruenz – jeweils aus der Wahrnehmung der Klienten – mit einem günstigen Therapieprozess einhergehen, wobei zwischen diesen beiden Basishaltungen in den Messungen hohe Korrelationen gefunden wurden. Der empirische Nachweis der Beziehung zwischen den Basisvariablen und dem Therapieprozess ist vermutlich – trotz aller methodischen Einschränkungen – das Hauptergebnis der Wisconsin-Studie.

Ein besonders bemerkenswerter und durchaus kritischer Befund bestand darin, dass es zwischen den Therapeuteneinschätzungen und den externen Prozessbeurteilungen zu signifikanten negativen Korrelationen kam. Besonders „überschätzt" haben die Therapeuten ihre eigene Verwirklichung des Beziehungsangebots bei den Therapien, die keinen bzw. nur einen sehr geringen Therapieerfolg aufwiesen. Die Klienteneinschätzungen stimmten hingegen relativ gut mit den externen Prozessbeurteilungen überein, was aufgrund des schwierigen Klientels besonders bemerkenswert erscheint. Die Studie kann daher zumindest in gewisser Weise als Bestätigung dafür aufgefasst werden, dass ein therapeutischer Prozess dort zu beobachten ist, wo das Therapieangebot nicht nur vorhanden, also vom Therapeuten realisiert, sondern vom Klienten auch wahrgenommen wird.

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten konnte auch die zweite Hypothese letztlich nur in Ansätzen bestätigt werden. Es gab zwar – schon methodisch bedingt – Hinweise auf die Vergleichbarkeit der Prozesse bei „normalen" Personen und solchen mit schweren psychischen Erkrankungen, kausal konnte die Hypothese jedoch nicht beantwortet werden.

Die dritte Hypothese fand zumindest in Ansätzen eine Bestätigung. Es gab Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Verwirklichung eines therapeutischen Prozesses einen positiven Effekt auf die Verringerung von Symptomen und auf die Verkürzung des Spitalsaufenthaltes hat. Streng genommen sind diese Befunde jedoch nur als Hinweise und nicht als kausale Zusammenhänge zu werten, da nur vereinzelt signifikante Beziehungen nachgewiesen werden konnten.

Ein signifikanter Effekt der psychotherapeutischen Behandlung auf die Patienten mit chronischer bzw. akuter Schizophrenie

konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden: Es fanden sich sowohl in der „Therapiegruppe" als auch in der „Kontrollgruppe" positive und signifikante Veränderungen über den Beobachtungszeitraum und keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Autoren begründen dies damit, dass an der Mendota-Klinik in Madison, an der diese Studie durchgeführt wurde, insgesamt relativ günstige Betreuungsbedingungen vorhanden waren und daher auch Patienten ohne Psychotherapie von diesem Betreuungsangebot profitierten.

4.2.5. Bewertung der Studie

Die Wisconsin-Studie war ein engagiertes und mutiges Großprojekt der Psychotherapieforschung. Es ist aus heutiger Sicht nicht verwunderlich, dass nicht alle Hypothesen im Sinne der ursprünglichen Erwartung bestätigt werden konnten. Zu hoch war die Erwartung bezüglich der Möglichkeiten der Psychotherapie bei einem derartig schwierigen Klientel insgesamt, zu hoch auch der Realisierungsanspruch der Studie. Trotz aller Schwierigkeiten konnten jedoch zahlreiche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie gewonnen werden.

Aus methodologischer und methodischer Sicht sind zahlreiche kritische Punkte an dieser Studie anzumerken. Insbesondere steht die relativ kleine Fallzahl in einem sehr problematischen Verhältnis mit der Anzahl an gemessenen Variablen. Dies bedeutet einerseits, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße in einigen Fällen keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden, obwohl vielleicht sogar ein Trend in der richtigen Richtung zu beobachten gewesen wäre, und andererseits – und dies ist als weitaus schwerwiegender zu beurteilen –, dass mit „zufälligen", also unrichtig signifikanten Ergebnissen zu rechnen ist.

Die methodischen Probleme bei der Prozesserfassung und bei der Erfassung der Basisvariablen sind einem phänomenologischen Ansatz immanent. In diesen Bereichen kann die Studie als eine wichtige Lernerfahrung gewertet werden. Interessant erscheinen hier die Überlegungen von Kiesler / Mathieu / Klein im Forschungsbericht (1967), welche die lineare Studienlogik kritisch reflektieren und ein systemisches Denken hinsichtlich der Beziehungen der Basisvariablen (auch untereinander) und dem therapeutischen Prozess einfordern.

Der Forschungsbericht zur Studie bringt durch seinen Umfang und durch seine Heterogenität die Komplexität und Schwierigkeiten zum Ausdruck. Er ist insgesamt eine beeindruckende und in vielen Bereichen auch heute noch aktuelle Veröffentlichung. Unschön in diesem Bericht fällt allerdings auf, dass Rogers selbst in seiner Zusammenfassung der Ergebnisse (Rogers 1967a) eine ausgesprochen positiv verzerrte Darstellung der Befundlage gibt. Demgegenüber steht die weitaus differenziertere und methodisch fundiertere Ergebniseinschätzung von Kiesler et al. (1967). Die überzogene Ergebnisdarstellung von Rogers wurde auch von anderen personzentrierten Autoren als problematisch erkannt (Barrett-Lennard 1998; Mitchell et al. 1977).

Die bekannteste, auch von Rogers selbst abgeleitete, Erkenntnis aus der Wisconsin-Studie ist die neue Einschätzung der Kongruenz als wichtigste der drei Basishaltungen. Historisch betrachtet fällt auf, dass Rogers in allen Veröffentlichungen und Interviews nach dem Wisconsin-Projekt auf die besondere Bedeutung der Kongruenz hinweist.

Aus den Daten der Wisconsin-Studie ist die Neueinschätzung der Bedeutung der Kongruenz streng genommen nicht ableitbar. Es finden sich zwar einige Hinweise in diese Richtung, z. B. die gefundenen Beziehungen von Empathie und Kongruenz aus der Klientensicht mit der Entwicklung des therapeutischen Prozesses, aber kein kausaler, methodisch gut abgesicherter Befund in der dargestellten Richtung. Trotzdem scheint die veränderte Haltung von Rogers nach der Wisconsin-Studie nachvollziehbar und letztlich auch empirisch zumindest in Ansätzen verankert, ist sie doch, ganz in seinem Verständnis, eine erfahrungsbezogene Entwicklung, die nicht nur die empirischen Hinweise aus den Daten, sondern (und vor allem) auch die persönlichen Erfahrungen in diesem Projekt zum Ausdruck bringt.

Vieles an der Wisconsin-Studie ist auch aus heutiger Sicht noch als modern und aktuell zu beurteilen. Sie war ein typischer und damit auch heute noch aktueller Multimethodenansatz, in dem Therapeuteneinschätzungen, Klienteneinschätzungen, Fremdbeobachtungen, Fragebogendaten und objektive Erfolgsdaten auf eine konsequente Weise miteinander in Bezug gesetzt wurden. Auch der Prozessforschungsansatz ist aus heutiger Sicht sehr modern. Besonders interessant erscheinen hier der konsequent hermeneutisch-phänomenologische Ansatz der selektiven Auswahl von relativ kurzen Therapiesequenzen und die Kombination aus Therapeuten-, Klienten- und Fremdeinschätzungen. Es wäre hoch an der Zeit, dass innerhalb des Personzentrierten Ansatzes derartige Weg weisende und innovative Forschungsprojekte wieder vermehrt durchgeführt werden.

5. Resümee

Starke Eindrücke der Auseinandersetzung mit den Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern sind vor allem die hohe Kreativität und Sorgfalt, mit der diese Arbeiten geplant und durchgeführt wurden. Noch bemerkenswerter erscheint, wie aktuell die Fragestellungen und Forschungsansätze auch nach mehr als einem halben Jahrhundert empirischer Psychotherapieforschung erscheinen.

In der gesamthaften Betrachtung wird ein konsequentes und vor allem konsistentes Forschungsprogramm erkennbar, das in Form und Umfang wohl einzigartig ist:

In der ersten Phase der Forschung - noch angelehnt an die so genannte non-direktive Phase - wurde ein mikroskopischer Blick auf

den Therapieprozess geworfen. Mit Konsequenz und methodischer Sorgfalt wurden Gesetzmäßigkeiten des Prozesses erkannt und beschrieben. Diese Befunde lieferten die Grundlage für die zweite Phase der Forschung, in der besonders Effektivität und Effizienz der therapeutischen Arbeit untersucht wurde. Gerade in diesem Zusammenhang fällt die Besonderheit des Forschungsansatzes von Carl Rogers auf, einerseits dem empirisch-naturwissenschaftlichen Ansatz verpflichtet, andererseits – vor allem nach dieser Forschungsperiode und in seinen späten Werken – das phänomenologisch-existenzielle Paradigma betonend. Die Gründe sind nicht mehr ganz auszuloten, könnten jedoch darin zu sehen sein, dass Rogers in seiner Weitsicht und durch die Begegnungen mit anderen namhaften Wissenschaftlern (z. B. Martin Buber) verstanden hat, dass Erkenntnisse über das menschliche Erleben und Verhalten im Allgemeinen und im Rahmen therapeutischer Bemühungen nicht nur durch die einseitige Betonung eines Paradigmas zu gewinnen sind, sondern durch die Nutzung verschiedener Ansätze und entsprechender Paradigmenanreicherungen.

Mit Sicherheit begründen sich darin auch unterschiedliche Auffassungen über den Personzentrierten Ansatz zwischen verschiedenen Richtungen dieses Ansatzes.

Nachdem die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bestätigt war, versuchten Rogers und seine Mitarbeiter einerseits die Grenzen des Ansatzes auszuloten und andererseits ein vertieftes Verständnis über die Wirkmechanismen zu erlangen. Hier stießen sie auf Schwierigkeiten und Grenzen, die aus heutiger Sicht nicht unerwartet waren. Insbesondere die Arbeiten von Prouty (z. B. 1990) über die so genannte „Prätherapie" im Umgang mit Menschen in psychotischen Lebenssituationen zeigten die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes von Rogers.

Carl Rogers hat sich nach der Wisconsinstudie von der statistisch-empirischen Psychotherapieforschung völlig entfernt. In den rund 40 Jahren seit dieser Studie wurden zwar zahlreiche weitere Untersuchungen im Umfeld der Personzentrierten Psychotherapie durchgeführt. Die meisten dieser Arbeiten sind jedoch Einzelbeiträge, die nicht in der großen Tradition der Psychotherapieforschung von Carl Rogers stehen. Im Vergleich zur Therapiepraxis und zur theoretischen Entwicklung ist insgesamt ein „Forschungsdefizit" in der Personzentrierten Psychotherapie zu festzustellen. Anregend und für die Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes besonders interessant wäre der wissenschaftliche Diskurs über nicht erfolgreiche oder abgebrochene Therapien, für den uns Rogers und seine Mitarbeiter Mut gemacht haben. Denn gerade die nicht gelingenden oder gelungenen therapeutischen Prozesse zwingen uns zur vertieften Reflexion des professionellen Handelns.

Wir sehen dies als Auftrag und Vermächtnis von Carl Rogers, wenn diese umfassende und vorbildliche Forschungstradition konsequent aufgegriffen und kreativ weitergeführt würde.

Literatur:

Barrett-Lennard, Godfrey T. (1959), Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change, Chicago (University of Chicago)

Barrett-Lennard, Godfrey T. (1962), Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change, in: Psychological Monographs 76, 562

Barrett-Lennard, Godfrey T. (1998), Carl Rogers' helping system. Journey and substance, London (Sage)

Bown, Oliver H. (1954), An investigation of therapeutic relationship in client-centered psychotherapy, Chicago (University of Chicago)

Butler, John M. / Haigh, Gerard V. (1954), Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling in, Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 55–75

Carr, Arthur C. (1949), An evaluation of nine nondirective psychotherapy cases by means of the Rorschach, in: Journal of Consulting Psychology 13, 196–205

Dymond, Rosalind F. (1954a), Adjustment changes over therapy from self-sorts, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 76–84

Dymond, Rosalind F. (1954b), Adjustment changes over therapy from Thematic Apperception Test ratings, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 109–120

Fiedler, Fred E. (1950a), A comparison of the therapeutic relationship in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy, in: Journal of Consulting Psychology 14, 436–445

Fiedler, Fred E. (1950b), The concept of an ideal therapeutic relationship, in: Journal of Consulting Psychology 14, 239–245

Gendlin, Eugene T. (1961), Initiating psychotherapy with 'unmotivated' patients, in: The Psychiatric Quarterly 34, 1, 1–6

Gendlin, Eugene T. / Rogers, Carl R. (1967), The conceptual context, in: Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (Eds.), The therapeutic relationship and its impact, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 3–22

Gordon, Thomas / Grummon, Donald L. / Rogers, Carl R. / Seeman, Julius (1954), Developing a program of research in psychotherapy, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 12–34

Gordon, Thomas / Cartwright, Desmond S. (1954), The effect of psychotherapy upon certain attitudes towards others, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 1954, 145–166

Grawe, Klaus (1995), Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie, in: Psychotherapeut 40, 130–145

Grawe, Klaus (1998), Psychologische Therapie, Göttingen (Hogrefe)

Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike (1993), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)

Groddeck, Norbert (2002), Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie, Darmstadt (Primus)

Grummon, Donald L. (1954a), Design, procedures, and the subjects for the first block, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52

Grummon, Donald L. (1954b), Personality changes as a function of time in persons motivated for therapy, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 238–255

Grummon, Donald L., / John, Eve S. (1954), Changes over Client-Centered Therapy evaluated on psychoanalytically based Thematic Apperception Test scales, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52

Haigh, Gerard V. (1949), Defensive behavior in client-centered therapy, in: Journal of Consulting Psychology 13, 181–189

Heine, R. W. (1953), A comparison of patients' reports on psychotherapeutic experience with psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapists, in: Psychotherapy 7, 16–23

Hogan, Richard A. (1948), The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship, Unpublished Ph.D. thesis (University of Chicago)

Hoffman, Edward A. (1949), A study of reported behavior changes in counseling, in: Journal of Consulting Psychology 13, 190–195

Kiesler, Donald J. / Mathieu, Phillipa L., / Klein, Marjorie H. (1967), A summary of the issues and conclusions, in: Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (Eds.), The therapeutic relationship and its impact, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 295–311

Kirschenbaum, Howard (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Delacorte)

Klein, Marjorie H. / Mathieu-Coughlan, Phillipa L. / Kiesler, Donald J. (1986), The experiencing scales, in: Greenberg, Leslie S. / Pinsof, William M. (Eds.), The psychotherapeutic process: A research handbook, New York (Guilford Press) 21–71

Klopfer, Bruno / Kelley, Douglas M. (1942), The Rorschach technique, New York (World Books)

Mitchell, Kevin M. / Bozarth, Jerold D. / Kraufft, Conrad C. (1977), A reappraisal of the therapeutic effectiveness on accurate empathy, nonpossessive warmth and genuineness, in: Gurman, Andrew M. / Razin, Alan S. (Eds.), Effective psychology: A handbook of research, Oxford (Pergamon) 482–502

Muench, George A. (1947), An evaluation of nondirective psychotherapy by means of the Rorschach and other indices, in: Applied Psychology Monographs 13, 1–163

Prouty, Garry F. (1990), Pre-therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, Germain / Rombauts, Jan / Van Balen, Richard (Eds), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties, Leuven (University Press) 645–658

Raskin, Nathaniel J. (1949a), The development of the „parallel studies" project, in: Journal of Consulting Psychology 13, 154–156

Raskin, Nathaniel J. (1949b), An analysis of six parallel studies of the therapeutic process, in: Journal of Consulting Psychology 13, 206–220

Rogers, Carl R. (1942), Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler) 1972

Rogers, Carl R. (1949), A coordinated research in psychotherapy. A nonobjective introduction, in: Journal of Consulting Psychology 13, 149–153

Rogers, Carl R. (1954a), Introduction, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 3–11

Rogers, Carl R. (1954b), Changes in the maturity of behavior as related to therapy, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 215–237

Rogers, Carl R. (1954c), The case of Mrs Oak: A research analysis, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 259–348

Rogers, Carl R. (1954d), The case of Mr. Bebb: The analysis of a failure case, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 349–409

Rogers, Carl R. (1954e), An overview of the research and some questions for the future, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 413–434

Rogers, Carl R. (1958), A process conception of psychotherapy, in: American Psychologist 13, 142–149

Rogers, Carl R. (1967a), The findings in brief, in: Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (Eds.), The therapeutic relationship and its impact, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 73–96

Rogers, Carl R. (1967b), The human side of the research, in: Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (Eds.), The therapeutic relationship and its impact, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 63–72

Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), (1954), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press)

Rogers, Carl R. / Gendlin, Eugene T. / Kiesler, Donald J. / Truax, Charles B. (1967), The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics, Madison, WI (University of Wisconsin Press)

Rudikoff, Esselyn C. (1954), A comparative study of the changes in the concepts of the self, the ordinary person, and the ideal in eight cases, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 85–98

Seeman, Julius (1949), A study of the process on nondirective psychotherapy, in: Journal of Consulting Psychology 13, 157–168

Seeman, Julius (1954), Counselor judgements of therapeutic process and outcome, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 99–108

Sheerer, Elisabeth T. (1949), A analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases, in: Journal of Consulting Psychology 13, 169–175

Snyder, William U. (1945), An investigation of the nature of nondirective psychotherapy, in: Journal of General Psychology 33, 193–223

Snyder, William U. (1947), Casebook of non-directive counseling, Boston (Houghton Mifflin)

Stock, Dorothy (1949), An investigation into the relationships between the self concept and feelings directed toward other persons and groups, in: Journal of Consulting Psychology 13, 176–180

Tougas, Rolland R. (1954), Ethnocentrism as a limiting factor in verbal therapy, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 196–214

Truax, Charles B. (1961), The process of group psychotherapy: Relationships between hypothesized therapeutic conditions and intrapersonal exploration, in: Psychological Monographs 75

Vargas, Manuel J. (1954), Changes in self-awareness during Client-Centered Therapy, in: Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (Eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach, Chicago (The University of Chicago Press) 145–166

Zundel, Edith (1987), Carl Rogers: Humanistische Psychologie, in: Zundel, Edith / Zundel, Rolf (Hg.), Leitfiguren der neueren Psychotherapie, München (Kösel) 49–65

AutorInnen:

Christian Korunka, 1959, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits-Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS.

