

Handbuch der Beratung für helfende Berufe

Luitgard Brem-Gräser

3

Ernst Reinhardt Verlag

**Handbuch der Beratung
für helfende Berufe**

Band 3

Handbuch der Beratung für helfende Berufe

Band 1

- A. Allgemeine Grundlagen psycho-sozialer-pädagogischer Beratung
- B. Beratungsrelevante Sonderphänomene

Band 2

- C. Allgemeiner Vergleich zwischen Beratung und Therapie
- D. Psychodynamische und fokalanalytisch orientierte Beratung/Therapie
- E. Lernorientierte, verhaltensmodifizierende Beratung/Therapie

Band 3

- F. Die Klienten- bzw. Personenzentrierte Beratung/Psychotherapie
- G. Die psycho-soziale, kooperative Beratung

Luitgard Brem-Gräser

Handbuch der Beratung für helfende Berufe

Band 3

F. Die Klienten- bzw. Personenzentrierte
Beratung/Psychotherapie

G. Die psycho-soziale, kooperative Beratung

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych. LUITGARD BREM-GRÄSER
Psychologie-Studium an den Universitäten Göttingen und München. Promotion in den Fächern Psychologie, Pädagogik, Psychopathologie in München. – Berufliche Schwerpunkte: Leiterin der Zentrale für Erzieher- und Jugendberatung des Schulreferates der Stadt München (1951–1970). Professorin an der Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen. Aus- und Fortbildung von Lehrern aller Schularten zu Schuljugendberatern bzw. Beratungslehrern in Bayern. – Veröffentlichungen auf den Gebieten der Entwicklungs-, Pädagogischen und Klinischen Psychologie. Autorin des Testverfahrens „Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung“.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Brem-Gräser, Luitgard:

Handbuch der Beratung für helfende Berufe / Luitgard Brem-Gräser. – München ; Basel : E. Reinhardt.

ISBN 3-497-01246-7

Bd. 3. F. Die klienten- bzw. personenzentrierte Beratung, Psychotherapie; G. Die psycho-soziale, kooperative Beratung. – 1993

ISBN 3-497-01249-1(Print). ISBN 978-3-497-60382-4(PDF)

ISBN 3-497-01246-7 (Gesamtwerk)

ISBN 3-497-01247-5 (Band 1)

ISBN 3-497-01248-3 (Band 2)

ISBN 3-497-01249-1 (Band 3)

© 1993 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

F.	Die Klienten- bzw. Personenzentrierte Beratung/ Psychotherapie	1
1.	Einführung	1
1.1.	Umschreibung der Therapie- und Beratungsform	1
1.2.	Unterscheidungskriterien zu anderen beraterischen und therapeutischen Ansätzen	2
1.2.1.	Unprofessionalität	2
1.2.2.	Anwendbarkeit auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen	2
1.2.3.	Politische Relevanz personenorientierter Theorie	2
2.	Historische Entwicklung	2
2.1.	Werdegang des Begründers <i>Carl R. Rogers</i>	2
2.2.	Vier Phasen der historischen Entwicklung	5
2.2.1.	Nicht-direktive Beratung/Psychotherapie	6
2.2.2.	Gefühlsreflektierende (-verbalisierende), Klientenzentrierte Beratung/ Psychotherapie	6
2.2.2.1.	Das Ziel des neuen Ansatzes	6
2.2.2.2.	Das Selbstkonzept	7
2.2.2.3.	Das charakteristische Handeln des Helfenden	7
2.2.3.	Erlebensorientierte (Experiential Therapy) Beratung und Therapie	8
2.2.3.1.	Zentrale Bedeutung des Beziehungsprozesses und seines Verlaufs	8
2.2.3.2.	Bedeutung dieses Ansatzes	9
2.2.3.3.	Weiterentwicklungsanstöße	10
2.2.3.4.	Theorie zur Persönlichkeitsänderung (Experiencing Theory) von <i>Gendlin</i>	10
2.2.4.	Personorientierte bzw. -zentrierte Beratung/Therapie versus empirisch- wissenschaftlich orientierte Gesprächsberatung und -therapie	14
2.2.4.1.	Personorientierte bzw. -zentrierte Beratung/Psychotherapie	14
2.2.4.2.	Empirisch-wissenschaftlich orientierte Gesprächsberatung und -therapie	16
2.3.	Vergleich zwischen Erlebens-therapie und Psychoanalyse	16
2.3.1.	Arbeitsatmosphäre	16
2.3.2.	Primäres Interesse	16
2.3.3.	Hauptsächliche Beschäftigung	17
2.3.4.	Die Leitkonzepte	17
2.3.5.	Das Hauptwerkzeug des Therapeuten	17
2.3.6.	Position des "Leiters" in der therapeutischen Gruppe	17
2.3.7.	Zusammenfassende Betrachtung	17
2.4.	Versuche lerntheoretischer Fundierung der Gesprächspsychotherapie	18
2.4.1.	<i>Truax u. Carkuff (1967, 222)</i>	18
2.4.2.	<i>Linster (1980, 204)</i>	18
2.4.3.	<i>Martin (1975)</i>	18
2.4.4.	<i>Anderson, Wexler u. Zimring</i>	19
2.5.	Allgemeine Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Beratung/Psychotherapie in West-Deutschland	20
2.5.1.	Kurze Kennzeichnung der "Gesprächspsychotherapie"	20
2.5.2.	Betonung der Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte (VEE)	20
2.5.3.	Veränderte Bedeutung und Reihenfolge der drei Beziehungsvariablen	20
2.5.4.	Die naturwissenschaftliche Orientierung	21
2.5.5.	Hinwendung zu einer humanistisch-existentialistischen Fundierung	21

VI Inhaltsverzeichnis

2.5.6.	Notwendigkeit der Kenntnis der Humanistischen Psychologie für klientenzentrierte Berater und Therapeuten	22
2.6.	Die methodologische Zweideutigkeit von <i>Rogers</i>	22
2.6.1.	<i>Rogers</i> Bekenntnis zu seiner zwiespältigen Einstellung	22
2.6.2.	Versuch der Überwindung des widersprüchlichen Standorts durch Phaseneinteilung des helfenden Prozesses	23
2.6.3.	Das Bemühen <i>Rogers</i> um "Wissenschaftlichkeit"	23
2.6.4.	Kritisches Fazit	24
2.7.	Abgrenzungen des klienten- bzw. personenzentrierten Konzepts zu anderen therapeutischen/beraterischen Entwürfen	24
2.7.1.	Grundhaltungen des klientenzentrierten Helfers	25
2.7.2.	Ableitungen aus diesen Grundhaltungen	25
2.7.3.	Abschließende Bemerkung	25
3.	Wissenschaftliche Grundlagen	25
3.1.	Einführung	25
3.2.	Entscheidende Einflußfaktoren	26
3.2.1.	Amerikanische (protestantische) Ethik	26
3.2.2.	"Fortschrittliche Pädagogik"	26
3.2.3.	Psychoanalyse	26
3.2.4.	Zeitgenössische psychologische Theorien	27
3.2.5.	Berufspraxis	27
3.2.6.	Philosophie	27
3.3.	Der existentialistische Ansatz in Beratung und Therapie	28
3.3.1.	Europäische Wurzeln des Existentialismus	28
3.3.2.	Kennzeichen des Existentialismus	29
3.3.3.	Bedeutung des existentialistischen Ansatzes für Beratung und Therapie	29
3.3.3.1.	Verankerung im Hier und Jetzt	29
3.3.3.2.	Betonung der Unmittelbarkeit	30
3.3.3.3.	Verzicht auf den Zugang zum Unbewußten	30
3.3.3.4.	Klient: Daseinspartner des Helfers	30
3.3.3.5.	Dialog: Grundlegende Struktur des Daseins	30
3.3.3.6.	Verbindung zwischen Klient und Berater/Therapeut: "Begegnung auf dem Abgrunde des Daseins"	30
3.3.3.7.	Radikal psychologisches Vorgehen in Beratung und Therapie	31
3.3.4.	Kritische Würdigung des existentialistischen Ansatzes in Beratung und Therapie	31
3.3.4.1.	Eignung für spezifische Probleme	31
3.3.4.2.	Relevanz für die Behandlung psychotischer Entfremdungsgefühle	31
3.3.4.3.	Praktische Änderungen und neue Methoden des existentialistischen Ansatzes	32
3.3.4.4.	Vor- und Nachteile dieser spezifischen Innovation	32
3.4.	Die Humanistische Psychologie als "Dritte Kraft"	33
3.4.1.	Gründung der Humanistischen Psychologie	33
3.4.1.1.	Erläuterung der "Dritten Kraft"	33
3.4.1.2.	Begründung der Wahl des Begriffs "Humanistische Psychologie"	34
3.4.1.3.	Hinweis auf unterschiedliche Auffassungen zwischen humanistischer und behavioristischer Psychologie	34
3.4.2.	Wurzeln der humanistischen Psychologie	35
3.4.2.1.	Integration des Grundwissens anderer Wissenschaften	35
3.4.2.2.	Die geistigen Väter	35
3.4.2.3.	Herkunft weiterer Beiträge	35
3.4.2.4.	Persönlichkeitstheorien	35
3.4.2.5.	Weitere Entwicklung	36
3.4.2.6.	Gesellschaftskritische Anstöße	36