Nora Nemeskeri, 1955, Dr. phil, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin der Sektion Forum der APG, langjährige klinische Tätigkeit in den Bereichen Gynäkologie und Urologie, Wien.

Joachim Sauer, 1944, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Salzburg (Arbeitsschwerpunkte: Sozialpsychologie, Pädagogische Psychologie, Klinische Psychologie), Klientenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Ausbilder in der ÖGwG.

Korrespondenzadressen:

A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie, Universität Wien
Liebiggasse 5
A–1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univi.ac.at

Dr. Nora Nemeskeri
Annagasse 2
A–1010 Wien
E-Mail: n.nemeskeri@aon.at

A. Univ. Prof. Dr. Joachim Sauer
Institut für Psychologie, Universität Salzburg
Hellbrunnerstraße 34
A–5020 Salzburg
E-Mail: joachim.sauer@sbg.ac.at

Person 2 (2001) *98–102*

Anna Auckenthaler

Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie[1]

Zusammenfassung: *Der zunehmenden Ausgrenzung der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie wird die implizite Anerkennung gesprächspsychotherapeutischer Annahmen und Prinzipien im gegenwärtigen Psychotherapieverständnis gegenübergestellt.*

Stichwörter: *Klinische Psychologie, Psychotherapieforschung, Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie*

Résumé: ***La psychothérapie sur fond de développements récents en matière de psychologie clinique et de psychothérapie*** *– A la mise à l'écart croissante de la psychothérapie centrée sur la personne dans les manuels de psychologie et de psychothérapie cliniques est opposée la reconnaissance implicite des hypothèses et des principes de la psychothérapie centrée sur la personne dans la compréhension actuelle de la psychothérapie.*

Mots clés: *psychologie clinique, recherches en psychothérapie, effets supposés de la psychothérapie centrée sur la personne*

1. Einleitung

Wer neuere Literatur zur Klinischen Psychologie und zur Psychotherapie aus der Perspektive einer Gesprächspsychotherapeutin oder eines Gesprächspsychotherapeuten liest, wird einerseits Belege für eine zunehmende Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie finden, kann andererseits aber auch den Eindruck gewinnen, dass die Gesprächspsychotherapie noch nie so anerkannt war wie gerade jetzt. Während die Distanzierung fast immer offen erfolgt, bleibt die Anerkennung häufig implizit, und es ist oft auch nicht erkennbar, ob sie dem Ansatz vorenthalten wird, weil man sie ihm nicht *gönnt* oder weil man ihn zu wenig *kennt*.

Im Folgenden werde ich zunächst Belege für den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der (akademischen) Klinischen Psychologie bringen und versuchen, diesen Ausschluss in den Kontext gegenwärtiger Strömungen in der Klinischen Psychologie einzubetten. Das allmähliche Verschwinden der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie wird hier als logische und daher auch *verständliche* Konsequenz einer zunehmenden Medikalisierung der Klinischen Psychologie interpretiert. Anschließend werde ich auf einige Ergebnisse der Psychotherapieforschung eingehen, die den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie *unverständlich* erscheinen lassen. Am Beispiel einiger aktueller Entwicklungen im Verständnis von Psychotherapie soll schließlich aufgezeigt werden, dass es mitunter auch schwer zu beurteilen ist, ob denn überhaupt von einem Verschwinden der Gesprächspsychotherapie die Rede sein kann.

„Datenbasis" für die folgenden Ausführungen sind die Bücher und Artikel, die ich lese, um meine Lehrveranstaltungen und Seminare zur Klinischen Psychologie vorzubereiten. In dieser ganz persönlichen Lesart liegen die Grenzen der folgenden Einschätzungen.

2. Vom „Paradigma" zur psychotherapeutischen Methode. Varianten des Zurückdrängens der Gesprächspsychotherapie

Zwar gibt es unter den im Diplomstudiengang Psychologie am häufigsten verwendeten Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie (vgl. Köppe 2001) nur eines, in dem die Gesprächspsychotherapie *nicht* vorkommt (nämlich Ehlers / Hahlweg 1996), sie scheint aber gegenüber früheren Jahren an Ansehen eingebüßt zu haben. Am deutlichsten zeigt sich das meiner Meinung nach am Ausschluss des humanistischen Paradigmas aus den neueren Auflagen von Davison und Neale. Dieser Ausschluss wird von den Autoren damit begründet, dass die „Befürworter des humanistischen und

1 Ist erschienen in: GwG (Hg.) (2001), Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander, Köln (GwG) 132–139

existentialistischen Paradigmas es generell ablehnen, in Krankheitskategorien ... zu denken" (Davison / Neale 1996, 28). Während weiterhin von psychoanalytischen, lerntheoretischen und kognitiven *Paradigmen* die Rede ist, wird der Gesprächspsychotherapie nur noch ein Platz im Abschnitt über *therapeutische Interventionen* zugestanden.[2]

Eine andere Variante, die Gesprächspsychotherapie als eine im Vergleich mit Psychoanalyse und Verhaltenstherapie weniger beachtenswerte Methode darzustellen, findet sich in einem der neuesten Lehrbücher zur Psychotherapie, die es im deutschsprachigen Bereich gibt: in der von Senf und Broda herausgegebenen 2. Auflage der „Praxis der Psychotherapie" (Senf / Broda 2000). Während der Psychoanalytischen Psychotherapie 55 Seiten und der Verhaltenstherapie 42 Seiten eingeräumt werden und die systemische Therapie immerhin auf derselben Gliederungsebene wie Psychoanalyse und Verhaltenstherapie behandelt wird (wenn auch kürzer), bekommt die Gesprächspsychotherapie ihren Platz unter der Überschrift „Andere psychotherapeutische Methoden" – mit gerade noch sechs Seiten übrigens ähnlich viel Platz wie sie auch die Katathym-imaginative Psychotherapie, die Hypnosetherapie und Hypnose, übende und entspannende Verfahren und das Autogene Training bekommen, *weniger* Platz als körpertherapeutische Ansätze und die Familientherapie. Das könnte als kleinliche und wenig aussagekräftige Aufrechnerei abgetan werden, gäbe es nicht weitere Hinweise auf eine Zurückstufung der Gesprächspsychotherapie auf den Status lediglich einer psychotherapeutischen Methode (im Sinne von psychotherapeutischer Intervention oder Technik). Die Einführung des Begriffs der „Fachpsychotherapie" ist für mich ein Beispiel für diese Zurückstufung:

Sah man früher Psychotherapie als eine „Beeinflussung von Verhaltensstörungen", mit dem Ziel einer „Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit", und setzte man zur Erreichung dieses Ziels auf *psychologische* Mittel (Strotzka 1975, 4), wird jetzt *„Fachpsychotherapie* als etablierte Methode zur Behandlung von Krankheit" entschieden von *„Lebenshilfe"* abgegrenzt, „innerhalb derer einzelne psychotherapeutische Techniken und Methoden ihren jeweils eigenen Stellenwert haben können, allerdings ohne begründeten Anspruch auf Therapie" (Senf / Broda 2000, 4). Psychotherapeutische Ansätze, die sich nicht als Methoden der Behandlung von *Krankheit* verstehen und die noch nicht *„etabliert"* sind, können sich demnach nicht der Fachpsychotherapie zuordnen. „Etabliert" aber sind nur die sogenannten Richtlinienverfahren. Denn: „Die *Durchführung* von Fachpsychotherapie ist in den Psychotherapierichtlinien geregelt ..." (Senf / Broda 2000, 4).

Ich hatte einleitend schon erwähnt, dass das allmähliche Verschwinden der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie vor dem Hintergrund der seit einiger Zeit verstärkt wahrnehmbaren Medikalisierungstendenzen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie verständlich wird (vgl. dazu Auckenthaler 1997). Wenn die Durchführung der (Fach-)Psychotherapie an die Regeln der Psychotherapierichtlinien gebunden wird, muss das als Hinweis darauf gesehen werden, dass die Medikalisierung bereits die zweite Ebene erreicht hat, nämlich die *institutionelle* Ebene (vgl. Bruns 1992; Forster 1997, 154f). Während sich auf der ersten Ebene der Medikalisierung – der *konzeptuellen* Ebene – der Einfluss der Medizin lediglich darauf bezieht, dass zur Einordnung und zum Verstehen von Problemen medizinische Begriffe bzw. Modelle verwendet werden, bezeichnet Medikalisierung auf der institutionellen Ebene „bereits ein organisiertes, medizinisch legitimiertes Herangehen an ein bestimmtes Problem" (Forster 1997, 154). Ärzte müssen hier zwar nicht selbst *behandeln*, sie *entscheiden* aber zumindest darüber, wer die erforderlichen Maßnahmen durchführen darf, welche Maßnahmen anzuerkennen sind und wer in den Genuss dieser Maßnahmen kommen darf.

Die Gleichsetzung von Psychotherapie mit der Behandlung von Krankheiten lässt aber sogar vermuten, dass bereits die *dritte* Ebene der Medikalisierung erreicht ist, nämlich die *interaktive* Ebene. Kennzeichnend für diese Ebene ist die „Berufung auf ein ätiologisches Paradigma der individuellen Störung und ein prozessuales Paradigma der indikativen Behandlung" (Bruns 1992, 510); damit ist die Abfolge von Diagnose und Therapie gemeint, wie sie z. B. im Bemühen um störungsspezifische und standardisierte Therapiemanuale zum Ausdruck kommt (vgl. Auckenthaler 2000). Wer diese Orientierung an der Medizin übernimmt, *muss* die Gesprächspsychotherapie unzeitgemäß finden. Im Folgenden soll es nun aber um Fakten und Entwicklungen gehen, die den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der Klinischen Psychologie problematisch und unverständlich erscheinen lassen.

3. Untersuchungsergebnisse zur Wirkungsweise von Psychotherapie als Bestätigung von Rogers' Wirkannahmen

Die Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie steht in auffälligem Widerspruch dazu, dass die Gesprächspsychotherapie in ihrer Wirksamkeit als „sehr gut bestätigt" angesehen wird (Grawe / Donati / Bernauer 1994, 741) und dass explizit auf die Nähe zwischen den neuesten Ergebnissen zur Wirkungsweise von Psychotherapie und den Wirkannahmen von Rogers hingewiesen wird (Ambühl 1993; Orlinsky / Rønnestad 2000). Der Gesprächspsychotherapie wird bescheinigt, dass sie die einzige psychotherapeutische

2 Ein kurzer Blick in frühere Auflagen des Lehrbuchs zeigt allerdings, dass den Autoren die Trennung vom humanistischen Paradigma ohnehin nicht sehr schwergefallen sein dürfte: Erst zehn Jahre vorher (in der 4. amerikanischen Auflage aus dem Jahr 1986) war es in das Lehrbuch aufgenommen worden. Man muss sich also vielleicht eher fragen, wie es zu dieser vorübergehenden Öffnung gegenüber dem humanistischen Paradigma kommen konnte, als sich über seinen Ausschluss zu wundern.

Richtung sei, „die der Gestaltung einer guten Therapiebeziehung diejenige Beachtung schenkt, die ihr aufgrund ihrer nachgewiesenen Bedeutung für das Therapieergebnis zukommt" (Grawe 1988, 246). Dennoch werden Rogers' Wirkannahmen häufig als „sehr unzureichend" beurteilt (Grawe / Donati / Bernauer 1994, 138); die von Rogers für das Zustandekommen eines Therapieerfolges postulierten Bedingungen seien zwar notwendig, aber keineswegs hinreichend. Diese Sichtweise ist dann – und nur dann – möglich, wenn von den *sechs* Bedingungen für Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie, die Rogers (1957; 1959/1987) formuliert hat, nur die drei „Therapeutenvariablen" – Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz – herausgegriffen werden und wenn man daraus, dass sich die Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie fatalerweise vorwiegend auf diese drei Variablen konzentriert hat, schließt, dass diese Untersuchungen Rogers' Wirkannahmen zum Gegenstand gehabt hätten (kritisch dazu vgl. Auckenthaler 1996; Auckenthaler / Helle 2001; Orlinsky / Rønnestad 2000; Watson 1984). In der Tat kann „nicht die Rede davon sein, dass die Verwirklichung dieser Variablen eine hinreichende Bedingung für einen guten Therapieerfolg darstellt" (Grawe et al. 1994, 138). Aber die theoretischen Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie umfassen eben mehr als das, was in der auf die „Therapeutenvariablen" gerichteten gesprächspsychotherapeutischen Forschung untersucht wurde, u. a. auch die Perspektive des Klienten: Der Klient muss die bedingungslose Wertschätzung und Empathie des Therapeuten wenigstens ansatzweise wahrnehmen, wenn der therapeutische Prozess in Gang kommen soll. Solange der Klient sich nicht empathisch verstanden und bedingungslos akzeptiert fühlt, so lange sind die therapeutischen Bedingungen noch nicht in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient gegeben und können daher auch nicht wirksam werden (Rogers 1957, 99; Rogers 1959, 213).[3]

Dass – wie es die Ergebnisse der Psychotherapieforschung nahelegen – die gute therapeutische Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, der zuverlässigste Prädiktor für psychotherapeutische Erfolge ist, dass es Klienten bei ihrem Therapeuten vor allem auf Empathie, Respekt, Wertschätzung, Engagement, Glaubwürdigkeit und Echtheit ankommt (vgl. Orlinsky / Howard 1986; Orlinsky / Grawe / Parks 1994; Miller / Duncan / Hubble 2000) und dass sich der Beitrag des Klienten als für den Therapieerfolg wichtiger erwiesen hat als ein bestimmter Ansatz oder eine bestimmte Technik (vgl. z. B. Bohart / Tallman 1996; Lambert 1992; Miller et al. 2000), scheint also Rogers' Wirkannahmen eher zu bestätigen als in Frage zu stellen. So steht der expliziten Abgrenzung von der Gesprächspsychotherapie auch eine Tendenz gegenüber, Prinzipien der Gesprächspsychotherapie zu neuen Ehren kommen zu lassen.

4. Zwischen offener Anerkennung und professioneller Amnesie

Wenn Bergin und Garfield die vorläufig letzte Auflage ihres Handbuches (1994) Bandura, Frank und Rogers widmen, sprechen sie damit drei Theoretikern und Forschern ihre Anerkennung aus, die alle schon früh auf die Bedeutung ansatzübergreifender Wirkfaktoren hingewiesen haben. Die Aufwertung dieser frühen Erkenntnisse findet sich auch bei anderen Autoren: Rogers' Auffassung der therapeutischen Beziehung gilt als „bahnbrechend"; sie habe „die klinische Praxis für immer verändert" und sei „Grundlage eines Großteils der Psychotherapieforschung" der vergangenen vierzig Jahre gewesen (Miller / Duncan / Hubble 2000, 102). Darüber hinaus werden auch seine Absage an die Schulenorientierung in der Psychotherapie und seine Forschungsorientierung lobend hervorgehoben (vgl. z. B. Grawe et al. 1994, 743). Tatsächlich wirken Rogers' Aussagen zur Überwindung des Schulendenkens höchst aktuell: „In dem Maße, in dem wir solidere Kenntnisse darüber gewinnen, welche Bedingungen therapeutische Veränderungen begünstigen, welches die Natur des therapeutischen Prozesses ist, welche Bedingungen ihn blockieren oder hemmen und welche charakteristischen Ergebnisse die Therapie in bezug auf Persönlichkeits- oder Verhaltensänderungen zeitigt, in dem Maße werden dogmatische und rein theoretische Formulierungen an Bedeutung verlieren. Meinungsverschiedenheiten, unterschiedliche Behandlungsverfahren und unterschiedliche Beurteilungen der Ergebnisse werden empirischer Prüfung unterzogen, anstatt bloß Streitfragen in Debatten zu sein" (Rogers 1961/1973, 264).

Eine nur implizite Anerkennung erfährt Rogers in letzter Zeit in Veröffentlichungen, in denen die für die Psychotherapie am Beginn des 21. Jahrhunderts kennzeichnenden Trends benannt werden: wenn z. B. die Absage an die Schulenorientierung oder die Bedeutung der ansatzübergreifenden Wirkfaktoren als typisch für die gegenwärtigen Entwicklungen bezeichnet werden (vgl. z. B. Silverman 2000) oder wenn auf die stärkere Ressourcenorientierung im gegenwärtigen Verständnis von Psychotherapie hingewiesen wird (vgl. z. B. Hermer 2000). Zumindest diejenigen, die mit der Gesprächspsychotherapie vertraut sind, werden hier so manches Aha-Erlebnis haben, auch wenn die Sprache nun eine andere ist: „Wenn der Therapeut den Ressourcenaspekt betont, erleichtert er es dem Patienten, auch die problematischen Seiten seines Erlebens und Verhaltens ins Auge zu fassen. Der Patient wird nicht von jemand anderem in seinem Selbstwert in Frage gestellt, sondern darin aktiv über das üblicherweise von ihm erfahrene Maß hinaus gestützt. In einem solchen ressourcenorientierten Kontext können auch

3 Hier zeigen sich übrigens ganz beachtliche Parallelen zum Verständnis von Wirkfaktoren, wie es bei Grawe (1999, 190) zum Ausdruck kommt: „Nur wenn es zu entsprechenden Erfahrungen auf seiten des Patienten kommt, wird ein Wirkfaktor realisiert, nicht schon dadurch, daß der Therapeut ihn mit seinem Verhalten zu realisieren versucht."

Probleme ins Auge gefaßt werden, die so belastend für den Patienten sind, daß er eine Auseinandersetzung damit bisher vermieden hat" (Grawe / Grawe-Gerber 1999, 70).

Wer keinen oder wenig Wert auf Schulendenken oder Urheberrechte legt, kann sich über diese Entwicklungen nur freuen: Die *Prinzipien* der Gesprächspsychotherapie sind offenkundig allgegenwärtig (vgl. auch Orlinsky / Rønnestad 2000). Dass die Gesprächspsychotherapie nicht mehr als eigenständiger *Ansatz* gesehen wird, wäre in bester Übereinstimmung mit den Hoffnungen von Rogers, der ja darauf gesetzt hat, dass mit der Zunahme empirisch gesicherten Wissens über Psychotherapie „Schulen" – auch die klientenzentrierte – überflüssig werden könnten (Rogers 1961/1973, 264). Zwei Beobachtungen aber stimmen nachdenklich: Das Fortleben *anderer* Schulen und die *Art* der Übernahme gesprächspsychotherapeutischer Prinzipien durch andere Ansätze. Dass selbst Autoren, die Rogers' Schriften zitieren, überzeugt davon scheinen, etwas Neues entdeckt zu haben, wenn sie genau das betonen, was Rogers längst vor ihnen über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Zustandekommen eines Therapieerfolges geschrieben hat, lässt sich vielleicht am besten mit der „professionellen Amnesie" erklären, die für unseren Wissenschaftsbetrieb typisch und funktional sei (Goldfried 2000). Das dürfte wohl die *freundlichste* Interpretation sein. Beruhigend ist sie nicht.

Literatur

Ambühl, Hansruedi (1993), Was ist therapeutisch an Psychotherapie?, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 41, 2, 285-303

Ambühl, Hansruedi / Grawe, Klaus (1988), Die Wirkung von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie 36, 308–327

Auckenthaler, Anna (1996), Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions, in: Esser, Ulrich / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (Eds.), The power of the Person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers, Köln (GwG) 55–64

Auckenthaler, Anna (1997), Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen, in: Journal für Psychologie 5, 3, 63–70

Auckenthaler, Anna (2000), Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen, in: Hermer Mathias (Hg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, Tübingen (DGVT) 213–223

Auckenthaler, Anna / Helle, Mark (2001), Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse, in: Frenzel, Peter / Keil, Wolfgang W. / Schmid Peter F. / Stölzl, Norbert (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (WUV/Facultas) 393–411

Bohart, Arthur C. / Tallman, Karen (1996), The active client: Therapy as self-help, in: Journal of Humanistic Psychology 36, 3, 7–30

Bruns, Georg-J. (1992), Stille Macht und Samaritertum. Soziologische Beschreibung versus Selbstdefinition der Psychiatrie in den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie 44, 503–518

Davison, Gerald-C. / Neale, John-M. (1996), Klinische Psychologie (4. neu bearbeitete Aufl.), Weinheim (Psychologie Verlags Union)

Ehlers, Anke / Hahlweg, Kurt (Hg.) (1996), Grundlagen der klinischen Psychologie (Bd. 1), Göttingen (Hogrefe)

Forster, Rudolf (1997), Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz, Opladen (Westdeutscher Verlag)

Goldfried, Marvin R. (2000), Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone?, in: Psychotherapy Research 10, 1, 1–16

Grawe, Klaus (1988), Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie, in: Pfäfflin, Friedmann / Appelt, Hertha / Krausz, Michael / Mohr, Michael (Hg.), Der Mensch in der Psychiatrie, Berlin (Springer) 243–258

Grawe, Klaus (1999), Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden?, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 31, 185–199

Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike (1994), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)

Grawe, Klaus / Grawe-Gerber, Mariann (1999), Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Pychotherapie, in: Psychotherapeut 2, 63–73

Hermer, Matthias (2000), Alte und neue Fragen nach hundert Jahren Psychotherapie, in: Hermer, Matthias (Hg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, Tübingen (DGVT) 11–40

Köppe, Andrea (2001), Das Psychotherapieverständnis im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts. Eine inhaltsanalytische Untersuchung zur Professionalisierung von Psychotherapie, Unveröffentl. Diplomarbeit, Freie Universität, Berlin

Lambert, Michael J. (1992), Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists, in: Norcross, John C. / Goldfried, Marvin R. (Eds.), Handbook of psychotherapy integration, New York (Basic Books) 94–129

Miller, Scott-D. / Duncan, Barry-L. / Hubble, Mark-A. (2000), Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie, Stuttgart (Klett-Cotta)

Orlinsky, David E. / Grawe, Klaus / Parks, Barbara K. (1994), Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal, in: Bergin Allen E. / Garfield Sol L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed., New York (John Wiley) 270–376

Orlinsky, David E. / Howard, Ken I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in: Garfield, Sol L. / Bergin Allen E. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, New York (Wiley) 311–381

Orlinsky, David E. / Rønnestad, Michael H. (2000), Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came, in: Journal of Clinical Psychology 56, 7, 841–851

Rogers, Carl R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, 165–184

Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed by the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology: A study of a science. Vol. 3, New York (McGraw-Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1973), Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett); Orig.: On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin) 1961

Senf, Wolfgang / Broda, Michael (2000), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Stuttgart (Thieme)

Silverman, Wade-H. (2000), New trends for a new millennium, in: American Journal of Psychotherapy 54, 3, 312–316

Strotzka, Hans (Hg.) (1975), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, München (Urban & Schwarzenberg)

Watson, Neill (1984), The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy, in: Levant, Ronald F. / Shlien John M. (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach, New York (Praeger) 17–75

Autorin:

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., Hochschullehrerin für Psychologie an der FU Berlin, Leiterin des Arbeitsbereichs „Psychotherapie und Beratung". Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (DGSv, DGVT, GwG), Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Paartherapie und Paarberatung, Supervision, psychosoziale Versorgung.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Anna Auckenthaler
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Arbeitsbereich Psychotherapie und Beratung
Habelschwerdter Allee 45
D–14195 Berlin

Peter F. Schmid

Herausforderungen

Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels

Zusammenfassung: *Die Auswirkungen des Syntagmenwechsels[1], die durch das Werk von Carl Rogers in die Psychotherapie und darüber hinaus in die verschiedensten Bereiche zwischenmenschlichen Zusammenlebens gekommen sind, lassen sich auch hundert Jahre nach seinem Geburtstag noch nicht zur Gänze absehen. Sein Erbe ist bei weitem nicht ausgelotet: Auch wenn die Auswirkungen seiner reichen Arbeit oft nicht mehr mit seiner Person verbunden werden, sein Ansatz ist allenthalben zu finden. Allerdings wird dem emanzipatorischen Konzept – kränkend und bedrohlich für Autoritäten und Experten verschiedenster Art – nachhaltig Widerstand geleistet, der sich unter anderem von außen in Ignoranz und Verharmlosung, von innen in Verwässerung, Eklektizismus und Methodenvermischung zeigt. Der Autoritätsgläubigkeit und dem Kontrollbedürfnis setzt der Ansatz die humanistischen Vorstellungen von Vertrauen und Selbstkontrolle entgegen, was ihn auch politisch „gefährlich" macht. In dieser Glosse werden einige der Herausforderungen skizziert, die vom Ansatz ausgehen und vor denen der Ansatz selbst steht.*

Stichwörter: *Carl Rogers, Fundamente des Personzentrierten Ansatzes, Personbegriff, Menschenbild, Politik, Syntagmenwechsel, Herausforderungen für den Ansatz und Herausforderungen des Ansatzes*

Résumé : ***Défis. Neuf vignettes sur l'état de transformation syntagmatique*** *– Les effets du changement de syntagme, suscités par l'œuvre de Carl Rogers dans la psychothérapie et, au-delà, dans les domaines les plus divers de la vie relationnelle entre les êtres humains, ne sont toujours pas visibles dans leur totalité, même cent ans après sa naissance. Son héritage n'a, il s'en faut de beaucoup, pas été entièrement sondé: même si les effets de son très riche travail ne sont souvent plus associés à sa personne, son approche se retrouve partout. A vrai dire, le concept émancipateur – vexant et menaçant pour les autorités et les experts de toutes sortes – rencontre une résistance persistante qui se manifeste entre autres, extérieurement en ignorance et minimisation, intérieurement en délayage, éclectisme et mélange de méthodes. A la foi en l'autorité et au besoin de contrôle, l'approche oppose les notions humanistes de confiance et de contrôle de soi, ce qui la rend aussi politiquement « dangereuse ». Le texte de Peter F. Schmid esquisse quelques-uns des défis qui découlent de l'approche et auxquels l'approche est elle-même confrontée.*

Mots clés : *Carl Rogers, fondements de l'approche centrée sur la personne, notion de personne, conception de l'homme, politique, changement de syntagme, défis pour l'approche et défis de l'approche*

Aktueller denn je: „Die Person im Mittelpunkt des Handelns" (EU-Charta)

Drei Vignetten:

1. Wien, Juni 1990, Parlament: Der österreichische Gesetzgeber verabschiedet — zufällig genau in jenem Monat, in dem der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie sein fünfzigjähriges Jubiläum feiert —, das Psychotherapiegesetz.[2] Dieses listet nicht nur, wie es mittlerweile in einer Reihe anderer Länder der Fall ist, die Personzentrierte Psychotherapie selbstverständlich als anerkanntes Verfahren auf, sondern ist in seinen Grundzügen stark von einer personzentrierten Einstellung geprägt und liest sich in seinen Erläuterungen über weite Strecken wie ein Lehrbuch zum Personzentrierten Ansatz.[3]

2. Wien, Juli 1996 und 1999, Kongresszentrum Austria Center: Bei den ersten beiden Weltkongressen für Psychotherapie reden allenthalben Psychoanalytiker, Systemiker, Verhaltenstherapeuten, jeder in seiner Sprache natürlich, von der theoretisch wie praktisch immer deutlicher werdenden Bedeutung der Person, der realen Beziehung und des Subjekt-Subjekt-Bezuges in der Therapie. Sie stoßen auf breite Zustimmung bei den Zuhörern. Der Name Rogers fällt dabei nicht.

1 Griech. „paradeigma" – „ Beispiel, Muster"; „syntagma" – „Zusammenordnung" bzw. „syntaxis" – „Zusammenstellung, Organisation", von „syn-, xyntassein" – „in ein Ganzes einordnen" (Gemoll 1965). Der Begriff „ Syntagmenwechsel" (Adler et al. 1996) soll im Gegensatz zu einem bloßen Paradigmenwechsel zum Ausdruck bringen, dass nicht nur einzelne Modellvorstellungen durch neue ersetzt werden, sondern sich vielmehr die ganze Herangehensweise an den Forschungsgegenstand verändert, also auch die Auffassung von Wissenschaft an sich (Pennauer 2002).

2 Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl. Nr. 361/1990, STO151).

3. Nizza, Dezember 2000, Rat der Europäischen Union: Die Europäische Union proklamiert feierlich ihre Grundrechts-Charta und hält in deren Präambel fest: „In dem Bewusstsein ihres geistig-religiösen und sittlichen Erbes gründet sich die Union auf die unteilbaren und universellen Werte der Würde des Menschen, der Freiheit, der Gleichheit und der Solidarität. [...] *Sie stellt die Person in den Mittelpunkt ihres Handelns*".[4]

Keine Frage: Person-orientiertes Denken hat sich in zahlreichen Handlungsfeldern immer mehr als Grundlage durchgesetzt.

Was Carl Rogers und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Schülerinnen und Schüler für die Psychotherapie und eine Reihe weiterer psychosozialer, pädagogischer, theologischer und politischer Handlungsfelder konsequent durchgedacht und auf der Basis der jüdisch-christlichen Tradition in der europäischen Geistesgeschichte entwickelt haben, ist die kompromisslose Orientierung an der Person. Sie hat schulenübergreifend und interdisziplinär, theoretisch wie praktisch eine unumkehrbare Wende des Denkens und Handelns in den verschiedensten Bereichen eingeleitet. Dies lässt sich bis in die Wirtschaft einerseits, in Kunst und Kultur andererseits verfolgen (vgl. Schmid 1996, 403–409). Ein neues Verständnis von Wissenschaft und Forschung (ebd. 388–392) ist im Entstehen. Eine ethisch fundierte Anthropologie (und nicht umgekehrt; vgl. ders. 2002b; c; d), eine dialogische und empathisch– anerkennend ausgerichtete Erkenntnistheorie (ders. 2001a; b; c; 2002a) und eine emanzipatorische Praxis bilden eine ständige Herausforderung an die Vertreterinnen und Vertreter des Ansatzes ebenso wie an andere Orientierungen.

Freilich muss man nüchtern feststellen: Auch dort, wo Positionen und Entwicklungen nachvollzogen werden, die schon vor einem halben Jahrhundert beim abschätzig als „guten Menschen aus La Jolla" (Rogers 1978c) qualifizierten, zweiten Pionier der modernen Psychotherapie neben Sigmund Freud zu finden sind, wird Carl Rogers – anders als Freud –, kaum erwähnt. Er wird nicht nur außerhalb der personzentrierten Fachliteratur selten zitiert, er ist vielfach gar nicht (mehr) bekannt. Der Ansatz, obschon längst nicht mehr Mode, ist auch heute noch in hohem Maße einflussreich, in Europa gegenwärtig mehr als in den USA, aber die Gedenkbeiträge in den Medien zum hundertsten Geburtstag seines Gründers halten sich in bescheidenen Grenzen.

Brian Thorne (1992, 40) hat sich anlässlich des Internationalen Symposiums „50 Jahre Person-Centered Approach" 1990 im niederösterreichischen Großrußbach gefragt, „ob Carl Rogers mich jemals wirklich etwas lehrte, was ich nicht schon wusste". Und für viele einschlägig Interessierte erscheint es mittlerweile selbstverständlich, was bei Rogers zu lesen ist (und bei der Erstlektüre oft mit einem erstaunten „Genauso hab ich es selbst eigentlich immer empfunden!" quittiert wird). Sein Verdienst war vielleicht auch „nur": Er *hat* es gelehrt, allgemein verständlich, mit Nachdruck, mit wissenschaftlichem Anspruch. Anders als andere Begründer psychotherapeutischer Orientierungen war er bewusst undogmatisch, offen für Veränderungen und an der Gründung einer eigenen Schule nicht interessiert. Er hat nicht den Wunsch hinterlassen, dass in Chicago, an der Universität von Minnesota, in Madison oder La Jolla eine Gedenktafel angebracht wird mit den Worten: „Hier eröffnete sich dem Carl Rogers das Geheimnis professioneller zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung und Förderung von Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie."[5]

„Ein Führer ist am besten, wenn man kaum weiß, dass es ihn gibt. [...] Von einem guten Führer, wenn sein Werk getan ist, sein Ziel erreicht, werden alle sagen: Wir haben es selbst getan." , hat er mehrmals, Lao-tse zitierend, geschrieben (z. B. Rogers 1973b, 21).

Die Kränkung der „stillen Revolution": Vom Obrigkeitsglauben zu Empowerment

Drei weitere Vignetten:

1. Wien, 22. Oktober 1998: Bei einem interdisziplinären Dialog bezeichnet die Ordinaria des Instituts für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Marianne Springer-Kremser, die Verfahren der Humanistischen Psychotherapie deshalb als nicht ernst zu nehmend, weil ihnen ein Menschenbild als Grundlage fehle.