3.4.3.	Verbundenheit des klientenzentrierten Ansatzes mit der Humanistischen Psychologie	36
3.4.4.	Ausgangsposition der Humanistischen Psychologie	37
3.4.4.1.	Das Subjekt-Modell	37
3.4.4.2.	Psychologie der Gesundheit	38
3.4.4.3.	Normative Sozialpsychologie	39
3.4.5.	Umschreibung grundlegender Begriffe	39
3.4.5.1.	Selbstverwirklichung	39
3.4.5.2.	Wachstum	40
3.4.5.3.	Sein	41
3.4.6.	Stellungnahme zu zwei therapeutisch bedeutsamen Problemfeldern	42
3.4.6.1.	Defizit-Motivation und Wachstums-Motivation	42
3.4.6.2.	Erfahren des Seins in den "Grenzerfahrungen"	44
3.4.7.	Erläuterung spezifischer Konstrukte	46
3.4.7.1.	Aktualisierungstendenz (actualizing tendency)	46
3.4.7.2.	Erfahrung (experience)	46
3.4.7.3.	Bewußtsein (awareness, symbolisation, consciousness)	46
3.4.7.4.	Gefühl, Erfahren eines Gefühls (feeling, experiencing a feeling)	46
3.4.7.5.	Selbst, Selbstkonzept, Selbststruktur (self, concept of self, self-structure)	46
3.4.7.6.	Selbstideal (ideal self)	47
3.4.7.7.	Selbsterfahrung (self-experience)	47
3.4.7.8.	Selbstaktualisierung, Tendenz zur Selbstaktualisierung (tendency toward selfactualisation)	47
3.4.7.9.	Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung (incongruence between self and experience)	47
3.4.7.10.	Psychologische Fehlanpassung (psychological maladjustment)	47
3.4.7.11.	Verzerrung oder Verneinung im Bewußtsein (distortion in, denial to awareness)	47
3.4.7.12.	Kongruenz von Selbst und Erfahrung	48
3.4.7.13.	Psychologische Anpassung (psychological adjustment)	48
3.4.7.14.	Positive Zuwendung (positive regard)	48
3.4.7.15.	Unbedingte positive Zuwendung (unconditional positive regard)	48
3.4.7.16.	Selbstachtung, positive Wertschätzung	48
3.4.7.17.	Bedürfnis nach Selbstwertschätzung (need for positive self-regard)	48
3.4.7.18.	Werthaltungen (conditions of worth)	48
3.4.7.19.	Standpunkt der Bewertung (locus of evaluation)	49
3.4.7.20.	Organismischer Bewertungsprozeß (organismic valuing process)	49
3.4.7.21.	Interner Bezugsrahmen (internal frame of reference)	49
3.4.7.22.	Einfühlerndes Verstehen	49
3.4.8.	Kritische Betrachtung	49
3.4.8.1.	Allgemeine Einwände	49
3.4.8.2.	Vernachlässigung der gesellschaftlich-sozialen Dimension in den Therapiekonzepten und im empirischen Forschungsprozeß	50
3.4.8.3.	Schwächen des humanistischen Subjektmodells	50
3.4.8.4.	Bisherige Uneingelöstheit des betont "emanzipatorischen Erkenntnisinteresses"	51
3.4.8.5.	Gefahr eines "inhumanen Humanismus"	51
3.4.8.6.	Notwendigkeit anderer theoretischer Akzente	51
3.4.8.7.	Würdigung positiver Ansätze	52
4.	Grundannahmen	53
4.1.	Kernaussagen der Persönlichkeitstheorie von <i>Rogers</i>	53
4.1.1.	Jeder Mensch ist von Natur, von Grund auf sozial, vorwärts gerichtet, rational und realistisch	53
4.1.2.	Das Selbst des Menschen formt sich in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt	53
4.1.3.	Die "gesunde" Persönlichkeit ist psychisch integriert	54

VIII Inhaltsverzeichnis

4.1.4.	Die "gestörte" Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch eine nichtgelungene "Anpassung"	54
4.2.	Die neunzehn Thesen	54
4.3.	Zusammenfassung	57
4.4.	Rogers' Schlußfolgerung	58
5.	Das Krankheitskonzept	58
5.1.	Das Krankheitskonzept in der Theorie	58
5.1.1.	Grundlegende Annahmen	58
5.1.2.	Hinweise auf einen intern orientierten Krankheitsbegriff	59
5.1.2.1.	Betonung des Selbst und der Selbstverwirklichung	59
5.1.2.2.	Annahme interner Verursachung der Probleme	59
5.1.2.3.	Ortung psychischer Störungen als Prozesse im Individuum	59
5.1.3.	Belege für einen extern orientierten Krankheitsbegriff	60
5.1.3.1.	Rückführung gestörten Verhaltens auf umweltbezogene Lernprinzipien	60
5.1.3.2.	Verzerrte Wahrnehmung als Kennzeichen der Fehlanpassung	60
5.1.3.3.	Vermeidung eines fixierten Neurosebegriffs	60
5.1.3.4.	Wahl der Bezeichnung "Klient" statt "Patient"	60
5.1.3.5.	Lerntheoretische Erweiterungen des klientenzentrierten Konzepts	61
5.1.4.	Fazit	61
5.2.	Das Krankheitskonzept in Beratung und Therapie	61
5.2.1.	Allgemeine Ursachen "kranken" Verhaltens	61
5.2.2.	Spezifische Therapie-/Beratungsvariablen eines extern-variabel orientierten Krankheitskonzepts	62
5.2.2.1.	Empathisches Verstehen	62
5.2.2.2.	Sprachliches Berater-/Therapeutenverhalten	62
5.2.2.3.	Gebrauch bestimmter Sprachmodi von Berater/Therapeut und Klient	62
5.2.2.4.	Resümee	63
5.3.	Das Psychose-Verständnis	63
5.4.	Konsequenzen des personen-/klientenzentrierten Krankheitsverständnisses	63
5.5.	Kritische Überlegung	64
6.	Zugänge zu den Problemen	64
6.1.	Notwendige Voraussetzungen für eine Beratung/Therapie	64
6.2.	Auswirkungen einer Vorbereitung des Klienten auf die Intervention	65
6.3.	Das Problem der Diagnosestellung	65
6.3.1.	Umschreibung des Begriffs "Diagnose"	65
6.3.2.	Die Bedeutung des diagnostischen Prozesses	65
6.4.	Nachteile und Vorzüge einer diagnostischen Erhebung	66
6.4.1.	Nachteile	66
6.4.2.	Vorzüge	67
6.5.	Konkrete Wege zu den Problemen des Klienten	68
6.6.	Fazit	68
7.	Spezifische Ziele	68
7.1.	Modell der "fully functioning person"	68
7.1.1.	Alle Erfahrungen sind dem Bewußtsein zugänglich	69
7.1.2.	Das Individuum befindet sich im Mittelpunkt sich ständig verändernder Gegebenheiten	69
7.1.3.	Das Individuum erlebt sich selbst als das Maß für sein Verhalten	69
7.1.4.	Beraterische und therapeutische Konsequenzen	69
7.2.	Globalziel: Integration der Persönlichkeit	70

7.3.	Theoretische und dispositionelle Zielbegriffe	70
7.3.1.	Theoretische Zielbegriffe	71
7.3.1.1.	Aktualisierungstendenz	71
7.3.1.2.	Selbstverwirklichung	71
7.3.1.3.	Wachstumspotential	71
7.3.1.4.	Annäherung von "Selbst" und "Idealselbst"	71
7.3.1.5.	Integrationsprozeß	71
7.3.1.6.	Allgemeine seelische Funktionsfähigkeit	71
7.3.1.7.	Kritische Bemerkung	72
7.3.2.	Dispositionelle Zielbegriffe	72
7.3.2.1.	Vorbemerkung	72
7.3.2.2.	Problem des unterschiedlichen Abstraktionsgrades	72
7.4.	Abhängigkeit der Dauerhaftigkeit konstruktiver Änderungen des Klienten vom Beratungs-/Therapieziel	73
7.5.	Kritische Überlegungen	73
7.5.1.	Fragwürdigkeit alleiniger Zielbestimmung durch den Klienten	73
7.5.2.	Gefahr des Negierens äußerer Bedingungen	73
7.5.3.	Erschwerung der Entwicklung eindeutiger Operationalisierungen	73
7.5.4.	Spezielle Problematik der Zielbegriffe "Selbstverwirklichung" und "Selbstaktualisierung"	74
7.5.5.	Individuumszentriertheit des Konzepts	74
7.6.	Vergleich der klientenzentrierten mit der verhaltenstherapeutischen Zielbestimmung	75
7.7.	Neuere Entwicklungstendenzen	75
7.7.1.	Vorprogrammierung von Beratungs- und Therapiezielen durch Indikationsdiagnostik	75
7.7.2.	Erweiterung der Interventionsstrategien	75
8.	Schwerpunkte der Arbeitsweise	76
8.1.	Kurze Rückbesinnung	76
8.2.	Das helfende Vorgehen	76
8.2.1.	Konzentration auf das "gegenwärtige Erleben"	76
8.2.2.	Non-direktive, mäeutische Vorgehensweise	76
8.2.3.	Verlauf des beratenden bzw. behandelnden Prozesses	77
8.2.3.1.	Katharsis und Einsicht	77
8.2.3.2.	Annäherung des real wahrgenommenen Selbst und des Selbst-Ideals	78
8.2.3.3.	Beratung/Therapie und psychische Gesundheit als Prozeß	78
8.2.3.4.	Aktivierung des Erlebens	78
8.2.3.5.	Beratung/Therapie als zwischenmenschliche Beziehung	79
8.3.	Umgang mit dem Phänomen "Übertragung"	80
8.3.1.	Gründe für die undramatische Entwicklung des Übertragungsgeschehens	80
8.3.2.	Ursachen der Vertiefung einer Abhängigkeitsübertragung	80
8.3.2.1.	Wertung des Klienten	81
8.3.2.2.	Erwartung von Abhängigkeit durch den Helfenden	81
8.3.2.3.	Erlebnis innerer Bedrohung durch Selbsterforschung	81
8.3.3.	Vergleich zwischen psychoanalytischer und klientenzentrierter Übertragungs-Einstellung	81
9.	Beziehung zwischen klientenzentriertem Helfer und Klient	82
9.1.	Allgemeine Erläuterung	82
9.2.	Die Begegnungsphilosophie personenzentrierten Vorgehens	83
9.3.	Voraussetzungen einer förderlichen Atmosphäre	84
9.4.	Das Beziehungskonzept von <i>Carl R. Rogers</i>	84