2. Wien, November 2001: Das zuständige Bundesministerium richtet an die APG eine Anfrage und möchte geklärt wissen, „welcher Stellenwert ‚Encounter-Gruppen' im Rahmen der Psychotherapieausbildung aus Sicht der APG zukommt", weil in einer Publikation (Goldner 1997, 177) stehe, der Begriff sei weitgehend verschwunden und finde sich im deutschen Sprachraum „nur noch im Umfeld der Rajneesh-Bewegung, die ihn in den 70er Jahren schon okkupiert (und irreparabel in Verruf gebracht) hatte". Entsprechende deutschsprachige Publikationen, auch solche von Rogers und aus anerkannten österreichischen Ausbildungsvereinigungen, scheinen der einschlägigen Aufsichtsbehörde ebenso unbekannt zu sein wie der Stellenwert von

3 Erläuterungen zur Regierungsvorlage (Kierein/Pritz/Sonneck 1991, 109–173), vgl. z. B.: „Überwindung der Gesundheits- und Krankheitsantinomie"; „ basiert auf einem Akzeptieren der subjektiven Erlebniswelt des Betroffenen, dem Bemühen um Einfühlung und Zuwendung, einem methodisch fundierten Behandlungsstil und letztlich auf der Kongruenz dieser Haltungen"; „ geht somit von einem, den verschiedenen Wurzeln der Psychotherapie gerecht werdenden umfassenden Verständnis des Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit – ganz im Sinne der Weltgesundheitsorganisation – aus" (ebd. 119).

4 Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, 18. 12. 2000, C 364/8 DE. Hervorh. pfs.

5 Vgl. den Wunsch Freuds nach einer (spät, aber doch auch tatsächlich angebrachten) Tafel auf dem Kobenzl bei Wien des Inhalts, dass sich ihm dort das Geheimnis der Träume eröffnet habe.

Gruppenselbsterfahrung auf der Basis personaler Begegnung im Sinne der Begegnungsphilosophie zur Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der personzentrierten Psychotherapieausbildung.[6]

3. Brüssel, 9. November 2001: Bei der Generalversammlung des „Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC)" berichtet der Delegierte der deutschen GwG, der nach wie vor mitgliederstärksten psychotherapeutischen Vereinigung weltweit, dass die Mitgliederzahl seines Verbandes weiter dramatisch zurückgegangen ist, insgesamt nun etwa um ein Drittel. In Deutschland kommen neuerdings viele Ausbildungsgänge nicht mehr zustande. Nach vielen Versuchen, die staatliche Anerkennung und Zulassung zu erlangen, und einer bewegten Geschichte, zu der auch Unternehmungen gehörten, statt das Eigene zu betonen, sich mehr oder weniger als Varianten der anerkannten Verfahren Psychoanalyse und Verhaltenstherapie zu verstehen oder auszuweisen, hat es der Wissenschaftliche Beirat PTG (Psychotherapeutengesetz) neuerlich abgelehnt, der „Gesprächspsychotherapie" den Status eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens zuzugestehen. Personzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten müssen sich weiterhin als Analytiker oder Verhaltenstherapeuten lizenzieren lassen, um ihren Klientinnen und Klienten die Chance zu geben, an Krankenkassengelder zu kommen.

Auch das ist offensichtlich: Ignoranz, Unverständnis und Widerstand sind allenthalben zu finden.

Der Ansatz wird als allgemein-menschliche Grundlage missdeutet, auf der erst die spezifischen Methoden aufzubauen seien. Er wird der Naivität und Unbedarftheit geziehen, weil seine erfahrungsnahe Theorie eine Bedrohung für die Exklusivität von Fachleuten darstellt, die sich zudem gar nicht erst der Mühe unterziehen, sich auch nur einigermaßen ernsthaft mit ihm auseinander zu setzen. Er wird als ergänzungsbedürftig betrachtet und durch eklektizistische „Kombination" mit anderen Verfahren oder Methoden bis in die Wurzeln verstümmelt, weil ohne Rücksicht auf das Menschenbild Effizienz, Leistung und, nicht zuletzt, Geld zum Maßstab von Handeln und Anerkennung gemacht werden. Er wird mit dem Ansatz fremden und ihm widersprechenden Elementen in eins vermischt (was „Integration" genannt wird), weil seine Radikalität und tiefe Humanität überfordern. Es wird ihm ein Aufgehen in eine „Allgemeine Psychotherapie" prophezeit, weil ignoriert wird, dass es keine voraussetzungslose Psychologie und Psychotherapie geben kann. Durch die Behauptung der Notwendigkeit von Prozessdirektivität beispielsweise oder die reduktionistische Fixierung von Therapeut und Klient auf das Erleben statt auf die Person als ganze (vgl. Prouty 2001) entstehen Richtungen, die mit den genuinen Person-zentrierten Ansätzen (vgl. Schmid 1999b; 2002b; c; d) wenig zu tun haben, sich dennoch aber des guten Namens bedienen wollen. Verschiedene Ansätze schmücken sich mit der Bezeichnung „ personzentriert" , auch dann, wenn zentrale Unterschiede bestehen; die Unterschiede werden, nicht zuletzt zugunsten der Breitenwirkung, auch von Vertretern des Ansatzes selbst übersehen, ignoriert oder verharmlost (ders. 2002c). Der expertenbestimmte Mythos der Notwendigkeit diagnostischen und spezifizierten, klassifizierenden Vorgehens lebt wieder auf (Bozarth 2000), weil die generelle Entmachtung der vermeintlichen Experten durch Carl Rogers (die er bereits 1957[a] genau voraussah) wohl doch zu groß war.

Nach wie vor scheint sich die These (Schmid 1989) zu bestätigen, Verharmlosung und Verwässerung seien auch als Zeichen des Widerstandes zu verstehen, den „die stille Revolution" (Rogers 1977a) ausgelöst hat. Faktum ist nämlich: Der Personzentrierte Ansatz steht in scharfer Konkurrenz zu anderen Weltbildern. Er beruht auf einem, nicht-ideologischen, gegenwarts- und zukunftsorientierten, nicht auf einem vergangenheits-„fixierten" Weltbild, welches das Leben als dem Wiederholungszwang ausgeliefert versteht; er beruht aber ebenso auf einem geschichtsbewussten Weltbild, welches das Verhalten als Ausdruck der Person und damit als „ ent-wickelt" und nicht als „beliebig" (und damit nach Belieben – wessen? Derer, die Interessen zu verteidigen haben und derer, die an der Macht sind!) austauschbar ansieht. Emanzipatorische Bestrebungen, Befreiung von der Fixierung auf Autoritäten, eine pluralistische, konstruktivistische und damit zutiefst demokratische Weltsicht lösen Ängste um den Verlust von Pfründen aus. Nicht nur deterministische Ansichten verursachen Unbehagen bei denen, die sich frei wähnen (ein gut verständliches und nachvollziehbares Argument entsprechender tiefenpsychologischer und behavioristischer Orientierungen), auch umgekehrt ist es so: Wer an der Freiheit zu entscheiden festhält und damit seine Verantwortung wahrnimmt, stellt deterministische Weltbilder radikal („an der Wurzel") infrage. Und entgegen den „Glücklichmachern" und „Lebensmanagern" gibt jedwede Person-orientierte, nicht Problem- oder Ziel- bzw. Lösungs-orientierte Psychotherapie auch dem Leid im Leben des Menschen einen entsprechenden Platz und betont damit Wert und Würde des Lebens jener, deren Leid nicht wegtherapierbar und deren Probleme nicht auflösbar sind, jener, die für Sozialversicherungen vorwiegend als Kostenfaktor und für Marketingstrategen als minder kaufkräftig gelten.

Durch Carl Rogers wurde nämlich, um eine vielzitierte Vergleichskette zu bemühen, nach Kopernikus („die Erde ist nicht der Mittelpunkt des Universum"), Darwin („der Mensch steht nicht außerhalb der Evolution") und Freud („der Mensch ist nicht einmal Herr in seinem eigenen Haus") den Menschen eine vierte Kränkung zugefügt. Genau genommen jenen, die gelernt hatten und daher gewohnt sind, Verantwortung auf andere zu übertragen oder sich als Opfer des Schicksals zu verstehen. Vor allem aber ist es eine Kränkung für diejenigen, die sich für die Gelehrten dieser Welt halten (und in den Medien gern bei mannigfachen Gelegenheiten den anderen erklären,

6 Vgl. Schmid 1994; 1996; dort auch zahlreiche Literaturangaben.

was los ist und wo es lang geht): Der Mensch bedarf zur Gestaltung seines Lebens keiner Experten, die ihm sagen, wie er mit sich selbst umgehen soll und wie er seine Probleme in den Griff bekommen kann; er hat die „personal power" dazu in sich selbst, setzt Rogers (1977a) entgegen. Wohl aber bedarf er der personalen Gegenwart anderer, die Facilitator für die Aktualisierung dieses Potenzials sind. (Und eine solche Beziehung kann in vielen Fällen erst angeboten werden kann, wenn eine entsprechende professionelle Ausbildung stattgefunden hat.)

Die Befreiung von der Abhängigkeit an Autoritäten ist eine Kränkung also nur für „Lebensexperten" und ihre Klientel. Denn für den Menschen, deren Leben selbst betroffen ist, ist es eine ermutigende, Selbstvertrauen stärkende Botschaft, die Potenz in sich selbst zu haben und sie auch aktivieren zu können, wenn die geeigneten Beziehungsbedingungen gegeben sind. War seit Freud die Botschaft der Psychotherapie an den Menschen vor allem diejenige, sich selbst (und damit den anderen) misstrauen zu müssen, seinem Unbewussten weitgehend ausgeliefert zu sein und nur über einen sehr engen Spielraum zu verfügen; war die Botschaft der Psychotherapie seit Skinner vor allem, dass es der Expertise und Kontrolle durch Verhaltensfachleute bedarf, um sich und andere nicht ständig selbst zu schädigen, lautet nun die grundlegende Philosophie: Du darfst dir selbst vertrauen, freilich nicht blind, solipsistisch, „egologisch" (Levinas 1983, 189), sondern im Bewusstsein der Verbundenheit der Menschen miteinander und der Angewiesenheit aufeinander. Und damit ist das Lebenswerk von Carl Rogers auch politisch „gefährlich", weil der Herrschaftsausübung und der Überwachung auf Seiten der Mächtigen ebenso wie der Autoritätsgläubigkeit und dem Kontrollbedürfnis auf der anderen Seite die humanistischen Vorstellungen von Vertrauen und Selbstkontrolle entgegengesetzt sind. Dass dies gerade im obrigkeitsgläubigen deutschen Sprachraum einen besonderen Stellenwert hat und auf entsprechenden Widerstand stößt, braucht nicht eigens erläutert zu werden.

Globale Herausforderungen: Zur Zukunft eines Syntagmenwechsels

Carl Rogers, der damit entscheidend zu nicht mehr und nicht weniger als zur Wiederherstellung des Vertrauens des Menschen in sich selbst und seine Mit-Menschen beigetragen hat, hätte sich wohl eine Geburtstagsfeier und Jahrhundertkonferenzen gewünscht, die nicht als Huldigung an ihn selbst oder als Dogmatisierung seiner Sichtweisen, sondern als Gelegenheit verstanden werden, sich vertieft mit der Weiterentwicklung des Ansatzes zu beschäftigen. Denn einer solchen bedarf es, will sich der Ansatz selbst und damit den Intentionen seines Begründers treu bleiben.

Viel gibt es zu tun (vgl. Schmid 1997b, 2002e). Um nur einiges zu nennen:[7] Die Forschung ist wiederzubeleben und zwar auf eine dem „Gegenstand" angemessene Art und Weise, was nicht mehr und nicht weniger heißt, als eine neue „menschengerechte" Forschungsmethodologie zu entwickeln, in der die Beforschten zu Mitforschern werden. Die philosophischen (ethischen, anthropologischen, epistemologischen) Grundlagen sind „gründ-lich" weiter zu studieren, zu entwickeln und fruchtbar zu machen. Der interdisziplinäre Dialog (mit anderen therapeutischen und psychosozialen Orientierungen ebenso wie mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen und künstlerischen Bereichen) muss ernsthaft geführt werden, soll Gettoisierung und ein Abgleiten in den Elfenbeinturm vermieden und Kreativität gefördert werden. Vom reduktionistischen Image einer einseitig verbal verstandenen „Gesprächstherapie" ist ebenso endgültig Abschied zu nehmen wie von immer noch anzutreffender Theoriefeindlichkeit oder -gleichgültigkeit. Eine adäquate und kohärente Wissenschaftstheorie ist zu entwickeln (vgl. Schmid 2001d; 2002f), die dialektisch als Basis für das Selbstverständnis des Ansatzes dient, weil sie als Konsequenz aus dem Selbstverständnis der in seinem Sinn handelnden Personen erwächst.

Themenbereiche sind zu bearbeiten, die entwicklungsbedingt vernachlässigt wurden: So brachte etwa die fehlende, weil nicht notwendige Auseinandersetzung mit den Gräueln der Nazizeit dem Ansatz, der im Mittelwesten des Amerikas der vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts entstanden ist, eine gewisse, für europäisches Denken und Empfinden oft schmerzhafte „Naivität", die beispielsweise den Phänomenen des „Bösen", gesellschaftlich wie individuell, so gut wie nicht auf den Grund geht. Nicht zuletzt im Zuge der Ereignisse am und nach dem 11. September 2001 wurde deutlich, wie fatal sich sowohl die Ignorierung als auch die Simplifizierung in der Deutung und im Umgang damit auswirken. In Europa wäre hierzu nicht nur die Nase zu rümpfen, sondern zu forschen, zu schreiben und zu handeln.

Es bedarf des politischen Engagements, um den Dialog über eine Gesellschaft zu intensivieren, in der psychosoziale Selbsthilfe (statt „Versorgung") kein Schlagwort bleibt. Der Dialog mit der Medizin, insbesondere der Psychiatrie, steht an. Im Zuge der Globalisierung bedarf es des Bedenkens der Auswirkungen weltweiter Kommunikation auf das Selbstverständnis der Menschen, ihrer Entwicklung, deren Störungen und Therapie. (Warum ist das Internet, von seiner Verwendung zur Nachrichtenübermittlung abgesehen, vor allem theoretisch weithin „kein Thema" in einem kommunikationsorientierten Ansatz?) Die weltweite Zusammenarbeit personzentrierter Organisationen und Einzelpersonen muss weiter intensiviert werden, obwohl gerade hier derzeit viel geschieht (WAPCEPC, NEAPCEPC; siehe Schmid 1997; 1999a; 2000). Die Öffentlichkeitsarbeit liegt (noch) im Argen, besonders wenn man sie mit der entsprechenden P.R.-Arbeit vergleicht, die Rogers selbst unternommen hat (Tonbänder, Filme, Videos, Publikationen, Vortragsreisen,

7 Für eine Auseinandersetzung, die über den Rahmen dieser Glosse hinausgeht, wird auf die zitierte Literatur verwiesen.

Demonstration Interviews usw.), um dem Ansatz die entsprechende Publizität und, damit verbunden, Einfluss zu verschaffen. Und so weiter, und so fort.

Carl Rogers hat einen grundlegenden Wandel im Bereich zwischenmenschlichen professionellen Handelns eingeleitet, der weit über Psychotherapie und Beratung hinaus reicht. Ihn kreativ weiterzuführen, steht aus.

Sechzig Jahre sind wirkungsgeschichtlich eine kurze Zeit, eine zu kurze, damit Syntagmenwechsel wirklich greifen können. Zum Schluss daher nochmals drei Vignetten:

1. Berlin, Sommer 2011: Beim erstmals wieder auf europäischem Boden stattfindenden Weltkongress für Psychotherapie berichten deutsche Psychotherapeutinnen und Psychiater verschiedener Orientierungen, welche Bereicherung die Psychotherapie im Besonderen, das Gesundheitswesen im Allgemeinen durch die Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie, vormals „Gesprächspsychotherapie", erfahren hat und dass sie aus dem Gesamt der psychosozialen Versorgung ebenso wenig wegzudenken sei, wie die mittlerweile in „Gesellschaft für wissenschaftliche Personzentrierte Psychotherapie, Beratung und Gesprächsführung" umbenannte GwG, die seit dieser Zeit auch von der Mitgliederzahl her wieder stark im Ansteigen begriffen ist. Personzentrierte Aus- und Fortbildungen, qualitativ anspruchsvoller denn je, genießen höchstes Ansehen.

2. New York / Genf / Wien, 2015: Die Vereinten Nationen kooperieren mit einer weltweit agierenden personzentrierten Organisation in grundsätzlichen Fragen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, der Sozialpolitik, der Friedenspolitik und anderer Themen, die unter anderem auch ökologische Fragen einschließen. Der Trend geht mittlerweile dahin, das Recht auf Psychotherapie ähnlich dem Recht auf eine entsprechende medizinische Versorgung als Menschenrecht anzuerkennen. Die Initiative dazu war von personzentrierten Verbänden ausgegangen.