X Inhaltsverzeichnis

9.4.1.	Empathie (präzises, einführendes Verstehen)	85
9.4.1.1.	Erläuterung des Terminus "Empathie"	85
9.4.1.2.	Erforderliche Einstellungen und Verhaltensweisen des Helfers	85
9.4.1.3.	Wirkungen auf den Klienten	86
9.4.1.4.	Übersicht: Einführendes Verstehen versus Nichteinführung	87
9.4.2.	Wertschätzung (bedingungsloses Akzeptieren)	87
9.4.2.1.	Umschreibung des Phänomens "Wertschätzung"	87
9.4.2.2.	Erforderliche Einstellungen und Verhaltensweisen des Helfers	88
9.4.2.3.	Wirkungen auf den Klienten	89
9.4.2.4.	Kritische Überlegungen	89
9.4.3.	Kongruenz (Echtheit)	90
9.4.3.1.	Umschreibung des Merkmals "Kongruenz"	90
9.4.3.2.	Erforderliche Einstellungen und Verhaltensweisen des Helfers	90
9.4.3.3.	Wirkungen auf den Klienten	91
9.4.4.	Notwendigkeit der Transparenz der drei Basisvariablen für den Klienten	91
9.4.5.	Prozeßstadien der Klientenzentrierten Psychotherapie	92
9.5.	Zusammenfassende Betrachtung	93
9.5.1.	Allgemeine Würdigung	93
9.5.2.	Auswirkungen einzelner Interventionen auf Selbstexploration und Selbsterleben von Klienten	94
9.5.3.	Wandel der Auffassung über die "klassischen" drei Variablen	94
9.5.3.1.	Die Variablen als Beziehungselemente	95
9.5.3.2.	Die Abhängigkeit der Variablen voneinander	95
9.5.4.	Kritische Überlegungen zum spezifisch klientenzentrierten Verständnis der Beziehung zwischen Helfer und Klient	96
9.5.4.1.	Ausgangsbasis	96
9.5.4.2.	Rollenverteilung	96
9.5.4.3.	Abhängigkeitsverhältnis	96
9.5.4.4.	Kontrollfunktion	96
9.5.4.5.	Vergütung	96
9.5.4.6.	Definition der spezifischen Helfer-Klient-Beziehung	97
9.5.4.7.	Fazit	97
9.6.	Weitere Erklärungsversuche der Wirkweise der drei Basisvariablen	97
9.6.1.	Lerntheoretische Konzepte	97
9.6.2.	Konflikttheoretischer Ansatz	97
9.6.3.	Informationstheoretischer Ausgangspunkt	97
9.6.4.	Interaktionelles Konzept	98
9.7.	Ergänzende Berater-/Therapeuten-Variablen	98
9.7.1.	Aktivität	98
9.7.2.	Konfrontation	98
9.7.3.	Konkretheit	99
9.7.4.	Emotionale Zuwendung	99
9.7.5.	Psychische Funktionsfähigkeit	99
9.8.	Fazit	99
10.	Indikation	100
10.1.	Universelle Anwendungsmöglichkeiten der Personen-/Klientenzentrierten Beratung und Therapie	100
10.2.	Notwendigkeit der Indikationsforschung	101
10.3.	Indikationsmodelle und ihre Relevanz für die Klientenzentrierte Psychotherapie	102
10.3.1.	Indikation aufgrund psychodiagnostischer Kategorien	102

10.3.2.	Indikation aufgrund aktuellen Erlebens und Wahrnehmens des psychotherapeutischen Prozeßgeschehens durch Klienten und Therapeuten	102
10.3.3.	Indikation aufgrund situativer Verhaltensregistrierung im Beratungs- und Psychotherapieprozeß	102
10.3.4.	Indikation aufgrund der Analyse des zu verändernden Ist-Zustandes	103
10.4.	Psychologische Voraussetzungen im Klienten für die Anwendung Klientenzentrierter Beratung/Psychotherapie	104
10.4.1.	Charakteristika des Klienten	104
10.4.2.	Bedeutung des Sprechvermögens	104
10.4.3.	Mögliche Mißverständnisse in der Auffassung von Sprache	105
10.4.4.	Zusammenfassung	105
10.5.	Günstige Voraussetzungen im Berater/Therapeuten	106
10.5.1.	Der statische und der dynamische Aspekt	106
10.5.2.	Abhängigkeit der Klientenänderung von zwei Bedingungen	106
10.5.2.1.	Qualität des Helfers	106
10.5.2.2.	Ansprechbarkeit des Klienten	106
10.6.	Effizienz der Methode bei spezifischen Störungen	107
10.7.	Zusammenfassende Indikationshinweise und Anwendungsgebiete	107
10.8.	Erschwernisse für eine Klientenzentrierte Beratung/Behandlung im Klienten	109
11.	Dauer der Beratung/Behandlung und Häufigkeit der Kontakte zwischen Helfer und Klient	110
11.1.	Durchschnittlicher Zeitaufwand	110
11.2.	Positive Wirkung zeitlicher Begrenzung	110
11.3.	Bestimmung der Beendigung vorwiegend durch den Klienten	111
11.4.	Problematik zeitlicher Begrenzung	111
12.	Sonderphänomen: Machtproblematik	112
12.1.	Der Allgemeingültigkeitsanspruch der "Philosophie der zwischenmenschlichen Beziehungen"	112
12.2.	Politik des klientenzentrierten Ansatzes	113
12.3.	Konsequenzen in Bezug auf Macht und Herrschaft in Beratung und Therapie	114
13.	Die Ausbildung	114
13.1.	Die Methodik der Ausbildung zur psychotherapeutischen Gesprächsführung	115
13.1.1.	Vorüberlegungen	115
13.1.2.	Die Wirksamkeit verschiedener Ausbildungsmethoden zur psychotherapeutischen Gesprächsführung	116
13.1.2.1.	Lehr- und Kontrollanalyse, Selbsterfahrungsgruppen	116
13.1.2.2.	Fallkonferenz	116
13.1.2.3.	Kollektive Verhaltensauswertung	116
13.1.2.4.	Microcounseling	117
13.1.2.5.	Lehrprogramme	117
13.1.3.	Persönliche Voraussetzungen für den Ausbildungserfolg	118
13.1.3.1.	Persönlichkeitseigenschaften und Eignung für Gesprächspsychotherapie	119
13.1.3.2.	Die Wirkung von Wissensvermittlung und Verhaltenstraining	119
13.2.	Hinweise auf die Darstellung des Ausbildungsprogramms	119
13.3.	Abschließende Bemerkung	119
14.	Allgemeine und spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	119
14.1.	Einleitende Gedanken	119
14.2.	Allgemeingültigkeit der klientenzentrierten Prinzipien	120
14.3.	Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Beeinflussungsarten: Erziehung und Unterrichtung	121