3. University of Minnesota, USA, 11. Dezember 2040: Personzentrierte Wissenschafter und Praktiker aus der ganzen Welt sind zur Hundertjahrfeier der Personzentrierten Psychotherapie versammelt. Sie findet dort genau einhundert Jahre nach jener denkwürdigen Gastvorlesung (Rogers 1940b) an ebendieser Universität statt, die Carl Rogers (Kirschenbaum 1979, 112) selbst als den Geburtstag des Ansatzes bezeichnet hat. Wesentliche Beiträge zum Kongress, an dem tausende Menschen weltweit über das Internet teilnehmen, kommen von den vernetzten Forschungsprojekten, die mittlerweile in Europa, Amerika (wo der Personzentrierte Ansatz im Zuge der Rückbesinnung auf die in der amerikanischen Verfassung festgehaltenen Werte eine neue Blüte erlebt) und Japan erfolgversprechend durchgeführt werden. In diesen Ländern sitzen seit einiger Zeit auf vielen Lehrstühlen der Psychologie und Pädagogik, aber auch anderer Institute Professoren mit personzentrierter Ausbildung. Erste Berichte von Experimenten mit größeren therapeutischen Gemeinschaften machen Mut, dass die in jüngster Zeit verstärkten Forderungen personzentrierter Organisationen in mehreren Ländern nach öffentlichen Geldern für die die individuellen Therapieeinrichtungen übersteigenden, bio-psycho-sozialen Kur- und Prophylaxezentren bald greifen werden. Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt beim Jubiläumskongress bilden die Beiträge aus afrikanischen, asiatischen und südamerikanischen indogenen Kulturen, welche durch ihren Einfluss einen entscheidenden Bedeutungswandel im Verständnis des Selbst bewirkt haben. Dies war möglich geworden, nachdem der weltweite personzentrierte Theorieaustausch durch den technischen Fortschritt online und mithilfe von Übersetzungsprogrammen endlich auch den Zugang zu bislang kaum bekannten Theorien und Forschungsarbeiten problemlos ermöglicht und so die Zentrierung auf den angloamerikanischen Sprachbereich überwunden hatte. Es wird mit Genugtuung festgestellt, dass innerhalb des Ansatzes und in verwandten Bereichen fundamentale Fortschritte erzielt worden sind: Rogers' (1959a, 16) Hoffnung, dass seine Theorien in zehn Jahren überholt sein würden, haben sich nach hundert Jahren dergestalt erfüllt, dass sie als aufgehoben in einem hegelianischen Sinn gelten können.

Literatur

Adler, Rolf / Herrmann, Jörg Michael / Köhle, Karl / Schonecke, Othmar W. / Uexküll, Thure von / Wesiack, Wolfgang (Hg.) (1996), Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., München (Urban & Schwarzenberg)

Bozarth, Jerold (2000), The specificity myth. The fallacious premise of mental health treatment, Vortrag gehalten am 15th Annual Meeting of the ADPCA „Power and the Person-Centered Approach" im August 2000 in La Jolla

Gemoll, Wilhelm (1965), Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch, 9. Aufl. München/Wien (Freytag/Hölder-Pichler-Tempsky)

Goldner, Colin (1997), PSYCHO. Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie, Augsburg (Pattloch)

Iseli, Catherine / Keil, Wolfgang / Korbei, Lore / Nemeskeri, Nora / Rasch-Owald, Sylvia / Schmid, Peter F. / Wacker, Paulus (Hg.) (2002), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG)

Kierein, Michael / Pritz, Alfred / Sonneck, Gernot (1991), Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz. Kurzkommentar, Wien (Orac)

Kirschenbaum, Howard (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Delacorte)

Levinas, Emmanuel (1983), Die Philosophie und die Idee des Unendlichen, in: ders., Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie, Freiburg (Alber) [3] 1992, 185–208

Pennauer, Josef (2002; in Druck), Entwicklung von Gesundheit. Zu einem personzentrierten Begriff von Krankheit und Gesundheit, in: Iseli, Catherine / Keil, Wolfgang / Korbei, Lore / Nemeskeri, Nora / Rasch-Owald, Sylvia / Schmid, Peter F. / Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG)

Prouty, Garry (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: PERSON 1, 52–57

Rogers, Carl R. (1940b), Some newer concepts of psychotherapy, Manuskript 1940, publiziert als Kapitel 2 in: ders., Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler) 1972

– (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, [4] 2000, 165–184

– (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client–centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987; [2] 1989

– (1973b), My philosophy of interpersonal relationships and how it grew, in: Journal of Humanistic Psychology 13, 2, 3–15; dt.: Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett) 1980, 185–198

– (1977a), On personal power. Inner strength and its revolutionary impact, New York (Delacorte); dt.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, München (Kindler) 1978

– (1978c), Der gute Mensch von La Jolla, in: Psychologie heute 5, 37–42

Schmid, Peter F. (1989), „Eine stille Revolution?" Widerstand durch Verharmlosung und Verwässerung, in: apg-kontakte 2, 5–7

– (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie, Köln (Edition Humanistische Psychologie)

– (1996), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann)

– (1997a), „to further cooperation on an international level in the field of psychotherapy and counseling ...". Zur Gründung der World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy, in: PERSON 2, 168–171

– (1997b), „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden." (E. Levinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes, in: PERSON 1, 14–24

– (1999a), „to further cooperation between person-centred institutions in Europe in the field of psychotherapy and counseling ...". Zur Gründung des Network of the European Associations for Person-Centred Counselling and Psychotherapy, in: PERSON 1, 87-89

– (1999b), Person-Centered Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personzentrierter Ansätze in der Psychotherapie, in: PERSON 2, 139–141

– (2000), World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Das Selbstverständnis. Die neuen Statuten, in: PERSON 2, 62–64

– (2001a), Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond., in: Wyatt, Gill (Ed.), Congruence, Ross-on-Wye (PCCS) 217–232

– (2001b), Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships, in: Haugh, Sheila / Merry, Tony (Eds.), Empathy, Ross-on-Wye (PCCS) 53–71

– (2001c), Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond, in: Bozarth, Jerold / Wilkins, Paul (Eds.), Unconditional positive regard, Ross-on-Wye (PCCS) 49–64

– (2001d), Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as „the art of not-knowing". Vortrag Internationales Kolloquium zum hundertsten Geburtstag von Carl Rogers: „Advancing person-centred theory and practice: What is essential?", in Wien am 24. November 2001

– (2002a; in Druck), Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond, in: Wyatt, Gill / Sanders, Pete (Eds.), Contact and perception, Ross-on-Wye (PCCS)

– (2002b; in Druck), Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung, in: Iseli, Catherine / Keil, Wolfgang / Korbei, Lore / Nemeskeri, Nora / Rasch-Owald, Sylvia / Schmid, Peter F. / Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG)

– (2002c), Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, Wolfgang W. / Stumm, Gerhard (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 75–105

– (2002d; in Druck), „The necessary and sufficient conditions of being person–centered." On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm, in: Watson, Jeanne C. (Ed.), Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice, Ross-on-Wye (PCCS)

– (2002e; in Druck), The ongoing challenge of becoming person-centered, in: Infochange (American Counseling Association), special winter 2002 issue: 100th anniversary of Carl Rogers: our emerging vision

– (2002f ; in Druck), Défis pour l'Approche centrée sur la personne au commencement du 21ème siècle d'un point de vue dialogique et éthique, in: Carriérologie 1

Thorne, Brian (1992), Carl Rogers: Vermächtnis und Herausforderung, in: Stipsits, Reinhold / Hutterer, Robert (Hg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen, Wien (WUV Universitätsverlag) 39–53

Autor:

Peter F. Schmid, 1950, Univ.Doz. HSProf. Mag. Dr., ist Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich, Personzentrierter Supervisor und Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG). Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen. Vorstandsmitglied im Personzentrierten und Experienziellen Weltverband (WAPCEPC) und im Europäischen Netzwerk (NEAPCEPC).

Korrespondenzadresse:

Dr. Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A–1120 Wien
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at

Person 2 (2001) *109–117*

Zur Aktualität des Rogers-Ansatzes in der heutigen Psychotherapie-Ausbildung

Statements von Ausbildungsteilnehmern/innen aus der APG, ÖGwG und SGGT

Karin Hegar, Margret Katsivelaris, Martina Kucera, Frank Margulies, Michael Rehrl, Michael Schwarz, Maria Theurer und Harald Erik Tichy

Anlässlich des Schwerpunktheftes 100 Jahre Carl R. Rogers entstand in der Redaktion die Idee, Ausbildungsteilnehmer/innen der Schweizer und Österreichischen Person-/Klientenzentrierten Fachverbände zu einem Roundtablegespräch einzuladen. Dabei sollte dargelegt werden, was die Ausbildungsteilnehmer/innen jeweils zu dieser Richtung gebracht hat, ob und wie sich die ursprünglichen Motive bestätigt haben, was dieser Ansatz ihnen in ihrer praktischen Arbeit bedeutet und ob und wie aktuell und zeitgemäß sie Rogers finden.
Für die SGGT führte Margarethe Letzel mit Karin Hegar, die am Kantonsspital Basel im Bereich Psychosomatik arbeitet, und Frank Margulies, der bei der Jugend- und Familienberatung „Samowar" (Kanton Zürich) tätig ist, dieses Gespräch. Beide befinden sich zur Zeit in der Weiterbildungsphase 2 der Psychotherapieausbildung der SGGT.
Wir bringen hier zunächst dieses Gespräch, das Margarethe Letzel für PERSON aufgezeichnet hat. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der Statements der österreichischen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.

***Interview et discussion table ronde** – A propos de l'actualité de l'approche rogérienne dans la formation psychothérapeutique d'aujourd'hui. Des participants à la formation rogérienne SPCP (Suisse), APG (Autriche) et ÖGwG (Autriche) s'expriment.*

1. Was hat Euch dazu bewogen, Eure Psychotherapieausbildung im Bereich des Personzentrierten Ansatzes zu absolvieren?

Karin Hegar: Für diese Entscheidung ließ ich mir ziemlich lange Zeit. Schließlich wurde mir klar, dass das personzentrierte Vorgehen die einzig richtige Möglichkeit ist, in meinem Arbeitsbereich der Psychosomatik überhaupt den Patienten zu begegnen. Gerade diese Patienten mit chronischen Erkrankungen kann man nicht in irgendein Schema drücken oder ihnen irgendetwas vorgeben, sondern man muss wirklich schauen: Was ist ihr Problem? Die Entscheidung traf ich übrigens ganz gegen den Mainstream der Klinik, die stark verhaltenstherapeutisch orientiert ist. Nach Gesprächen mit den PCA-AusbilderInnen war ich mir dann ganz sicher. Witzigerweise riet mir dann auch ein VT-Ausbilder zu dieser Ausbildung, der fand, dass in der VT-Ausbildung dem personzentrierten Vorgehen zu wenig Beachtung geschenkt werde.

Frank Margulies: Bei mir lief das ganz anders. Ich war zu Beginn sehr skeptisch. Ich hatte ziemlich Angst, dass der PCA bezüglich Theorie überhaupt nichts zu bieten hat im Vergleich mit der Psychoanalyse. Dass er der Psychoanalyse das Wasser nicht würde reichen können. Ich hatte große Angst, dass ich dann noch vieles zusätzlich würde machen müssen, und dass der Personzentrierte Ansatz weder in der Praxis noch in der Theorie, reichen würde. Da ich gern auch theoretisch reflektiere, war das für mich zudem ein ziemlich kritischer Punkt. Ganz klar war für mich aber: auf keinen Fall Verhaltenstherapie. Letztlich war es dann ein ganz pragmatischer Grund, der mich die PCA-Ausbildung beginnen ließ. Sie fand bei mir in der Nähe statt und war bezahlbar. Ich sagte mir: Ich starte mal, bleibe aber sehr kritisch und schaue, ob ich auf die Rechnung komme. Bezeichnend scheint mir dann die Collage, die ich zu Beginn der Ausbildung fertigte: Ich schnitt das Bild eines Ringes aus, der noch nicht über den Finger gestreift war – das war mein Bild: Ich wusste noch nicht, ob ich mich damit „verheiraten" will.

2. Wie verliefen dann Eure Erfahrungen während der Ausbildung?

Frank Margulies: Mich verfolgte die Frage, ob die Gesprächspsychotherapie so viel hergibt, wie ich das von einem Psychotherapieansatz erwarte. Ich muss mich identifizieren können, um damit zu arbeiten.

Heute kann ich sagen: Ich habe sehr viel persönlich gelernt, bin ein bisschen „auf die Welt gekommen", wie ich meine Rolle als Mitmensch begreife. Das hatte ziemliche Konsequenzen, auch für meine

Rolle als Berater und Therapeut. Ich habe entdeckt, dass dieses vermeintlich so einfache theoretische Grundschema sehr viel hergibt, so etwa im Bereich Entwicklungspsychologie, Psychopathologie etc. Je mehr ich mich damit auseinandersetze, desto mehr merke ich: Die Theorie ist tragfähig für die praktische Arbeit und das Reflektieren.

Es ist für mich eine große Herausforderung im Denken. Vom Typ her war ich wohl eher intellektualistisch. Die Weiterbildung brachte mich dazu, herunterzukommen vom Psychotherapieross. Wegzukommen vom Experten, der „weiß". Das betrachte ich als echten Gewinn, diesen „Abstieg". Ich spüre einfach, eine dialogische oder verstehende Begegnung erfordert Menschlichkeit, nicht Expertentum – trotz fachlichem Wissen im Hintergrund, das da sein muss, und trotz der Funktion, die man hat.

Karin Hegar: Ich musste mich während meiner Ausbildung ständig fragen, ob das, was ich mache, wirkt und ob die Klienten überzeugt sind – gerade auch, weil meine Abteilung so skeptisch war. Dann stellte ich fest, dass meine Klienten gern zu mir kommen und spüren, dass sich etwas verändert, und das überzeugte mich. Wir hatten zudem eine sehr breitgefächerte Schulung während der Grundausbildung und mehr und mehr merkte ich, wie ich das auf meinem Gebiet anwenden konnte. Damit erwarb ich Fertigkeiten, mit denen ich mich auch in der Supervision in der Klinik, wo man ja sehr skeptisch war, behaupten konnte. Ich gewann Sicherheit, konnte argumentieren. Inzwischen kann ich antworten, wenn mir jemand sagt: „Die Methode wirkt nicht" – „Nein, es ist nicht die Methode, die nicht wirkt, sondern du bist nicht überzeugt in dieser Haltung. Wenn du nicht warten kannst, wenn du nicht auf den anderen vertraust, dass es schon kommt, dann wirkt es sicher nicht." Inzwischen wird meine Sichtweise auch in der Supervision in der Klinik gehört.

Frank Margulies: Noch etwas zu mir persönlich: Ich stelle bei mir generell eine radikale oder radikalisierende Tendenz in meiner Person fest. Das äußerte sich so, dass ich mich auch politisch intensiv engagiere, mich z. B. auch mit Marxismus und überhaupt radikalen Gedanken auseinander setzte. Total überraschend war für mich dann zu sehen, wie radikal der Personzentrierte Ansatz ist, aber zugleich so unglaublich konstruktiv und tiefgreifend. Ich habe gar nicht gedacht, dass es so etwas gibt. Die anderen radikalen Einstellungen haben oft etwas Kritisierendes, Abwertendes und dass es so etwas anderes Konstruktives und zugleich Radikales gibt, das kann ich jetzt noch kaum fassen.

Karin Hegar: Mir ging es so, dass mir das Basistraining viel mehr Spielraum im persönlichen Verhalten aufzeigte. Anfangs habe ich mich oft recht unsicher gefragt: Darf ich denn das? Ist solches Verhalten personzentriert? Und zu merken, dass das, was ich einbrachte, in Ordnung war, dass ich so, wie ich da war, sein durfte, das hat mich ebenfalls immer nachhaltiger vom Personzentrierten Ansatz überzeugt. Dass ich als Therapeutin, dass mein Befinden ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, das hat mich immer eingehender überzeugt.

3. Wie erlebt(et) ihr die Auseinandersetzung mit der Theorie und mit der Praxis?

Karin Hegar: Theorie nützt mir dort am meisten, wenn ich mich frage: Wirkt Personzentrierte Psychotherapie? Manchmal werde ich unsicher und frage mich: Muss ich jetzt eingreifen, damit die Therapie funktioniert? Wenn ich mich dann etwa mit Literatur über die Aktualisierungstendenz auseinandersetze, dann bestärkt mich das, dem Prozess zu vertrauen und dass dieses Vertrauen funktionieren kann, und ich sehe meine Linie wieder klarer.

Frank Margulies: Das mit dieser Sicherheit, das beschäftigt mich auch. Sicherheit in meiner Arbeit, die suche ich auch. Anfangs ging ich davon aus: Wenn es nicht greift, dann kann man ja immer noch mit Techniken kommen. Inzwischen bin ich da immer skeptischer. Und gehe immer mehr davon aus: Veränderung passiert in der verstehenden Begegnung. Ich denke ständig am Wort „verstehen" herum. Ein ganz einfaches Wort. Aber was für eine Rolle spielt es für die Entstehung eines psychischen Problems: Wenn man sich selbst nicht versteht, muss man zuerst wieder verstanden werden, damit es weitergeht. So einen Begriff, den drehe und wende ich, sehe seine Facetten, die Auswirkungen in der Realität: Was heißt das für eine persönliche Entwicklung, angenommen zu sein oder nicht etc. Mit so wenigen grundlegenden Begriffen kann man so weite Bereiche problematischen menschlichen Erlebens zutiefst differenziert erfassen. Dank solcher theoretischen Überlegungen kann ich im Kontakt mit dem Klienten vieles ausschließen und einfach auch darauf vertrauen, selbst wenn wir in ein Gesprächsloch fallen, dass schon wieder etwas auftauchen wird, das uns heraushilft.

Zur Theorievermittlung während der Grundausbildung habe ich übrigens noch kritisch anzumerken: Hier in der Westschweizer Gruppe (frankophon) kamen die neueren Entwicklungen, die z. B. in Österreich erarbeitet wurden, oder die neueren Arbeiten über Entwicklungspsychologie, nicht vor. Ich empfand klar, dass die theoretische Auseinandersetzung mit diesen wertvollen neuen Impulsen zu wenig lief.