XII Inhaltsverzeichnis

14.3.1.	Umschreibung des Terminus "Erziehung"	121
14.3.2.	Unterschiede	121
14.3.3.	Übereinstimmungen	121
14.4.	Ziele des Erziehens und Lernens	121
14.5.	Realisation von Prozeßmerkmalen als Soll-Werte	123
14.6.	Gegensatz zwischen mechanischem Lernen und ganzheitlichem Aufnehmen	123
14.7.	Bedingungen eines fördernden Lernens	124
14.8.	Wege für Erziehende und Lehrende zur Verwirklichung der Erziehungs- und Lernziele	124
14.9.	Auswirkungen der Realisierung der Rogers-Bedingungen auf Erziehende, Lehrende und Lernende	125
14.10.	Personenbezogene Partnerbeziehungen	125
14.10.1.	Familien-, Ehe- und Partnerbeziehungen	126
14.10.2.	Beziehung zum Kind	126
14.10.3.	Interaktionen zwischen "Vorgesetzten" und "Untergebenen"	126
14.10.4.	Ausblick	127
14.11.	Fazit	127
15.	Klientenzentrierte Beratung	127
15.1.	Das Modell des Beratungsprozesses	127
15.1.1.	Beraterische Bedingungen	128
15.1.2.	Entwicklung beim Klienten	128
15.1.3.	Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen	128
15.2.	Konsequenzen für die beraterische Praxis	128
15.2.1.	Eingehen des Beraters auf die Probleme des Klienten	128
15.2.2.	Formaler Ablauf einer Sequenz klientenzentrierter Beratung	129
15.3.	Vorzüge des klientenzentrierten Konzepts	129
15.3.1.	Zeitliche Begrenzung	129
15.3.2.	Ganzheitliches Vorgehen	130
15.3.3.	Verhältnismäßig schnelle Besserung	130
15.4.	Nachteile	130
15.4.1.	Institutionelle Einbindung der meisten Beratungsstellen	130
15.4.2.	Besonderheit vorherrschender Beratungsanlässe	130
15.4.3.	Geringe Orientierung an einem kognitiv-informativen Ansatz	130
15.5.	Allgemeines Fazit	130
15.6.	Problematik zusätzlicher Verwendung von Informationen und Testergebnissen	131
15.6.1.	Informationen und Testergebnisse als Teile der Gesamtdarstellung des Klienten	131
15.6.2.	Notwendigkeit verlässlicher Kennzeichnung ermittelter Daten	131
15.6.3.	Bezug auf eine realistischere Selbstwahrnehmung im gegenwärtigen Erleben	131
16.	Kritische Überlegungen	132
16.1.	Allgemeine Kritik	132
16.2.	Vorurteile klientenzentrierter Berater/Therapeuten	132
16.3.	Ungesicherte Annahmen des klientenzentrierten Konzepts	133
16.3.1.	Das Selbst ist ein wahrgenommenes Objekt	134
16.3.1.1.	Das Selbst – ein Konstrukt	134
16.3.1.2.	Kongruenz bzw. Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung – ein kognitiver Tatbestand	135
16.3.1.3.	Zusammenfassung	135
16.3.1.4.	Der lerntheoretische Standpunkt	135
16.3.1.5.	Die Bedeutung des Selbst in der Rollentheorie	135
16.3.1.6.	Fazit	136
16.3.2.	Die Aktualisierungstendenz ist angeboren	136

16.3.2.1.	Die Auffassung von <i>Rogers</i>	136
16.3.2.2.	Fragwürdige Rückführung auf biologische Grundausstattung	136
16.3.2.3.	Mangelnde "empirisch-wissenschaftliche Fassung" des Begriffs Selbstaktualisierung	136
16.3.2.4.	Aktualisierungstendenz als Zielvorstellung therapeutischen Handelns	137
16.3.2.5.	Reinterpretation der Motivation zur Entfaltung	137
16.3.3.	Der Mensch ist von Grund auf positiv	137
16.3.4.	Beratung und Therapie setzen nur vorhandene Tendenzen im Individuum frei	138
16.3.5.	Psychisch "gesundes" Verhalten wird durch organismischen Bewertungsprozeß geregelt	138
16.3.6.	Neurotische oder psychotische Störungen entspringen der Diskrepanz zwischen Selbst und Erfahrung	138
16.3.7.	Betonung des zentralen Prinzips der Gleichgewichtigkeit	139
16.3.8.	Kongruenz bedeutet Entsprechung von Erfahrung, Bewußtsein und Kommunikation	140
16.4.	Kritik der methodischen Folgerungen	141
16.4.1.	Mangelnde Umsetzung grundlegender Erkenntnisse in der Praxis	141
16.4.2.	Rückgriff auf individualistische und biologistische Konzeptionen der menschlichen Person	141
16.4.3.	Fragwürdige methodische Konsequenzen	141
16.4.4.	Verdeckung der Kontrollfunktion durch spezifische helfende Beziehung	142
16.4.5.	Überforderung des Helfers	142
16.5.	Änderungsvorschläge	143
16.6.	Kritik an den bisherigen Änderungsvorschlägen; Hinweise auf adäquate Fundierungsmöglichkeiten	143
16.7.	Bedeutung des klienten-/personenzentrierten Ansatzes	144
16.7.1.	Typische Merkmale	144
16.7.2.	Genereller Beitrag zur Theorie und Praxis helfender Verfahren	144
17.	Vergleich des klientenzentrierten Konzepts mit Psychoanalyse und Verhaltenstherapie	145
17.1.	Generelle Unterscheidungsmerkmale des klientenzentrierten Ansatzes zu anderen Theorien	145
17.2.	Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den drei klassischen Konzepten	146
17.2.1.	Allgemeiner Vergleich	146
17.2.2.	Persönlichkeitskonzepte und Konzepte der Fehlanpassung	146
17.2.2.1.	Klientenzentrierte Theorie	146
17.2.2.2.	Psychoanalytisches Konzept	147
17.2.2.3.	Lerntheoretisches und verhaltenstherapeutisches Konzept	148
17.2.3.	Therapeutische Konzepte	148
17.2.3.1.	Klientenzentriertes Beratungs-/Therapiekonzept	148
17.2.3.2.	Tiefenpsychologisch-psychoanalytisches Konzept	149
17.2.3.3.	Verhaltenstherapeutisches Konzept	149
17.2.4.	Diskussion wesentlicher Unterscheidungsmerkmale	150
17.2.4.1.	Entscheidungsfähigkeit des Individuums versus Determination durch äußere Reizbedingungen	150
17.2.4.2.	Spezifische Begegnungssituationen versus Einsetzen von Verstärkern	150
17.2.4.3.	Zentrale Wirkung der Helfer-Klient-Beziehung versus zentrale Wirkung technischer Bedingungen	150
17.2.4.4.	Ganzheitliche Ausrichtung versus Faktenisolierung und Symptombegrenzung	150
17.2.4.5.	Akzent auf Bedeutung gegenwärtigen Erlebens versus bevorzugte Vergangenheitsaufarbeitung	151
17.2.4.6.	Prozesse des Zurückrufens versus Prozesse des Entgegenwirkens	151

XIV Inhaltsverzeichnis

17.2.4.7.	Aufhebung einengender Hemmungsprozesse versus Erlernen neuer Verhaltensweisen	151
17.2.5.	Vergleich der Konzepte hinsichtlich ihrer Relevanz als Modelle psychologischer Erziehungsberatung	152
17.2.5.1.	Psychoanalyse	152
17.2.5.2.	Klientenzentrierte Psychotherapie	153
17.2.5.3.	Verhaltenstherapie	154
17.3.	Vergleich des humanistischen (<i>Rogers</i>) mit dem theologischen (christlichen) Ansatz	154
17.3.1.	Schematische Darstellung des Humanistischen und des Theologischen Ansatzes	155
17.3.2.	Schematische Darstellung des Theologischen und des <i>Rogers'schen</i> Menschenbildes	155
18.	Überlegungen zur Methodenintegration und -kombination	156
18.1.	Einführung und Literaturangaben	156
18.2.	Überblick über die unterschiedlichen Positionen	157
18.3.	Ergebnisse einer Befragung von Gesprächstherapeuten	157
18.4.	Einfluß des Vokabulars der Theorien auf die Sprache der Berater/Therapeuten	158
18.5.	Wissenschaftstheoretische Gesichtspunkte zum Problem der Methodenkombination	159
18.5.1.	Die Klinische Psychologie – eine angewandte Wissenschaft?	159
18.5.2.	Die Klientenzentrierte Psychotherapie – eine wissenschaftliche Praxis?	159
18.5.3.	Folgerungen im Hinblick auf die Kombinations- und Integrationsproblematik	160
18.6.	Praxeologische und wissenschaftliche Gründe für eine Erweiterung der Klientenzentrierten Psychotherapie	160
18.6.1.	Praxeologische Gründe	160
18.6.2.	Wissenschaftliche Gründe	161
18.7.	Gegenüberstellung und Begutachtung von zwei extrem gegenteiligen Auffassungen	162
18.7.1.	Ablehnung der Einbeziehung konzeptfremder Elemente	162
18.7.2.	Empfehlung integrativer und kombinierender Vorgehensweise	162
18.8.	Problematik der Identitätsgefährdung durch Methodenvielfalt	163
18.9.	Vergleichende Betrachtung von Klientenzentrierter Therapie und Psychoanalyse	164
18.9.1.	Einführung	164
18.9.2.	Der Stellenwert der Psychoanalyse im Konzept von <i>Rogers</i>	164
18.9.2.1.	Die Bedeutung des Unbewußten	164
18.9.2.2.	Verwendung psychoanalytischer Termini bei <i>Rogers</i>	164
18.9.2.3.	Einfluß der Individualpsychologie und der Neopsychoanalyse	164
18.9.3.	Zur Wissenschaftsstruktur gesprächstherapeutischer und psychoanalytischer Handlungsfelder	165
18.9.3.1.	Integration von Methode der Erkenntnisgewinnung und Behandlungsmethode	165
18.9.3.2.	Wechsel vom naturwissenschaftlichen Beobachten und Erklären zum hermeneutischen Verstehen	165
18.9.4.	Konstitutive Faktoren orthodox-psychoanalytischer Situation und der personenzentrierten Begegnung	166
18.9.4.1.	Strukturierung der therapietechnischen Ebene	166
18.9.4.2.	Strukturierung der zwischenmenschlichen Beziehung	166
18.9.5.	Konsequenzen für das therapeutische Handeln	167
18.10.	Kombination von Gesprächspsychotherapie und Rational-emotiver Therapie	167
18.10.1.	Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Verfahren	168
18.10.1.1.	Unterschiede	168