Karin Hegar: Das war bei uns ganz anders. Wir Teilnehmenden erarbeiteten die neuere Literatur und die AusbilderInnen brachten die klassische Sichtweise dazu in die Diskussion ein. Diese stellten dann auch die Verbindung her zwischen den älteren Theorieteilen und den neuen.

Frank Margulies: Was die Praxis in unserer Form der Weiterbildung angeht: Insgesamt fand ich unsere Ausbildung in Gruppen sehr gut.

Fraglich ist für mich, ob so viel Supervision, wie es jetzt vorgeschrieben ist, tatsächlich nötig ist. Lernen in Form von Selbsterfahrung ist klar das nachhaltigste. Immer allergischer reagiere ich übrigens auf bevormundende Tipps in Supervisionen, die nicht personzentriert laufen. Wenn ich da mein Erleben preisgebe und dann kommt irgend so ein blöder Kommentar, das vertrage ich einfach nicht. Dabei denke ich überhaupt nicht an meine PCA-Supervisionen, sondern vor allem an jene der Arbeitsstellen, die ich hatte.

Karin Hegar: Das betrachte ich übrigens bei mir als Erfolg: Ich habe für mich klar gelernt zu diskriminieren: Welche Therapiesituation bringe ich in welcher Supervision? Bei klaren Klinikproblemen, bei denen ich klare Antworten will – dann ist es die Kliniksupervision. Aber wenn ich selbst vorkommen will, dann bringe ich das in der PCA-Supervision. Selbst als Person ernst genommen zu werden, das halte ich gerade in unserem Berufsfeld für enorm wichtig. In der Supervision erwarte ich keine Antworten.

Frank Margulies: ... sondern, dass Antworten in mir selber entstehen. Ich will nichts mehr anderes.

Karin Hegar: ... ja, eine Hilfe oder Begleitung beim Reflektieren.

Frank Margulies: Ich frage mich gerade, warum ich so allergisch bin auf Tipps. Das war zu Beginn meiner Ausbildung noch ganz anders. Das scheint mir eine richtig typische Entwicklung. Heute nervt es mich, wenn mein Erleben nicht vorkommen darf. Entscheidend um weiterzukommen, ist für mich, dass jemand mit mir empathisch ist.

Karin Hegar: Ich reagierte nicht genervt, sondern zurückgezogen in der Kliniksupervision. Als ich merkte, ich komme nicht zu dem, was ich brauche, beschloss ich einfach, diese Tipps nicht umzusetzen.

4. Wie seht ihr denn überhaupt den Stellenwert, den Rogers und sein Personzentrierter Ansatz heute haben?

Karin Hegar: Immer weniger Leute aus unserem Fachgebiet können heute dazu stehen, welch enormen Stellenwert es hat, „nur" in Beziehung zu treten. Dieser Stellenwert wird in der allgemeinen Auffassung innerhalb der derzeitigen Psychotherapiediskussion immer geringer.

Frank Margulies: Apropos dieses „nur": Auch die KollegInnen der anderen Richtungen versuchen, verstehend und akzeptierend umzugehen. Sie meinen allerdings, dies reiche nicht. Mich hingegen beschäftigt mittlerweile vielmehr die Frage: Weshalb reicht es? Denn es reicht. Natürlich kann man auch Therapietechniken integrieren und vieles daraus entwickeln, aber im Grunde ist das doch alles zweitrangig. Faszinierend finde ich die Frage: Weshalb reicht es?

Karin Hegar: Diese Frage stellt sich doch heute praktisch fast niemand mehr. Auch für mich persönlich wird meine Einstellung zum PCA immer überzeugter. Gesellschaftlich sieht es jedoch ganz anders aus. Die entstandenen universitären Postgraduiertenausbildungen sind stark verhaltenstherapeutisch geprägt. Hier fällt aus deren praktischer Arbeit, da so eng mit der Uni verbunden, sehr schnell auch mal wieder ein Forschungsergebnis ab, das sich publizieren lässt. So bleiben die sichtbar. Das ist bei den nicht-universitären Postgraduiertenausbildungen wie der unseren nicht in der Form möglich. Damit gerät zum Beispiel unser Ansatz ins Hintertreffen und ich habe Angst, dass er so mehr und mehr verloren geht. Davor habe ich ziemliche Angst. Ich traue uns einzelnen nicht zu, nur mit solchen Einzelbeispielen zu überzeugen. Diese Perspektive erschreckt mich.

Frank Margulies: Da bin ich optimistischer: Wenn wir richtig liegen, können die uns gar nicht ignorieren.

Karin Hegar: Da hast du natürlich recht. Meine Beobachtung in meiner Arbeit ist auch so. Patienten geben sich mit Symptombekämpfung nicht mehr zufrieden. Nach einigen Jahren und nach vorangegangener Verhaltenstherapie sagen viele: „Die bisherige Therapie, das wirkt nicht lange. Ich will jetzt wissen, was dahinter ist." Das finde ich durchaus ermutigend. Nur: Diese Phase kommt dann in den Forschungsstudien der Verhaltenstherapieforscher nicht mehr vor. Diese Reaktionen der Patienten werden nicht mehr erhoben. In der Studie kommt nur vor: Er hatte 20 Sitzungen und dann keine Symptome mehr.

Frank Margulies: Ich reagiere hier eher kämpferisch. Ich kann hinstehen und sagen: Euer Vorgehen überzeugt mich nicht. Und ich stelle für mich persönlich immer wieder fest: Ich scheiterte bisher nicht an dem, was der Personzentrierte Ansatz bietet, sondern mehr daran, mich auch immer auf der Höhe dieses Angebotes zu fühlen. Unseren Ansatz finde ich aber so gut, dass ich den Anderen sagen kann: Das was ihr macht, das will ich für mich nicht mehr.

Karin Hegar: Das sehe ich zwar auch so, nur was die gesundheitspolitische Situation betrifft, so packen mich manchmal Existenzängste. Was passiert, wenn es weiter mit der gesellschaftlichen Anerkennung so bergab geht? Es dauerte lang, bis ich mich finanziell über Wasser halten konnte. Und wenn der Ansatz gesundheitspolitisch noch weniger wert wird?

Frank Margulies: Das ist sicher kritisch und bräuchte unseren politischen Einsatz.

5. Welchen Stellenwert des PCA seht ihr denn gesamtgesellschaftlich?

Frank Margulies: Mir tut es manchmal richtig weh, wie viele Möglichkeiten ungenutzt bleiben, die der PCA bietet, wenn ich an politische Konflikte denke. Es würde so vieles konstruktiver ablaufen, wenn diese Ideen begriffen worden wären.

Karin Hegar: Ja, der Personzentrierte Ansatz ist doch der, der die oft beschworenen Win-win-Lösungen ermöglichen würde. Es gäbe mehr Kompromisse und nicht wie zur Zeit immer noch das Gerangel um den Gesprächssieger. Ich finde, wir brauchen den Ansatz fest verankert in unseren Schulen.

6. Und wie sieht Euer persönliches Fazit aus, wenn ihr an eure Erfahrungen mit dem Personzentrierten Ansatz denkt?

Frank Margulies: Ich hatte befürchtet, ich müsste mit dieser Weiterbildung so eine Art Durchschnitts-GT-ler werden. Und stellte fest, dass das überhaupt nicht so ist. Eigentlich entwickelt jeder mit der Zeit immer mehr seine Eigenheiten, bei jedem kommen bestimmte Züge hervor. Es gibt so viele unterschiedliche Profile und doch auch sehr viel Gemeinsames. Ich denke, es ist die Zeit, die die AusbilderInnen auf das Verstehen verwendet haben, die es ausmacht. Es gefällt mir festzustellen: Ich kann so werden, wie ich bin und gerade deshalb Rogers machen.

Ich weiß, ich mag Menschen. Es braucht aber viel, das auch wirklich zu leben. Der Personzentrierte Ansatz hilft mir dabei, das umzusetzen. Es ist auf eine Art ein Weg. Ich weiß auch nicht, wie ich das in meinem weiteren Leben noch kombinieren werde. Aber es ist ein schöner Weg.

Gesellschaftlich gesehen steht der Personzentrierte Ansatz natürlich nirgends. Das ist schade. Wir müssen sogar die Kerngeschäfte schon verteidigen – und das immerhin sollten wir mit Nachdruck!

Karin Hegar: Für mich ist das nicht einfach nur eine Therapierichtung, sondern eine Lebensphilosophie, eine Lebensweise. Für mich brachte es große Veränderungen. Ich war vom Typ her sehr direktiv, habe viel von anderen verlangt, war viel kritisierender. Jetzt warte ich mehr ab, warte zu mit meinem Urteil, verstehe mehr. Das ist gewachsen, nicht gelernt. Und das ist das Schönste am Ganzen.

Für die österreichischen Vereine ÖGWG, Forum der APG bzw. IPS der APG haben Sylvia Gaul und Wolfgang Keil je zwei Ausbildungsteilnehmer/innen zu einer Gesprächsrunde eingeladen.

An dem Gespräch haben Mag. Harald Erik Tichy und DSA Margret Katsivelaris vom IPS, Mag. Michael Rehrl und Maria Theurer von der ÖGwG sowie Martina Kucera und Michael Schwarz vom Forum teilgenommen.

Nach einem anregenden Gesprächsabend haben sich die Ausbildungsteilnehmer/innen in einem weiteren Treffen entschieden, ihre Stellungnahmen als eigene Statements für PERSON niederzuschreiben.

Diese sehr persönlichen Gedanken und Reflexionen haben wir im Folgenden zusammengestellt:

Harald Erik Tichy: Mein Weg zum Personzentrierten Ansatz verlief kurvenreich. Einige Jahre in Indien und Thailand, wo ich Yoga lernte und bei Achan Buddhadasa Buddhismus studierte; eine transpersonal orientierte Ausbildung in Maieutik bei Arnold Keyserling, einem der letzten lebenden Schüler Gurdjieffs; intensive Beschäftigung mit Kung Fu, Tai Chi und Butoh; Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen. Nachdem ich zehn Jahre lang meine Heimat mehr in Asien als in Europa wahrgenommen hatte und mich mit 33 Jahren dementsprechend entwurzelt fühlte: Entscheidung für ein Universitätsstudium in Pädagogik, Religionswissenschaft und Philosophie in Wien mit persönlich gesetztem Schwerpunkt in östlicher Spiritualität und interreligiösem Dialog und der Beginn einer freiberuflichen Lehrtätigkeit von Yoga und buddhistischer Meditation. Aus heutiger Perspektive sehe ich diese Zeit als einen der wesentlichen Wendepunkte meines Lebens, da mir langsam zu dämmern begann, dass ich eine Menge seelischer Probleme hatte, auf die buddhistische Meditation keine adäquate Antwort war. Als der Leidensdruck unerträglich wurde, begab ich mich in Psychotherapie.

Mit den Gedanken Carl Rogers' wurde ich über befreundete Psychotherapeuten vertraut. Karl Garnitschnig, einer meiner Professoren am Pädagogischen Institut, bot mir an, gemeinsam mit ihm Selbsterfahrungsseminare zu leiten und ermutigte mich später zur personzentrierten Beratungstätigkeit unter seiner Supervision als Pädagoge. So war mein Zugang zum PZA zunächst vor allem ein praktischer und ich ahnte bald die Chancen, wie meine – generell auf Entfaltung abzielende – Arbeit mit Menschen und mein eigenes Leben durch das psychologische Verständnis Rogers' bereichert, verfeinert und vertieft werden könnte. Aus diesem Anliegen, meine Kompetenz zu erweitern und meinem Wunsch nach einer klaren beruflichen Identität wuchs meine Entscheidung für die Ausbildung zum Personzentrierten Psychotherapeuten und eine Dissertation, in der ich den PZA mit dem Buddhismus ins Gespräch bringe.

Mittlerweile bin ich mit dem Fachspezifikum fast fertig und sehr glücklich darüber, wie sich mein Leben hier fügte. Ich erlebe den Personzentrierten Ansatz als ebenso herausfordernd wie wirkungsvoll in meiner Arbeit mit Klienten, und auch meine Weise, Yoga und

buddhistische Meditation zu vermitteln, erfuhr durch mein neu gewonnenes Verständnis entscheidende Veränderungen. Allerdings blicke ich auf stürmische Zeiten zurück, viel Leid brach auf und es ist noch gar nicht so lange her, dass ich nicht wusste, wann der Boden wieder trägt. Mittlerweile trägt er jedoch nicht nur besser, er trägt vor allem auf eine Weise, wie ich sie vorher kaum kannte. Mein Lebensgefühl fühlt sich lichter an. Es ist heller geworden, auch klarer. Ich fühle mich anderen wie auch mir selbst näher und meine Empfindsamkeit für das, was sich in mir und zwischen anderen und mir ereignet, ist größer. Carl Rogers' Überzeugung, dass es für Entwicklung und Heilung einer bestimmten Qualität in zwischenmenschlichen Beziehungen bedarf – und nicht der Anwendung störungsspezifischen Experten-Wissens – leuchtet mir immer mehr ein. Ganz deutlich zeigt sich dies für mich in jenen kostbaren Sternstunden, wenn es mir möglich ist, einen Klienten dermaßen unmittelbar empathisch zu begleiten, dass sich in ihm wesentliche neue Einsichten im wahrsten Sinn des Wortes „natürlich" entfalten. Allerdings glaube ich, dass wir im Grunde genommen erst ganz am Anfang stehen, jene Beziehungs-Qualität, die dies erlaubt, auf zeitgemäße Weise zu verstehen, da es für das differenzierte Beschreiben von empathischer Erkenntnis einer völlig anderen epistemologischen Fundierung bedarf als jener, wie wir sie im aktuellen psychologischen Diskurs zumeist vorfinden. So wird das Revolutionäre des Personzentrierten Ansatzes oft weit unterschätzt oder auch gar nicht erkannt, wenn dieser Unterschied, in der Symbolisierung Ute Binders etwa, jener zwischen „Empathie" und „kognitiver sozialer Perspektivenübernahme", nicht in seiner vollen Tragweite realisiert – im Doppelsinn von erkannt und verwirklicht – wird.

Vor dem Hintergrund meiner biografischen Skizze wird vielleicht nachvollziehbar, dass mir der PZA vor allem als „a way of being" einleuchtet und dass es gerade diese Facette der Gedanken Rogers' ist, die mich fasziniert und anzieht. In diesem Sinn verstehe ich den PZA als Kunst, nämlich die Kunst, anderen authentisch und anteilnehmend derart zu begegnen, dass ihnen mein Bemühen, sie aus ihrem inneren Bezugssystem zu verstehen, erlaubt, bislang nicht realisierte Freiräume in ihrem Leben wahrzunehmen. Wenn ich einen Schritt zurücktrete und darüber nachdenke, wie es mir möglich war und ist, diese Kunst der Begegnung anzueignen, staune ich über die hohen menschlichen Qualitäten meiner Ausbildner – in Zeiten wie diesen erachte ich dies nicht als Selbstverständlichkeit –, ihre fachliche und nicht zuletzt ihre organisatorische Kompetenz. In meinen Augen ist es eine ziemliche Leistung, eine Ausbildungsordnung zu entwerfen und umzusetzen, die einerseits den vom Psychotherapie-Gesetz verlangten Anforderungen entspricht und doch dem eigenen „Person-orientierten" liberalen Geist die Treue zu bewahren vermag. So, wie ich es verstehe, kann der PZA nur über das Lernen am „leibhaftigen" eigenen Beispiel angeeignet werden. Indem ich meinen Interessen folgte und begann, die am Verständnis Rogers' orientierten Beziehungsangebote in der Ausbildung wahrzunehmen und nach und nach immer mehr zu schätzen, sensibilisierte ich mich für eine Beziehungs-Qualität, in deren Wesen es liegt, meine wie auch die Entfaltung anderer zu ermöglichen. Von Gregory Bateson stammt die Metapher: das Muster, das verbindet. In diesem Sinn könnte ich die Ausbildung auch als Muster verstehen, in dem all die verschiedenen Teile wie Selbsterfahrung, Theorie, Praxis und Supervision durch ein aus unzähligen personzentrierten Beziehungen geknüpftes Netz miteinander verbunden sind, das sie konstituiert wie trägt und im Zusammenspiel von Erleben und Reflexion das Entwickeln eines persönlichen Therapiestils erlaubt.

Margret Katsivelaris: Die Entscheidung für das Fachspezifikum in Personzentrierter Psychotherapie basierte in erster Linie auf meinen Erfahrungen im Propädeutikum bei der APG.

Personzentrierte Haltung, welche mir von der Ausbildung an der Akademie für Sozialarbeit in Ansätzen bekannt war, fand ihren Ausdruck sowohl bei den Lehrenden als auch im Curriculum. Letzteres war einerseits wegen der großen organisatorischen Flexibilität aus rein praktischen Gründen reizvoll. Die Auswirkungen der inhaltlichen Flexibilität wurden erst im Verlauf der Ausbildung sukzessive erkennbar.

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit KollegInnen unterschiedlicher professioneller Herkunft war rückblickend gesehen eine große Bereicherung. Er stellte allerdings auch eine große, letztlich lehrreiche Herausforderung dar, mich in der „Kunst des Nichtwissens" zu üben.

Aufgrund meiner psychoanalytischen Vorerfahrungen (post graduate-Lehrgang in psychoanalytisch orientierter Familientherapie und langjährige Tätigkeit in der tiefenpsychologisch ausgerichteten Child Guidance Clinic) implizierte die Ausbildung einen risikoreichen Umstellungsprozess.