18.10.1.2. Gemeinsamkeiten	168
18.10.2. Phasenhaftigkeit der Verläufe beider Therapien	169
18.10.2.1. Problemstruktur als Auslösung bestimmter Phasen	169
18.10.2.2. Determination der Aufeinanderfolge und Dauer einzelner Phasen durch die Therapiemethode	169
18.10.3. Phasenbezogene Kombination von Klientenzentrierter und Rational-emotiver Therapie	170
18.11. Kombination von Klientenzentrierter Beratung/Therapie und Systematischer Desensibilisierung	170
18.11.1. Gemeinsamkeiten beider Verfahren	171
18.11.1.1. Das Beziehungsangebot des Helfers	171
18.11.1.2. Zentrierung auf das Erleben des Klienten	171
18.11.1.3. Erarbeiten neuer Informationen	171
18.11.2. Vorteile des kombinierten Vorgehens	171
18.11.2.1. Stärkere Strukturierung des Beratungsverlaufs	171
18.11.2.2. Entwicklung erweiternder Förderungsmaßnahmen	171
18.11.2.3. Zieldifferenzierung	171
18.11.2.4. Bessere Verwirklichung spezifischer Ziele	171
18.11.3. Die Klientenzentrierte Therapie ergänzende weitere Merkmale der Systematischen Desensibilisierung	172
18.11.4. Schlußfolgerung	172
18.12. Zusammenfassung	172
G. Die psycho-soziale, kooperative Beratung	174
1. Einführung	174
2. Theoretische Grundlagen und therapeutische Ansätze	174
2.1. Vorbemerkung zum Thema "Selbstverwirklichung"	174
2.2. Überblick über die grundlegenden theoretischen Disziplinen, relevanten therapeutischen Ansätze und therapeutischen Verfahren im weiteren Umkreis	176
2.2.1. Überblick über die grundlegenden theoretischen Disziplinen	176
2.2.2. Überblick über die relevanten therapeutischen Ansätze	176
2.2.3. Therapeutische Verfahren im weiteren Umkreis	176
2.3. Einführung in ausgewählte Theorien	177
2.3.1. Die phänomenologische Psychologie	177
2.3.1.1. Abgrenzung zwischen philosophischer und psychologischer Phänomenologie	177
2.3.1.2. Funktionen der phänomenologischen Psychologie	177
2.3.1.3. Auseinandersetzung mit anderen Richtungen in der Psychologie	178
2.3.2. Die Gestaltpsychologie und die Gestalttherapie	186
2.3.2.1. Einführung	186
2.3.2.2. Historische Entwicklung	186
2.3.2.3. Gründe für häufiges Mißverstehen der Gestalttheorie	187
2.3.2.4. Die unterscheidbaren Bereiche der Gestaltpsychologie	188
2.3.2.5. Der systemtheoretische Beitrag der Gestalttheorie	189
2.3.2.6. Die Bedeutung der "Gestalt"	189
2.3.2.7. Problematik der Trennung zwischen Gestalttheorie und Gestalttherapie	191
2.3.2.8. Das Menschenbild der Gestalttheorie als Grundlage der Gestalttherapie	191
2.3.2.9. Kennzeichen der Gestalttherapie	194
2.3.3. Die Feldtheorie	196
2.3.3.1. Einführung	196

2.3.3.2.	Hinweise zur historischen Entwicklung	196
2.3.3.3.	Das feldtheoretische Persönlichkeitsmodell als Grundlage gestalttheoretischer Beratung und Therapie	197
2.3.3.4.	Erläuterung der Termini "Feld" und "Lebensraum"	197
2.3.3.5.	Charakteristika der Feldtheorie	199
2.3.3.6.	Die Zeitperspektive	201
2.3.3.7.	Konfliktbearbeitung	202
2.3.4.	Die Individualpsychologie	204
2.3.4.1.	Einführung	204
2.3.4.2.	Sozialpsychologische Grundlegung	205
2.3.4.3.	Das Minderwertigkeitsgefühl	207
2.3.4.4.	Sicherung des Selbstwertgefühls	208
2.3.4.5.	Finales Prinzip	210
2.3.4.6.	Umschreibung der Phänomene "Seelische Gesundheit" und "Seelische Störung"	212
2.3.4.7.	Überlegungen zur individualpsychologischen Praxis	213
2.3.4.8.	Individualpsychologie in der Gegenwart	216
2.4.	Einführung in ausgewählte therapeutische Ansätze	218
2.4.1.	Die Themenzentrierte Interaktion	218
2.4.1.1.	Grundlegung	218
2.4.1.2.	Theoretischer Hintergrund der TZI	219
2.4.1.3.	Lebendiges Lernen versus routinemäßiges Lernen	220
2.4.1.4.	Der pädagogisch-therapeutische Freiraum	220
2.4.1.5.	Kommunikation in der Themenzentrierten Interaktion	221
2.4.1.6.	Die drei grundlegenden Axiome	223
2.4.1.7.	Die zwei Postulate	224
2.4.1.8.	Die acht Hilfsregeln	225
2.4.1.9.	Vier weitere Regeln	228
2.4.1.10.	Anwendungsgebiete der TZI	229
2.4.1.11.	Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland	231
2.4.2.	Logotherapie und Existenzanalyse	232
2.4.2.1.	Der theoretische Hintergrund der Logotherapie und der Existenzanalyse	232
2.4.2.2.	Behandlungs- bzw. Beratungsformen der Logotherapie und der Existenzanalyse	237
2.4.3.	Abgrenzung Logotherapie/Existenzanalyse von der Psychoanalyse	248
3.	Grundannahmen	249
3.1.	Einführung	249
3.2.	Die klassische versus die veränderungsorientierte Persönlichkeit	250
3.2.1.	Die klassische Persönlichkeit	250
3.2.1.1.	Die klassische Persönlichkeit als geschlossenes System	250
3.2.1.2.	Entwicklung und Erleben der klassischen Person	251
3.2.1.3.	Überlebensstrategie versus Lebensstrategie	251
3.2.1.4.	Erlebnisstörungen der klassischen Persönlichkeit	252
3.2.1.5.	Klinische Folgen	253
3.2.1.6.	Zusammenfassung	254
3.2.2.	Die veränderungsorientierte Person	255
3.2.2.1.	Merkmale des hilfe-bedürftigen Klienten	255
3.2.2.2.	Die veränderungsorientierte Person als Alternative	255
3.2.2.3.	Freiräume als Veränderungsmöglichkeiten	255
3.2.2.4.	Relativierung von Wertsystemen	256
3.2.2.5.	Wertbildung durch aktuelle und erlebnisbezogene Bewertungsprozesse	256
3.2.2.6.	Erfahrenes Nebeneinander von Bereichen, Zielen, Antrieben als Motivation	257
3.2.2.7.	Spezifische Informationsorientierung	257
3.2.2.8.	Spezifische Beziehungen intendierendes Sozialverhalten	258
3.2.2.9.	Spezifisches Erleben und Verarbeiten von Konflikten	258

3.2.2.10.	Vermeidung der Prioritätsannahme bestimmter Funktionsbereiche	258
3.2.3.	Unterschiedliche Lebensrisiken	259
3.2.3.1.	Lebensrisiken der klassischen Persönlichkeit	259
3.2.3.2.	Lebensrisiken veränderungsorientierter Personen	259
3.2.4.	Folgerungen für Beratung und Therapie	260
3.2.4.1.	Einführung	260
3.2.4.2.	Veränderungsorientiertes Personmodell als Basis beraterischer/ therapeutischer Ausrichtung	261
3.3.	Grundannahmen als spezifische Charakteristika der veränderungsorientierten Person	261
3.3.1.	Der Mensch ist eine physisch-psychisch-geistige Einheit und Teil des Universums	261
3.3.2.	Der Mensch ist ein offenes System	262
3.3.2.1.	Grundannahmen der "älteren Psychologie"	262
3.3.2.2.	Merkmale des offenen Systems	263
3.3.3.	Dem Lebendigen eignet Selbstaktualisierung	265
3.3.4.	Menschliches Erleben und Verhalten wird durch innere und äußere Einflüsse bedingt und nicht bewirkt	266
3.3.5.	Im Menschen ist eine allgemeine Tendenz zur "guten Gestalt" wirksam	267
3.3.6.	Der Mensch strebt nach Selbstbestimmung	268
3.3.6.1.	Zusammenfassende Betrachtung	268
3.3.6.2.	Relevanz für Beratung	269
3.3.7.	Im Menschen wirken ursprünglich soziale und kognitive Bedürfnisse	269
3.3.7.1.	Die Ursprünglichkeit sozialer Bedürfnisse	269
3.3.7.2.	Die Ursprünglichkeit kognitiver Bedürfnisse	270
3.3.8.	Der Mensch ist sinnorientiert	271
3.3.8.1.	Vorbemerkung	271
3.3.8.2.	Ausgewählte Sinnauffassungen	271
3.3.9.	Der Mensch ist ein "Homo patiens"	275
3.3.9.1.	Begriffliche Umschreibung	275
3.3.9.2.	Ausgewählte Begründungen der These	275
4.	Das Krankheitskonzept	277
4.1.	Gemeinsames In-der-Welt-Sein aller Menschen	277
4.2.	Eingebundensein des psychisch Auffälligen	277
4.3.	Hilfe durch Begegnung mit den Kranken	278
5.	Zugänge zu den Problemen	278
5.1.	Beratungsbeginn	278
5.2.	Herausfiltern der zentralen Fragestellung	279
5.3.	Erforschung des speziellen Symptomcharakters	279
5.4.	Analyse des Lebenslaufs	279
5.5.	Ermittlung des gesamten Gesichtsfeldes	280
5.6.	Fahndung nach Sinn und Gewicht der Konflikt- bzw. Notlage im gesamten Lebensgeschehen	280
5.7.	Einbeziehung unbewußter Dynamik	280
6.	Spezifische Ziele	280
6.1.	Allgemeine Kriterien der Zielbildung	280
6.1.1.	Der Realitätsbezug der Ziele	281
6.1.2.	Die Anwendbarkeit der Ziele	281
6.1.3.	Beurteilung der Konsequenzen der Ziele	281
6.1.4.	Orientierung der Ziele an der historisch-sozialen Legitimität	281