Riskant war aus heutiger Sicht der Mut zur realen, unmittelbaren Begegnung ohne Rückzugsmöglichkeiten auf Übertragung und Abstinenz als Distanz schaffende Beziehungsregulative.

Die von Rogers postulierten Grundeinstellungen als hinreichende Voraussetzung der idealen Therapeutenhaltung scheinen leicht nachvollziehbar, eigentlich selbstverständlich. Ihre konsequente praktische Umsetzung schien mir gefährlich und ließ immer wieder Zweifel an der Richtigkeit meiner Entscheidung aufkommen.

Der vielfach erhobene Vorwurf fehlender bzw. unzureichender Theorie wurde zunächst auch von mir selbst geteilt und verunsicherte mich auch noch in jenem Ausbildungsstadium, wo sich meine praktische Arbeit mit den Klienten deutlich positiv veränderte. So ließen sich z. B. äußerst schwierige Klienten, denen sehr geringe Reflexionsfähigkeit attestiert wurde, leichter zur Mitarbeit motivieren.

Die Kluft zwischen dem (vermeintlichen) Mangel an Theorie und den überzeugenden praktischen Auswirkungen verringerte sich mit meinem fortschreitenden Ausbildungsprozess. Die endgültige Bestätigung für die Richtigkeit meiner Wahl erhielt ich durch den intensiven Prozess meiner Abschlussreflexion zum Thema „Problematische Nähe".

Ich fand jene theoretische Annahme von Rogers bestätigt, der zufolge die beste Therapietheorie jene ist, die der Therapeut selbst entwickelt. Entscheidend für die Überwindung der oben angesprochenen Kluft zwischen Theorie und Praxis war für mich die Entwicklung einer differenzierten, eigenen Sprache.

Unentbehrlich für die Vielfalt der Erfahrungen im Rahmen meiner Ausbildung war das Lernen in Gruppen von unterschiedlicher Zusammensetzung.

Michael Rehrl: Wie ich zu Rogers gefunden habe: Ich war bei einer klientenzentrierten Therapeutin und im Laufe der Therapie bin ich auf die Idee gekommen, selbst diesen Beruf anzustreben. Was jedoch klientenzentriert bedeutet oder wer Rogers ist, wusste ich damals noch nicht. Im Propädeutikum wurden dann die verschiedenen Fachrichtungen vorgestellt. Das war meine erste bewusste Begegnung mit dem Menschenbild Carl Rogers'. Im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen spürte ich eine innere Zufriedenheit und wusste nun auch den Hintergrund für meine positiven Erfahrungen in der Therapie. Dieses Spüren und Wissen war somit auch eine Entscheidung für das Fachspezifikum bei der ÖGWG.

In 7 Jahren Ausbildung durfte ich einiges an Erfahrungen sammeln. Die Frage nach der Aktualität von Carl Rogers habe ich als Anlass genommen, mich damit auseinander zu setzen, was Rogers zum Thema Lehren und Lernen sagt. Und prompt befand ich mich im Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Eigenverantwortlichkeit und staatlicher Reglementierung.

Rogers beschreibt in mehreren Artikeln und Büchern seine Erfahrung mit Lehren und Lernen und welche Schlüsse er daraus zieht. Wie er selbst berichtet, handelt es sich dabei um sehr explosive Gedanken. Und ich glaube, sie sind heute mindestens so aktuell wie damals.

Das Umlegen der therapeutischen Haltung auf die Pädagogik und die Implikationen haben für mich eine Faszination, der ich mich nicht entziehen kann und will.

Verkürzt und in meiner Interpretation heißt das: Gelernt wird durch Erfahrung, dann wenn ein Bedarf besteht [„Die Menschen würden sich zusammensetzen, wenn sie lernen wollten"; Rogers, Carl (1961/1973), Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart (Klett) 272], es gäbe keine Prüfungen, keine Titel, und keinen Abschluss, denn das wäre das Ende des Lernprozesses.

Diese Ideen übers Lernen gehen natürlich an der Realität unserer Gesellschaft vorbei. Wir sind bemüht, Dinge zu objektivieren, das heißt, Dinge messbar zu machen, die meiner Meinung nach nicht messbar sind. Und da finde ich es ganz wichtig, so wie Rogers es macht, den Menschen, das Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen.

Wir haben in Österreich ein Psychotherapiegesetz. Im Vergleich zu anderen Ländern dürfen wir über dieses Gesetz sehr froh sein. Viele Fachrichtungen sind anerkannt. Der Zugang zur Ausbildung ist offen, gerade für mich als Nichtquellenberufler ist das sehr wichtig. Und wir sind ein anerkannter heilender Beruf mit Versorgungsauftrag der Kassen. Das alles ist berufspolitisch bedeutend. Die gesetzlichen Regelungen müssen umgesetzt werden und nehmen dadurch naturgemäß wenig Rücksicht auf Individuelles. Die individuelle Freiheit, sich dann zusammenzusetzen, wenn man lernen will, in dem Ausmaß, das einem als nötig erscheint, bleibt hier auf der Strecke.

Diese Freiheit impliziert, dass man manchmal keine Lust hat zu lernen und auch nichts lernen will. Und so ist das auch bei mir. Meine Erfahrung ist, dass es mich wirklich weiter bringt, wenn ich nicht im Elfenbeinturm sitze und „Theorie" lese und lerne, sondern wenn ich in der Begegnung mit dem Klienten merke, dass etwas schwierig wird oder das nichts weitergeht oder ich an meinen Fähigkeiten zu zweifeln beginne (diese Liste ist weiter fortsetzbar und vielen von uns sehr bekannt). Dann stimmt für mich Rogers' oben zitierter Satz völlig. Dann will ich etwas lernen und setze mich mit anderen zusammen. Und nicht weil ich einem Gesetz und somit der Gesellschaft oder AusbildnerInnen genügen will, sondern weil ich mich entwickeln will.

Das Zentrieren auf einen Menschen entspricht zutiefst Rogers, wie ich ihn verstehe – und immer provokant für eine Gesellschaft. Aber genau darin liegt für mich eine Freiheit, die Entwicklung erlaubt, und daher ist Rogers meines Erachtens immer aktuell. Und zwar in jeglichem Bereich.

Es ist mir bewusst, dass es sich beim Lernen in Freiheit um eine Idee handelt, also ein Ideal, das wie die „fully functioning person" nicht erreichbar ist. Aber es benennen und eventuell einen kleinen weiteren Schritt in diese Richtung zu machen, ist ein Wunsch meinerseits.

Maria Theurer: Die Frage nach den Beweggründen für eine Ausbildung in Klientenzentrierter Gesprächstherapie nach Rogers möchte ich so beantworten, dass ich zunächst etwas von meiner persönlichen Entwicklung und meinem therapeutischen Werdegang erzähle.

Im Alter von 24 Jahren begann ich eine körpertherapeutische Ausbildung in Posturaler Integration, die mir als gutes Fundament für das Arbeiten mit Menschen erschien; als alleiniges therapeutisches Handwerkszeug empfand ich die Ausbildung aber als unzureichend, und so beschäftigte ich mich als „Zaungast" mit diversen psychotherapeutischen Methoden. Da ich als Legasthenikerin in der Schule meine liebe Not gehabt hatte, wich ich einer Ausbildung in den etablierten Strukturen aus und bewährte mich zunächst nur im alternativen Bereich. Im Laufe der Zeit und mit wachsendem Erfolg in der eigenen Praxis wurde in mir der Wunsch stärker, doch ein psychotherapeutisches Fachspezifikum zu absolvieren. Im Zuge der Übergangsregelung beschloss ich, das Wagnis einzugehen.

Für die Ausbildung nach Rogers habe ich mich intuitiv entschieden. Mein positiver Eindruck von Rogers begründete sich darin, dass mich sein humanistisches Weltbild und sein Prinzip der Wahrung und Achtung für das Individuelle im Menschen sehr angezogen hat. Ausgehend von meinem körpertherapeutischen Hintergrund, wo

sehr viel mit Emotionen und authentischem, lebendigem Ausdruck gearbeitet wird, hegte ich anfangs das Vorurteil, Rogers wäre vielleicht ein wenig verstaubt und langweilig – im Sinne dessen, dass sich die Rolle des Therapeuten auf die wohlwollende Unterstützung des Klienten beschränkt und darauf, ab und zu empathisch „Mhmm" zu sagen.

Mit diesem ersten Eindruck war ich nicht allein. Die Ursache dafür liegt meiner Ansicht nach darin, dass zwei der drei Rogerianischen Grundhaltungen (Empathie und unbedingte Wertschätzung) zu einem Allgemeingut in der therapeutischen Szene geworden und dadurch im Sinne von Rogers verflacht sind. In anderen Therapierichtungen werden die beiden Grundhaltungen als bloße Rahmenbedingungen angesehen, innerhalb derer mit spezifischen Methoden gearbeitet wird. Bei Rogers sind eben die drei Grundhaltungen die Basis für das therapeutische Handeln. So sieht er z.B. Empathie nicht nur als reines Mitschwingen mit dem Klienten; das hat sich in der Ausbildung klar gezeigt, und für mich persönlich hat es sich besonders deutlich in Ute Binders störungsspezifischem Empathieverständnis manifestiert. Nur über dieses erweiterte Verständnis kann ich als Therapeut dem inneren Bezugsrahmen des Klienten gerecht werden und ihn in einer für ihn annehmbaren Form mit seiner Inkongruenz konfrontieren.

Aus meiner heutigen Sicht stellt sich der Rogerianischen Ansatz als ganz und gar nicht verstaubt dar – im Gegenteil: Das Schwergewicht der Therapie liegt auf der Beziehungsgestaltung und nicht auf Methoden, die irgend etwas bewirken sollen. In meinem Verständnis von klientenzentrierter Arbeit begegnet der Therapeut dem Klienten mit seiner eigenen Persönlichkeit; er ist mit seiner inneren Herkunft in Kontakt und kann nicht als distanzierter „Superman" agieren. Das empfinde ich als wirklich wesentlich, da die Nachfrage nach magischen Instantlösungen in der heutigen Zeit besonders groß ist.

Dieser Anspruch auf eine kongruente Beziehungsgestaltung birgt meiner Ansicht nach die größte Herausforderung und auch die größte Gefahr für den Therapeuten. Die Chance besteht darin, dass man als Therapeut aufgefordert ist, sich selbst der Unsicherheit des eigenen Entwicklungsprozesses auszusetzen, solange man in dem Beruf tätig ist. Als Gefahr sehe ich, dass der Therapeut in diesem offenen Raum, den die Rogerianische Gesprächstherapie bietet, seine eigenen Anteile nicht mehr als solche erkennen kann. Das Fehlen von Strukturen und die Gewichtung auf die eigene Person kann zu einer Überschätzung der eigenen Wahrnehmung führen, vor allem dann, wenn der Therapeut sich selbst dem Klienten gegenüber? zuviel falsch verstandene unbedingte Wertschätzung an den Tag legt. Das führt dazu, dass er sich selbst zu wenig hinterfragt, und so wird seine Wahrnehmung des Klienten in hohem Maße von seinem eigenen Weltbild überlagert. Dann besteht die Gefahr, dass er wichtige Entwicklungsschritte bei seinem Klienten blockiert.

Rogers geht nicht davon aus, dass der Therapeut in allen Lebenslagen kongruent sein muss, aber in der Beziehungsgestaltung zum Klienten muss er es sein. Diesem Anspruch kann er langfristig nur dann gerecht werden, wenn er einen guten Umgang mit seinem eigenen Sein entwickelt. Diese Herangehensweise kommt mir in der Arbeit sehr entgegen, da mir der sorgfältige Umgang mit Eigenresonanz ganz wichtig ist. In dieser Form wird die Arbeit auch für mich als Therapeutin zu einem sehr persönlichen, lebendigen und bereichernden Prozess. Weiters war es mir schon immer sehr wichtig, gut auf die Grenze Klient-Therapeut zu achten. Bei Rogers erlebe ich diese Grenze nicht als Abgrenzung, sondern als eine Erweiterung der Möglichkeiten therapeutischen Handelns. So fühle ich mich bei Rogers gut aufgehoben und habe eine therapeutische und geistige Heimat gefunden.

Zum Abschluss möchte ich Wolfgang Keil erwähnen, der die Sonderausbildung geleitet hat und für mich ein wahrer Rogers-Kenner ist. Er hat mir auf sehr feine Art Rogers' Grundwerte nähergebracht und so meine Möglichkeiten für den sorgfältigen Umgang mit meinen Klienten erweitert. Im Zuge der Ausbildung und besonders der Lehrtherapie konnte ich auch das Kämpfen gegen etablierte Strukturen sein lassen und eine neue und spannende Herangehensweise an therapeutisches Handeln finden. So freue ich mich, bald Klientenzentrierte Gesprächstherapeutin zu sein und dies dann mit einem offiziellen Schild an meiner Tür zu bekunden.

Martina Kucera: Mein Verhältnis zu Carl Rogers, meine Zuneigung illustrierend, folgende kleine Episode:

Ich sitze im Cafehaus, blättere im „Forum"- Programm und lese, dass C. Rogers am 8. 1. 1902 geboren wurde. Ich bin begeistert. Am selben Tag, also ebenfalls am 8. Jänner, hat meine jüngste Tochter Geburtstag! So ein Zufall! Ich freue mich.

Ich hatte in meiner Lebensgeschichte Erfahrungen gemacht, die mir drängende, oft quälende Fragen beschert haben. Wie konnte etwas so Zerrissenes, Schmerzvolles, Verirrtes wie das Leben, das ich kannte, das ich in mir und bei anderen beobachtete, wie konnte dieses Dasein so etwas wie Heilung erfahren?

Gab es da einen Weg, manches zu heilen, wieder-gut-zu-machen?

In mir selber fühlte ich dieses Bedürfnis und auch in meinem Umfeld, bei meinen Mitmenschen.

Die Wahl hin in diese Ausbildung, zuerst einmal ins Propädeutikum, erfolgte zu Beginn eher intuitiv, nicht wohlüberlegt, dann jedoch gänzlich ohne Zweifel hinsichtlich der Entscheidung.

Während des Propädeutikums entdeckte ich dann C. Rogers. Es war tatsächlich so, dass ich voller Freude mein erstes Buch von C. Rogers las, voller Glück, dass ich endlich die Formulierungen meiner ureigensten Fragen, Antworten, Vermutungen zu lesen bekam.

Ihn über seine Bücher zu entdecken, und vor allem über die Art und Weise, wie meine Lehrer und Ausbildner seinen Ansatz lehren und vermitteln, war, als hätte ich meinen intellektuell-emotionalen Heimathafen gefunden. Zusätzlich zur Freude über das Gelesene repräsentierten die Ausbildner der neu gegründeten Sektion Forum in der APG – und tun es heute noch –, die Haltungen, die

der Personzentrierte Ansatz vertritt, auch außerhalb der therapeutischen Situation.

Dieser Umstand ist ein entscheidendes, notwendiges Kriterium für mich, eine jahrelange Ausbildung zu beginnen und selbstverständlich mit den Lehrenden zu „leben", sie auch in mein Leben zu integrieren.

Ich würde keine Methode erlernen wollen, die von Menschen gelehrt wird, die sich mit den Grundsätzen derselben im Umgang mit den Ausbildungskandidatinnen nicht verpflichtet und angehörig fühlen. Insbesondere die Wertschätzung und die Transparenz sehe ich in diesem Zusammenhang als besonders wichtig an.

Was die Frage „Der Personzentrierte Ansatz heute" betrifft:

„Kontakt über Verstehen - Verstehen über Kontakt" herzustellen scheint mir die intelligente, logische Antwort auf Konflikte zu sein, egal auf welcher gesellschaftlichen Ebene, im Kleinen wie in großen politischen Zusammenhängen.

Menschen zu unterstützen, ihr Eigenes, ihr Selbst zu entwickeln, nicht-integrierte Anteile wieder zu entdecken, auferstehen zu lassen. Das kann nur gut sein.

Es entspricht meiner Erfahrung, dass Gefühle, Gedanken, Empfindungen, die erspürt und symbolisiert werden können – haben sie noch so bedrohlich gewirkt, solange sie „Theorie" waren –, ihren Schrecken verlieren, wenn sie ans Tageslicht kommen können.

„Es gibt nichts Böses, außer man lässt es nicht zu", vielleicht so.

Meines Erachtens sind die Ausführungen von Rogers schlicht erfahrbare Tatsachen. „Seine Variablen" wirken genau so, wie er es beschrieben hat, sie sind hinreichende Bedingungen, um einen stagnierenden Prozess der Entwicklung wieder in Gang zu bringen.

Die Aktualisierungstendenz gibt es, man kann sie erfahren und spüren.

Nach meiner Erfahrung sind Techniken dagegen nebensächlich. Sie können für sich keinen Weg bahnen, um im Rahmen des inneren Bezugssystems des Klienten empathisch zu verstehen und Prozesse zu begleiten.

Ich meine, dass es gerade auch in diesem Sinn einer ausführlichen, sehr genau genommenen Ausbildung und Entwicklung von Menschen bedarf, um über die Fähigkeit des „Facilitating" jenseits von Techniken im Sinne von vorgefertigten Handlungsabläufen, zu verfügen.