XVIII Inhaltsverzeichnis

6.2.	Das Globalziel der Beratung	281
6.3.	Spezielle Ziele	282
6.3.1.	Einstellungswandel gegenüber den Symptomen	282
6.3.2.	Erhöhung der Frustrationstoleranz	282
6.3.3.	Wiedergewinnen, Erweitern der Entscheidungsfähigkeit bzw. Entscheidungsfreiheit	282
6.3.4.	Produktivere Reaktion auf Krisen	283
6.3.5.	Entdeckung personaler Sinnerfüllung und Sinndiätetik	283
6.3.5.1.	Die menschlichen Funktionen Sinnsuche und Sinnwahrnehmung	283
6.3.5.2.	Verbindung von Sinndefizit und Anspruchsdenken	284
6.3.5.3.	Sinndiät durch Diätetik der Sinnerwartung	284
6.3.6.	Mobilisierung der Hingabefähigkeit	286
6.3.7.	Erhöhung der Verantwortlichkeit	286
6.3.8.	Ermöglichen sinnerfüllten Leidens	287
7.	Schwerpunkte der Arbeitsweise	287
7.1.	Einstimmung	287
7.2.	Allgemeine Aspekte des Beratungsverlaufs	288
7.2.1.	Rhythmus des Ablaufs	288
7.2.1.1.	Initialphase	288
7.2.1.2.	Mittelfase	288
7.2.1.3.	Endphase	289
7.2.2.	Nähere Erläuterung der Initialphase	289
7.2.2.1.	Dauer der Eingangsphase	289
7.2.2.2.	Hauptaufgaben der Initialphase	290
7.3.	Das psycho-soziale-pädagogische Beratungsgespräch	298
7.3.1.	Allgemeine Überlegungen	298
7.3.1.1.	Unterscheidung von zwei Gesprächsmodellen	298
7.3.1.2.	Erläuterung des person-intentionalen Sprechens miteinander	300
7.3.2.	Einführung in die spezielle psycho-soziale-pädagogische Gesprächsführung	313
7.3.2.1.	Einleitende Überlegungen	313
7.3.2.2.	Umschreibung des partnerzentrierten Beratungsgesprächs	314
7.3.2.3.	Exkurs: Methodische Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Psychoanalyse, Klientenzentrierter Beratung und Verhaltenstherapie	315
7.3.2.4.	Anwendungsgebiete beratender Gesprächsführung	317
7.3.2.5.	Vergleich verschiedener Gesprächsarten	318
7.3.2.6.	Vorläufige Begründung der psychologisch-therapeutischen Fundierung des Beratungsgesprächs	319
7.3.2.7.	Erschwernisse sprachlicher Kommunikation in der Beratung	320
7.3.2.8.	Prinzipien des kooperativen Beratungsgesprächs	327
7.3.2.9.	Demonstrationen der Annahme	330
7.3.2.10.	Demonstrationen der Nichtannahme	334
7.3.2.11.	Kooperative Gesprächsführung	338
7.3.2.12.	Schüler- bzw. student-bezogenes Handeln	352
7.3.2.13.	Anwendung partnerzentrierter, kooperativer Gesprächsführung in der Erziehungs- und Schulberatung	354
7.3.2.14.	Das beratende Gespräch mit psychisch "Abweichenden"	364
8.	Ansätze zu einer Beratung/Therapie Unterprivilegierter	378
8.1.	Einleitende Überlegungen	378
8.2.	Beratungserfahrungen	379
8.3.	Ethische Einstellungen in "Unter- und Mittelschicht"	379
8.4.	Yavis- und Nicht-Yavis-Klienten	380
8.4.1.	Der Yavis-Klient	380

8.4.2.	Der Nicht-Yavis-Klient	381
8.5.	Gegensätzliche Klient-/Berater-Erwartungen	381
8.6.	Wirkungen diagnostischer Voreingenommenheit	382
8.7.	Abhängigkeit der Beratungs- bzw. Therapieempfehlung	382
8.8.	Allgemeine Hilfe-Möglichkeiten	382
8.8.1.	Angeleitete Aktivität	383
8.8.2.	Rollenspiel	383
8.8.3.	Rolleninduktion	384
8.8.4.	Zusammenfassende Betrachtung	384
8.9.	Spezifische Hilfeform: Strukturierte Lerntherapie	385
8.10.	Kritische Überlegungen	387
9.	Beziehung Berater-Ratsuchender	387
9.1.	Einstimmung	388
9.2.	Commitment als Beziehungskonzept	389
9.2.1.	Umschreibung des Begriffs Commitment	389
9.2.2.	Überblick über Commitmentbedingungen	389
9.2.3.	Spezifische Commitment-Charakteristika	389
9.2.4.	Untersuchungsergebnisse über die Wirksamkeit der "demokratischen Verpflichtung" des Helfers	390
9.3.	Daseinsanalytische Grundauffassung über Begegnung	391
9.3.1.	Primäres Zugehören aller Menschen zum selben Offenheitsbereich des Seins	391
9.3.2.	Notwendigkeit einer Vertrauensbasis helfenden Wirkens	391
9.3.3.	Akzeptanz des ursprünglichen Eigenwerts aller menschlichen Äußerungen	392
9.3.4.	Erfassen sog. psychischer Projektionen als noch nicht wissentlich akzeptierte Phänomene	392
9.3.5.	Problematik des Begriffs "Seelische Einfühlung"	393
9.3.6.	"Vorspringende Fürsorge" versus "einspringende Fürsorge"	393
10.	Dauer des Beratungsprozesses und Häufigkeit der Beratungskontakte	394
10.1.	Dauer und Häufigkeit beeinflussende Faktoren	394
10.1.1.	Frühzeitiges Besprechen des voraussichtlichen Zeitablaufs	394
10.1.2.	Zentrierung auf die gegenwärtige Situation	394
10.1.3.	Beschränkung der Aufhellung des Unbewußten	394
10.1.4.	Weitgehender Verzicht auf Durcharbeitung von Übertragungsphänomenen	394
10.1.5.	Fazit	395
10.2.	Beendigungskriterien	395
10.2.1.	Abprache zwischen Berater und Ratsuchendem über Beendigungszeitpunkt	395
10.2.2.	Erreichen des Beratungsziels	395
10.2.3.	Wiedererlangte oder neuerworbene Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln	396
10.2.4.	Höhere Stabilität der Erlebens- und Verhaltensformen	396
10.2.5.	Gesteigerte Wahrscheinlichkeit konstruktiver Steuerung kritischer Situationen	396
10.3.	Überweisungsproblematik	396
10.3.1.	Allgemeine Gesichtspunkte	396
10.3.2.	Gründe der Überweisung	396
10.3.3.	Gründe der Nicht-Überweisung	397
10.3.4.	Phasen der Überweisung	397
10.3.5.	Kriterien erfolgreicher Überweisung	398
10.3.6.	Zusammenfassung	398
11.	Sonderphänomen: Machtproblematik	398
11.1.	Einführung	398
11.2.	Möglichkeiten des Tuns	399

XX Inhaltsverzeichnis

11.2.1.	Verwirklichung kontemplativer Haltung	399
11.2.2.	Askese	399
11.2.3.	Orientierung am letzten Bezugspunkt des Menschen	399
11.2.4.	Notwendigkeit wahrhaftigen Handelns	400
12.	Allgemeine und spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	400
12.1.	Allgemeine Folgerungen	400
12.2.	Spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	400
Literatur		402

F. Die Klienten- bzw. Personenzentrierte Beratung/Psychotherapie

Die Personen- bzw. Klientenzentrierte Beratung und Psychotherapie wurde um 1940 von *Carl R. Rogers* gegründet. Sein Beratungs-/Therapiekonzept stellt *Rogers* erstmalig im Jahre 1942 in seinem Buch *"Counseling and Psychotherapy"* dar. Diese Veröffentlichung erschien erst 1972 unter dem Titel: *"Die nicht-direktive Beratung"* in der Bundesrepublik. Im deutschen Sprachraum kommt dem Diplompsychologen *Reinhard Tausch* das Verdienst zu, das Gedankengut von *Rogers* Ende der fünfziger Jahre aus Amerika importiert, erforscht und weiterentwickelt zu haben. Noch heute gilt seine "Gesprächspsychotherapie" als die geschlossenste Darstellung dieser Beratungs- und Therapieform.

1. Einführung

1.1. Umschreibung der Therapie- und Beratungsform

Zunächst wird versucht, durch das Zitieren der Definitionsansätze von *Rogers* und *Tausch* "klienten-/personenzentrierte Psychotherapie" näher zu umschreiben. *Rogers* selbst faßt seine Theorie nicht in einer Definition zusammen, sondern bevorzugt das Darstellen seiner Denkrichtung, verbunden mit expliziten und impliziten Hypothesen. Aus diesem Grunde wird hier anstelle einer Definition die von ihm als grundlegend deklarierte Hypothese zitiert:

"Wirksame *Beratung* besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen" (1972, 28).