Ich sehe diese Anforderungen an mich als Ausbildungskandidatin ausreichend gestellt und begrüße die Dauer und Intensität der Ausbildung zur personzentrierten Psychotherapeutin.

Michael Schwarz: Ich wusste, dass ich Therapeut werden wollte, oder sollte ich besser sagen, eine Therapieausbildung machen wollte. In Frage kamen allerdings mehrere Ansätze, neben dem Personzentrierten auch Psychodrama und Psychoanalyse

Mir fallen auch die vergleichsweise geringen Kosten und die kurze Mindestdauer ein sowie die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen", wie C. Rogers sie formuliert. Soweit sie sich mir im Propädeutikum vermittelten, klang das doch recht einfach, fast wie eine „g'mahte Wies'n". Schließlich lernte ich durch eine einjährige Supervisionsgruppe und einen Kurs im Propädeutikum den Ansatz etwas näher kennen. Ausschlaggebend waren schließlich Personen, die AusbildnerInnen im Forum sind und die ich in Propädeutikums-Zeiten kennengelernt hatte.

Am Beginn hatte ich keine konkreten Erwartungen. Groß war jedenfalls meine Neugier auf das Kommende.

In meiner Ausbildung sollte sich bald herausstellen, dass die „Wiese" der notwendigen und hinreichenden Bedingungen keineswegs so „g'maht" war, wie ich anfangs gedacht hatte. Vielmehr habe ich mit fortschreitender Ausbildung gemerkt, wie anspruchsvoll diese Variablen tatsächlich sind und welche Herausforderung sie an den Therapeuten stellen. Heute wundere ich mich ein bisschen über meine damalige Naivität, denn inzwischen hat sich mir diese Richtung auch in der Theorie als sehr viel komplexer dargestellt. Die Selbsterfahrung – in der Gruppe und in der Einzeltherapie – ist zum zentralen Punkt für mich in der Ausbildung geworden.

Ich merke, dass ich aus der Theorie nur in dem Maße Nutzen ziehen kann, als ich sie mit persönlichen Erfahrungen in Beziehung setzen kann. Ebenso aber wächst mein Interesse an Primärliteratur, da ich da wohl noch viel mehr herausholen könnte, als ich bisher getan habe. Für mich als Person, aber auch für mich als Therapeut. Wie groß die Bedeutung ist, die Carl Rogers für mich hat, wird mir erst zunehmend klar. Spannend und erstaunlich!

Zuletzt noch ein Begriff, den ich in diesem Text unbedingt erwähnen will: Vertrauen in Entwicklung, insbesonders: Vertrauen in meine Entwicklung. Das erfahren zu haben, gehört zum Schönsten, das mir durch diese Ausbildung „passierte".

Natürlich ist es nicht „passiert", und es beschränkt sich auch nicht auf die Ausbildung, sondern spielt eine zentrale Rolle in meinem Leben.

Autoren/innen bzw. Interviewpartner:

Karin Hegar, *1966, lic. phil. Psychologin, Tätigkeit: Psychotherapie und Forschung an der Psychosomatischen Abteilung des Kantonsspitals Basel, Spezialgebiet: Psychologische Beratung und Psychotherapie für DiabetikerInnen; zur Zeit in der Weiterbildungsphase 2 der Psychotherapie-Ausbildung der SGGT.*
Adresse: Baselstrasse 11a, CH–4124 Schönenbuch
E-Mail: karin.hegar@balcab.ch

Margret Katsivelaris, *1955, Sozialarbeiterin an der Child Guidance Clinic Wien, Personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis.*
Adresse: Hochbuchstraße 22, A–3003 Gablitz

Martina Kucera, *1967, Gesangsstudium, Personzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis, im Fachspezifikum der APG/Sektion Forum, Trainerin für Berufsorientierung mit verhaltensauffälligen/behinderten Jugendlichen.*
Adresse: Storchengasse 15/12, A–1150 Wien

Frank Margulies, *1968, lic. phil., Psychologe FSP. Psychologiestudium in Fribourg (CH), arbeitet in der ambulanten Jugendberatungsstelle SAMOWAR des Bezirks Horgen (Zürich), in Ausbildung zum personzentrierten Psychotherapeuten seit 1997; Arbeitsfeld: Jugendliche, Familien, Kinder.*
Adresse: Berninastrasse 8, CH–8057 Zürich
E-Mail: frankmargulies@bluewin.ch

Michael Rehrl, *1961, Mag., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis in Wien.*
Adresse: Anton-Burg-Gasse 2/20, A–1040 Wien

Michael Schwarz, *1961, Personzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis; im Fachspezifikum der APG/Sektion Forum.*
Adresse: D'Orsay-Gasse 7/28, A–1090 Wien

Maria Theurer, *1958, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis.*
Adresse: Margaretenstraße 96/4, A–1050 Wien

Harald Erik Tichy, *1958, Mag. phil., Diplompädagoge, Personzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision, im Fachspezifikum in der APG/Sektion IPS; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie in freier Praxis, Unterricht in Yoga und buddhistischer Meditation und das Forschen nach Möglichkeiten wechselseitiger Vertiefung von moderner Psychologie und traditioneller Spiritualität in einem postkonfessionellen Kontext.*
Adresse: Sturzgasse 40/2, A–1150 Wien

Person 2 (2001) *118–119*

Profil zeigen – zum Hundertsten ein Institut

Interview zur Eröffnung des PCA-Institutes in Zürich

Im Jahr 2002, in dem Carl R. Rogers seinen 100. Geburtstag feiern könnte, wird in der Schweiz, in Zürich, das „PCA-Institut" eröffnet. Es entwickelte sich aus der SGGT (Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie). Dem Personzentrierten Ansatz mehr Öffentlichkeit zu verschaffen, gerade auch gesellschaftspolitisch, ist das erklärte Anliegen. Die Räumlichkeiten sind gefunden und können bereits benützt werden. Die Eröffnungsfeier wird im Laufe des Jahres 2002 stattfinden. Als Trägerschaft musste eine Stiftung gegründet werden. Dem Stiftungsrat gehören Personen aus Politik, Wirtschaft und der SGGT an. Stiftungsratspräsidentin ist Bettina Bacher, Gesprächspsychotherapeutin und Vorstandsmitglied SGGT. Mit ihr führte Kathrin Roth-Staudacher das folgende E-Mail-Interview.

Montrer qui on est – pour le centième anniversaire un Institut. *Interview à l'occasion de l'inauguration de l'Institut PCA à Zurich.*

Frau Bacher, was zeichnet den Personzentrierten Ansatz nach Carl Rogers aus, dass es Sinn macht, ein Institut zu gründen?
Die Basis, die Carl Rogers mit den drei Variablen Echtheit/Kongruenz, Empathie und Wertschätzung gelegt hat. Meines Erachtens ist der Grad der Verwirklichung dieser Haltung ausschlaggebend für die Qualität jeder Therapie, sei sie nun körperorientiert, kreativ oder eine Ärztin-Patient-Beziehung, etc. Ich möchte aber noch viel weitergehen: Wenn es uns gelingt, diese Haltung in unserem Alltag zu leben, andere damit anzustecken, werden unsere Beziehungen in unseren Partnerschaften, Familien, Geschäftskontakten, in der Politik und im Umgang mit anderen Ethnien oder mit anderen Werthaltungen konstruktiver, toleranter und friedfertiger.

Wie kann und soll diese Haltung mit einem Institut umgesetzt werden?
Ein Institut bietet ganz neue Möglichkeiten, den Personzentrierten Ansatz zu leben und bekannt zu machen. Die Berufsverbände sind mit der Zeit immer mehr in den Sog standespolitischer Auseinandersetzungen gekommen. Inhalte wurden fast ganz an den Rand gedrängt. Das Institut bietet eine geistige Heimat, in der wir uns praktisch ausschließlich wieder den Anliegen des Personzentrierten Ansatzes widmen können. Es bietet Raum für persönliche Treffen, bei denen Ideen entstehen können. Ohne großen organisatorischen Aufwand entstehen Gesprächszyklen, die sich mit aktuellen Themen, wie demjenigen der Terroranschläge in New York und des Kriegs in Afghanistan unter unserem ganz spezifischen Blickwinkel befassen.

Der gelebte Personzentrierte Ansatz innerhalb dieses Institutes scheint etwas ganz Besonderes zu sein. Könnten Sie diesen anhand eines Beispieles noch etwas ausführlicher illustrieren?
Bleiben wir gleich bei diesem Beispiel. Die Menschen in Ost und West waren erschüttert über die Ereignisse in New York vom 11. September 2001 und sie bewerten sie naturgemäß völlig verschieden. Ein Mitglied der SGGT hat spontan eine Zusammenkunft einberufen. Etwa 18 Teilnehmende sind am ersten Treffen erschienen und haben ihre Betroffenheit ausgetauscht. Die auf Amerika fokussierte Sicht hat schnell einer differenzierteren Auseinandersetzung Platz gemacht. Die Anwesenden begannen sich vorzustellen, wie denn die Menschen in diesen ganz armen und unterdrückten Zonen der Erde dazu kommen, sich zu radikalisieren. Sie sind dabei zum Schluss gekommen, dass es wirklich ein Verstehen ganz anderer Werthaltungen braucht, um etwas zum Frieden beitragen zu können. Das Verstehen führt dann hoffentlich auch zu wertschätzenderem Handeln allgemein anderen Kulturen gegenüber. Dieser durch den 11. September ausgelöste Austausch ist bereits zu einer vorläufig festen Einrichtung am Institut geworden.

Dieses eindrückliche Beispiel zeigt auf, was der Personzentrierte Ansatz bewirken kann. Schade, dass er nicht bekannter ist! Was und wie trägt das Institut nach außen dazu bei?
Meine Hoffnung ist es, dass wir am Institut einen reichhaltigen Veranstaltungskalender für die verschiedensten Berufsgruppen und sonstige Interessentinnen und Interessenten aufstellen können. Die Angebote sollen mit der Zeit eine Magnetwirkung entfalten. Auch wenn wir öfter über den Gartenzaun blicken werden, wäre es mein Wunsch, dass wir uns aus der Optik des Personzentrierten Ansatzes mit anderen „Methoden" und neuen Einsatzgebieten auseinander setzen. So könnte ich mir vorstellen, dass wir uns der Frage zuwenden: „Wie wirkt der Personzentrierte Ansatz in Systemen?". Oder: „Ab welcher Eskalationsstufe in Konflikten braucht es vorerst andere Maßnahmen, bevor personzentriert gearbeitet werden kann?" (wobei die personzentrierte Haltung natürlich immer gelebt werden sollte). Oder ein Feld, für das wir geradezu prädestiniert scheinen und das bis jetzt links liegen gelassen wurde, ist die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Ich glaube, der Personzentrierte Ansatz wird am besten bekannt, wenn wir ihn überall, wo wir hingehen, leben und viele einladen, ihn kennen zu

lernen. Ein Institut bietet hiefür natürlich noch zusätzliche, geeignete Möglichkeiten.

Sie wollen von ganz verschiedenen Seiten her den Personzentrierten Ansatz bekannt machen und möglicherweise weiter entwickeln. Wo sehen Sie Gründe, weshalb für dieses Vorhaben gerade jetzt ein günstiger Zeitpunkt sein könnte?
Ob der Zeitpunkt gerade heute günstig ist, weiß ich nicht. Dass er heute aber Not tut, dessen bin ich sicher. Es ist eine Binsenweisheit, dass wir heute in einer Welt leben, in der es immer mehr um Effizienz geht. Auf den meisten Menschen lastet zur Zeit ein enormer Erfolgsdruck, das Leben wird immer mehr beschleunigt. Mit dem Personzentrierten Ansatz kann ich wieder zur Ruhe kommen, kann etwas wachsen und werden lassen. Es ist nur zu hoffen, dass viele unter uns sich dazu die Zeit nehmen.

Inwieweit sind diese Überlegungen auf das Institut übertragbar?
Es bietet Raum für die Sitzungen der SGGT, für Encounters, Kurse, Vorträge, Feste und vieles andere mehr. Die zahlreichen Mitglieder, die sich bis jetzt engagiert haben, sind alle dem Ansatz verpflichtet und stellen damit sicher, dass Begegnung am Institut echt, mit Wertschätzung und Empathie füreinander stattfindet. Meine Kolleginnen und Kollegen sind begeistert von der Ausstrahlung des Instituts und von den Möglichkeiten, die es bietet.

Welches sind Ihre Visionen für das „PCA-Institut" im Jahr 2012, also in zehn Jahren?
Das Institut soll eine Ausstrahlung nach außen haben, bei der deutlich wird, dass der Personzentrierte Ansatz in allen Lebensbereichen zu lebendigen, ehrlichen, respektvollen Beziehungen führt. In diesem Hause ist Platz für Begegnung, Weiterentwicklung, Bildung, wissenschaftliches Arbeiten, Therapie, Kreativität und Friedensarbeit. Der Stiftungsrat und die Institutsleitung sorgen dafür, dass es auf eine gute wirtschaftliche Basis gestellt wird, damit es wachsen kann. Die vielen Kolleginnen, Kollegen und Interessierten werden es so beleben, dass eine breite faszinierende Angebotspalette entsteht.

SGGT
Schweizerische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie
und Personzentrierte Beratung
Josefstrasse 79
CH - 8005 Zürich

PCA-Institut
Swiss Institute of
Person-Centered Approach

Josefstrasse 79
CH - 8005 Zürich

Neues Institut für den Personzentrierten Ansatz in der Schweiz

Die SGGT hat am 12.6.01 die „Stiftung für die Erhaltung, Förderung und Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes nach Carl Rogers" gegründet. Ihr erklärtes Ziel ist es, ein Institut zu führen, um auf unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ebenen die Verbreitung des Personzentrierten Ansatzes aktiv zu fördern und vermehrte Anstrengungen im Bereich der Theoriebildung als auch in der wissenschaftlichen Forschung zu unterstützen.

Eröffnungsfeier: 22. Juni 2002

Vorankündigung: Voraussichtlich im Herbst 2002 organisiert das PCA-Institut eine erste Fachtagung.
Interessierte wenden sich bitte an das Swiss Institute of Person-Centered Approach, Josefstrasse 79, 8005 Zürich, SFPA@email.ch

Rezension

Margarethe Letzel

P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid, N. Stölzl (Hg.): Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen

Facultas, Wien, 2001, 488 Seiten, € 36.–

Einen Überblick zu geben über den Stand der Klientenzentrierten respektive Personzentrierten psychotherapeutischen Dinge – so könnte man das Anliegen der österreichischen KollegInnen kurz auf einen Nenner bringen. Und dass dieser Stand der Dinge ein komplexer ist, das macht bereits die Titelwahl deutlich. Der aufgefächerte Name ist Buchprogramm: Das, was da Personzentrierte oder Klientenzentrierte Psychotherapie heißt, soll fassbar gemacht, in seiner Vielfalt eindeutig dargestellt und das Profil noch prägnanter herausgearbeitet werden.

Dass das kein einfaches Unterfangen ist, wird den aufmerksam Lesenden schnell klar. Was ist eigentlich „personzentriert"? Was darf sich so nennen und was nicht? Muss alles gehen dürfen oder doch eher nicht? Die Autorinnen argumentieren, verfechten ihren Standpunkt und es schimmert immer wieder durch: Da wird um Positionen gerungen. Was die Einen als Widersprüchliches und nicht vereinbar mit einer personzentrierten Grundhaltung empfinden, erleben die Anderen als bereichernde und unverzichtbare Vielfalt. Und wie Peter Schmid in seiner Einleitung schreibt, soll die Lektüre ermöglichen, die Vielzahl der Facetten personzentrierten Arbeitens zu überblicken, auf dass die Lesenden sich ihr eigenes Bild und ihr eigenes Verständnis davon entwickeln, was personzentriertes Arbeiten heißt.

Ihren Anspruch haben die AutorInnen eingelöst. Mit übersichtlich gegliederten Kapiteln, griffigen Titeln und klaren Abstracts erleichtern sie den Lesenden schnelle Orientierung. Das Buch ist – wie man es bei diesen AutorInnen bereits gewohnt ist – sorgfältig aufgebaut und ermöglicht damit einen konzisen Überblick über die Geschichte, die Theorie, die gelebte Praxis der Personzentrierten Psychotherapie in ihren unterschiedlichen Aspekten und Verständnissen heute und wie die Personzentrierte Psychotherapie im Vergleich mit den anderen psychotherapeutischen Richtungen heute zu verorten ist. Die Kontroverse um die „internen" Positionen schimmert immer wieder auf, verhalten oder klar benannt, und regt an zu intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Auffassung.

Sich durch das Buch hindurchzuarbeiten braucht allerdings Geduld und Standvermögen. Die AutorInnen haben enorm viel Material zusammengetragen – was den Lesenden als Lohn wiederum ihrer Mühen das reiches Spektrum der aktuellen Theoriediskussion und ihren geschichtlichen und philosophischen Wurzeln präsentiert. Blättern, nachschlagen, sich anmuten lassen – wer benutzt welche Begriffe: klientenzentriert, personzentriert, experienziell, welches Verständnis spiegelt sich darin? Das Buch regt zum Fragen an und dazu, die Antworten selbst zu suchen – und steht somit wohl in bester personzentrierter Tradition – welche Seite auch immer man in der Kontroverse beziehen will.