M. E. ist in diesem Gesamtzusammenhang bedeutsam und daher zu unterstreichen, daß *Rogers* den Begriff "Beratung" und nicht "Therapie" für die Darlegung seiner grundlegenden These wählt. *Tausch* umschreibt diese Beratungs-/Therapieform mit den Worten:

"Gesprächspsychotherapie ist eine bestimmte Art sprachlicher Kommunikation und sozialer Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen, meist Psychotherapeut (Psychologe, Psychiater, Helfer) und Klient genannt. Die sprachliche Kommunikation wird wesentlich und zum Teil planmäßig gestaltet durch gewisse Verhaltensformen des Psychotherapeuten.

Ziel der Kommunikation und Interaktion ist die Förderung/Änderung psychischer Prozesse des Erlebens und Verhaltens bei Personen (Klienten), die eine Verminderung ihrer seelischen Beeinträchtigungen durch bestimmte Änderungen ihrer seelischen Vorgänge wünschen. Die Änderungen treten ein aufgrund bestimmter Erfahrungen, Tätigkeiten und Prozesse der Klienten, ausgelöst durch die sprachliche Kommunikation und Interaktion mit dem Psychotherapeuten (Helfer). Art und Ausmaß der erstrebten Änderungen werden weitgehend von dem Klienten bestimmt" (*Tausch*, 1973, 15).

Auf die spezifische Bedeutung der Wahl des Begriffs "Gesprächspsychotherapie" durch *Tausch* wird in gegebenem Zusammenhang näher eingegangen. Bemerkenswert ist, daß diesen zitierten Umschreibungen die final-theoretische Ausrichtung der klientenzentrierten Psychotherapie innewohnt; zugleich wird deutlich erkennbar, daß diese Beratungs- und Therapierichtung auf der Annahme beruht, daß in jedem Menschen ein Bedürfnis

nach Aufrechterhaltung und Stärkung seines phänomenalen Selbst wirkt. Für *Thomae* (1968, 258) ist dies eine metaphysische Setzung, welche die Bedeutung des Selbst begründet.

So stellt personen-/klientenzentrierte Psychotherapie (und/oder Gesprächspsychotherapie: "GT") nach *Kropf* (1978, 62) unter anderem eine Methode des Kommunizierens und eine besondere Form des Sprechens mit bestimmten Inhalten dar, die einen bestimmten Zweck verfolgen. Beides impliziert eine bestimmte Ansicht vom Menschen.

1.2. Unterscheidungskriterien zu anderen beraterischen und therapeutischen Ansätzen

1.2.1. Unprofessionalität

Klientenzentrierte Beratung/Therapie wird als eine Hilfe-Form erkennbar, welche gegenüber anderen deutlich "unprofessioneller" ("entprofessionalisierter") ist. Sie zeigt darin eine größere Nähe zu ihrem Gegenstandsbereich, denn sie tritt dem Menschen unmittelbar, d. h. "theorieloser" und vor allem "un-technischer" gegenüber.

1.2.2. Anwendbarkeit auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen

Personenzentrierte Beratung/Therapie versteht sich als ein Ansatz, "der auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen anwendbar ist, in denen das gesunde psychologische Wachstum des Individuums angestrebt wird" (*Rogers 1977, 15*). Daher ist es nicht verwunderlich, daß personenorientierte/-zentrierte Auffassungen und Prinzipien – insbesondere jene über die Gestaltung einer "helfenden Beziehung" – eine große Bedeutung in Disziplinen und Berufsfeldern bekommen haben, die im weiteren Sinn soziale Aufgaben wahrnehmen: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Seelsorge u. a.

1.2.3. Politische Relevanz personenorientierter Theorie

Eine weitere in diesem Selbstverständnis enthaltene Auffassung der personenorientierten Theorie ist nicht nur für den psychotherapeutischen Bereich gültig, sie besitzt auch politische Relevanz.

"Sie spricht jedem Menschen therapeutisches Potential zu, stattet jeden mit der Kraft aus, sowohl aktiv anderen zu helfen, wie sich selbst helfen zu können. Selbst Personen, die in ihrer psychischen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind – also Klienten –, besitzen die Fähigkeit, durch die erfahrbare Hilfe eigene therapeutische Kräfte (Selbsthilfepotential) sich selbst und anderen gegenüber zu mobilisieren und einsetzen zu lernen" (*Linster 1980, 171*).

2. Historische Entwicklung

2.1. Werdegang des Begründers Carl R. Rogers

Zum Verständnis von Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie tragen biographische Daten und die Weltansicht von *Rogers* entscheidend bei; *Rogers* versucht, eine Konkretisierung seiner Erfahrungen in der Konzeption seiner Therapie/Beratung herbeizuführen.

Rogers wurde 1902 in Oak Park, Illinois (USA) als fünftes von sechs Kindern geboren.

Seine Eltern erschienen ihm extrem puritanisch und konservativ; die häusliche Atmosphäre erlebte er charakterisiert durch enge Familienbeziehungen, strikte religiöse und ethische Überzeugungen sowie eine hohe Bewertung harter Arbeit und Anstrengung. Die Eltern waren bewußt um die Erziehung ihrer Kinder in diesem Sinne bemüht und beaufsichtigten sie dementsprechend streng.

1914, Rogers ist zwölf Jahre alt, erwerben seine Eltern eine Farm, wodurch sich bei ihm ein starkes Interesse an der Landwirtschaft entwickelt. So studiert er zunächst auf dem College in Wisconsin Landwirtschaft. Aufgrund einiger für ihn sehr bedeutsamer Studentenkonferenzen während seiner ersten beiden College-Jahre verschiebt sich sein Interesse von der wissenschaftlichen Landwirtschaft hin zur Theologie.

1922 bringt der Besuch einer internationalen christlichen Studentenkonferenz in China eine geistige Wende: Zum ersten Mal in seinem Leben erfährt Rogers, daß anerkannte Persönlichkeiten durchaus unterschiedliche religiöse Überzeugungen vertreten. Dieser "heilsame" Schock führt zu einer selbständigeren und unabhängigeren Einstellung gegenüber Autoritäten wie Eltern, Lehrern etc.

1924 besucht er vorerst das liberale "Union Theological Seminary", das unter selbständiger studentischer Gestaltung arbeitet. In diesem Rahmen gelingen ihm eine Klärung seiner Anschauungen und der Entwurf einer eigenen Lebensphilosophie, verbunden mit der Einsicht, daß für ihn eine Tätigkeit in einem von vornherein auf bestimmte Überzeugungen fixierten Sektor nicht möglich sei. Aus diesem Grunde wechselt Rogers zum "Teachers' College" über und engagiert sich besonders für die praktische Arbeit in der "child guidance" (Erziehungsberatung). Die vorübergehende Tätigkeit in einem neu gegründeten "Institute for child guidance" ermöglicht ihm das Kennenlernen der Psychoanalyse Sigmund Freuds. Frühzeitig, bereits am Teachers' College, gerät Rogers in einen Konflikt zwischen Psychoanalyse und experimenteller Psychologie:

"Mit großem Interesse nahm ich die dynamischen Ansichten des Kollegiums, darunter David Levy und Lawson/Lowrey, über Freud auf und fand, daß sie in starkem Widerspruch zu dem rigorosen naturwissenschaftlichen, kalt-objektiven, statischen Standpunkt standen, der damals am Teachers' College vorherrschte. Im Rückblick glaube ich, daß die Notwendigkeit, jenen Konflikt in mir zu lösen, eine höchst wertvolle Lernerfahrung war. Zu der Zeit meinte ich, in zwei völlig verschiedenen Welten zu arbeiten, die sich nie begegnen könnten" (Rogers 1973b, 25).

Obwohl Rogers versucht, sich von Freud abzusetzen und die psychoanalytische Terminologie zu vermeiden, bleibt doch in seinen Anschauungen grundlegendes psychoanalytisches Gedankengut unverkennbar.

Nach Abschluß seiner Ausbildung als "Klinischer Psychologe" tritt Rogers eine Stelle am "Child Study Department of the Society for the Prevention of Cruelty to Children" in Rochester an und arbeitet dort zwölf Jahre lang praktisch-psychologisch mit delinquenten und unterprivilegierten Kindern und Jugendlichen. Diese Arbeit vermittelt ihm einige Einsichten, die sein ganzes Leben bestimmend bleiben.

- " – Dominante und autoritäre Verhaltensweisen im Umgang mit Klienten haben höchstens kurz-dauernde und oberflächliche Effekte.
- Der Klient selbst weiß am besten, was ihn stört, welche Konflikte er hat und in welche Richtung er gehen will" (Bommert 1977, 14).

Diese Thesen verraten deutlich den Einfluß des Freud-Schülers Otto Rank und von Sozialarbeitern, die bekanntlich in besonderem Maße auf die Fähigkeiten des Klienten, seine Probleme eigenständig bearbeiten zu können, vertrauen.

1940 wird Rogers vor allem aufgrund seiner ersten Buch-Veröffentlichung "The Clinical

Treatment of the Problem Child" (1939) als Professor an die "Ohio State University" berufen. Beim Vermitteln seiner klinischen Erfahrungen und deren Folgerungen an die Studenten wird ihm klar, daß er ein neues therapeutisches Konzept entwickelt hat, das sich merklich von anderen Ansätzen abgrenzt. In dem Buch "Counseling and Psychotherapy" (1942) entwirft er die Methode des "non-directive counseling".

Von 1940–1945 ist Rogers in Ohio tätig. 1945–1957 arbeitet Rogers an der Universität Chicago und baut dort ein "Counseling Center" auf. 1951 veröffentlicht er eine Erweiterung seines Konzepts: "Client-centered Therapy".

Ab 1957 leitet Rogers ein Forschungsprojekt mit Schizophrenen in Wisconsin; wegen seines Engagements für ein die kreativen Fähigkeiten förderndes, statt Fachwissen anhäufendes Psychologiestudium gerät er in Konflikte mit dem dortigen "Department of Psychology" und wechselt wegen dieser Auseinandersetzung vorerst zum "Western Behavioral Sciences Institute" und später zum "Institute for Studies of the Person" in La Jolla (Kalifornien) über.

Besonders hervorzuheben ist im Zusammenhang mit Beratung, daß sich Rogers nach der Arbeit mit "neurotischen" und "psychotischen" Klienten nun vorwiegend "normalen" Individuen zuwendet; sein Hauptinteresse gilt der Pädagogik (*Freedom to Learn* 1969) und den Selbsterfahrungsgruppen (*Carl Rogers on Encounter Groups* 1970). Bommert (1977, 15) weist darauf hin, daß Rogers einige für ihn wichtige Lernerfahrungen charakterisiert:

"In meinen Erfahrungen mit Personen habe ich gefunden, daß es langfristig nicht hilft, so zu handeln, als wäre ich jemand, der ich nicht bin. . . .

Es ist für mich von großem Wert, wenn ich mir erlauben kann, eine andere Person zu verstehen. . . .

Es ist bereichernd, Kanäle zu öffnen, durch die andere ihre Gefühle, ihre private wahrgenommene Welt mir kommunizieren können. . . .

Es ist höchst befriedigend, eine andere Person zu akzeptieren (Rogers 1961, 15–27)."

Verhältnismäßig spät, erst in seinen letzten Jahren, öffnet sich Rogers Gedanken und Ideen des Zen-Buddhismus und *Lao-Tses*.

"Die sich vertiefende Philosophie der personenzentrierten Bewegung enthält deutlich Züge asiatischen Denkens. In den letzten Jahren hat sich Rogers dazu geäußert, wie geistesverwandt er bestimmte Aspekte des Zen-Denkens gefunden hat, besonders seine Betonung der persönlichen Erfahrung als wichtige Lernmöglichkeit. Auch hat er einige Sentenzen des *Lao-Tse* zitiert, besonders jene, die Manipulation und Einmischung kritisieren und die Erkenntnis enthalten, daß 'wenn ich nur aufhöre, mich Menschen aufzudrängen, sie sie selbst werden'" (*Devonshire u. Kremer* 1978, 3004).

Rogers formuliert die Bereicherung seines Denkens:

"In das Leben der Dinge eingreifen bedeutet, ihnen, wie sich selbst, Schaden zuzufügen. . . .

Wer sich jemand auferlegt, hat die geringe, sichtbare Macht; wer sich nicht auferlegt, hat die große, verborgene Macht. . . . Der vollendete Mensch . . . greift nicht in das Leben der Wesen ein, er erlegt sich ihnen nicht auf, sondern er 'verhilft allen Dingen zu ihrer Freiheit' (*Lao-Tse*).

Durch seine Einheit lenkt er sie gleichfalls zur Einheit, er befreit ihre Natur und ihre Bestimmung, er setzt das Tao in ihnen frei (*Buber*)" (Rogers 1975, 21).

Seine Überzeugungen findet Rogers am treffendsten ausgedrückt in einem Spruch des *Lao-Tse*:

"Wenn ich vermeide, mich einzumischen, sorgen die Menschen für sich selber.

Wenn ich vermeide, Anweisungen zu geben, finden die Menschen selbst das rechte Verhalten.

Wenn ich vermeide, zu predigen, bessern die Menschen sich selber.
 Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst" (Rogers 1975, 23).

2.2. Vier Phasen der historischen Entwicklung

Die historische Entwicklung der personenzentrierten Psychotherapie läßt sich in vier Phasen mit jeweils verschiedenen Schwerpunkten unterteilen. Kritisch vermerkt *Linster (1980, 177)* in Bezug auf diese Einteilung:

"Die einzelnen Entwicklungsphasen überschneiden sich in mehrfacher Hinsicht. Auch erscheinen mir die eingeführten Kennzeichnungen der einzelnen Phasen insofern irreführend, als sie nur einen Teil dessen wiedergeben, was im einzelnen erarbeitet wurde.

Unterschiede, die zwischen den einzelnen Phasen bestehen, zeigen u. a. die zunehmende Ausarbeitung der Theorie – vor allem der Therapietheorie –, Veränderungen in einzelnen theoretischen Auffassungen, Forschungsaktivitäten mit ihrem Wandel der Forschungsschwerpunkte und der Entwicklung angemessener Forschungsmethoden, die Ausweitung des Anwendungsbereiches, die stärkere Hinwendung zu gesellschaftlichen Problemen und eine sich verändernde Sichtweise der Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie."

Bevor die Abschnitte näher beschrieben werden, eine vorausblickende Skizzierung: Zunächst kristallisiert sich die nicht-direktive Beratung/Therapie heraus, welcher noch keine explizite Theorie zugrundeliegt; *Rogers (1942)* geht vielmehr von seinen Erfahrungen als klinischer Psychologe aus:

"Danach helfen psychoanalytische Interpretationen dem Klienten nicht weiter; dominante und autoritäre Verhaltensweisen haben höchstens eine oberflächliche Wirkung. Andererseits weiß der Klient selbst am besten, was ihn stört, welche Konflikte er hat und wie er sich weiterentwickeln will" (*Bommert u. Plessen 1978, 19*).

Aufgabe des Beraters ist es, durch das Akzeptieren und Klären der offen ausgedrückten Gefühle des Klienten eine angstfreie und entspannte Atmosphäre zu schaffen, die neue Einsichten und verändertes Verhalten ermöglicht; die beraterische/therapeutische Beziehung wird selbst als eine Wachstums-Erfahrung verstanden.

In der *zweiten Phase* stellt *Rogers* die Welt des Klienten ins Zentrum, was aus der Umbenennung des helfenden Vorgehens von "nicht-direktiv" in "klientenzentriert" deutlich wird. Das "Selbst" wird zu einem Kernbegriff in der Theorie der Persönlichkeit. Die Aufgabe des Helfenden besteht vor allem im Eintauchen in die Welt des Klienten, im Annehmen seines "inneren Bezugsrahmens" und in der Äußerung bzw. im Mitteilen dieses einführenden Verstehens dem Klienten gegenüber.

Die *dritte Phase* ist charakterisiert durch den Schwerpunkt "Berater-/Therapeuten-Verhalten": *Rogers* postuliert "Berater-/Therapeutenvariablen" als notwendige und hinreichende Bedingungen erfolgreicher Beratung/Therapie. Außerdem werden in dieser Phase neue theoretische Ansätze zur Erklärung der Prozesse klientenzentrierten Vorgehens entwickelt: So stellt *Gendlin (1970)* den subjektiven Erlebnisprozeß (experiencing) des Klienten in den Mittelpunkt der Veränderung durch Beratung und Therapie.

In der *vierten Phase*, der vorläufig letzten Weiterentwicklung dieser Beratungs- und Therapieform, kommt es durch die ausdrückliche Verbindung mit der Bewegung der *Humanistischen Psychologie* zur Aufspaltung und zu zwei unterscheidbaren Entwicklungslinien, die als "empirisch-wissenschaftlich orientierte Gesprächspsychotherapie" und als "humanistisch-existentialistische Psychotherapie" bezeichnet werden.

2.2.1. Nicht-direktive Beratung/Psychotherapie

Die *erste Phase* entspricht der Darstellung des Buchs "Counseling and Psychotherapy" (1942). Rogers entwirft die Methode des non-direktiven counseling. Wie schon erwähnt, erhielt Rogers den Anstoß zur Entwicklung einer neuen Methode in den Jahren 1937–1941 durch Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Gedankengut des Psychoanalytikers Otto Rank (1936).

"Rank betonte damals besonders den Aspekt der Sicherheit und Geborgenheit in der therapeutischen Beziehung; gleichfalls sprach er dem Klienten die Fähigkeit zu, durch das Akzeptieren seiner eigenen Individualität und durch Befreiung seiner 'Willenskräfte' selbständig sinnvolle, seiner Persönlichkeit angemessene Formen der Problembewältigung zu finden" (Pavel 1983, 27).

Nach dem Konzept der nicht-direktiven Beratung gibt es im Individuum eine Tendenz, "sich in die Richtung von Wachstum, Gesundheit und Anpassung der Ziele an die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln" (Bommert u. Plessen 1978, 19). Der Grundgedanke des o. g. Werks besagt, daß nur eine eindeutig strukturierte, permissive therapeutische Beziehung, die jede dirigistisch-beraterische Intervention bewußt vermeidet, dem Klienten dazu verhilft, in einem solchen Ausmaß zu dem Verständnis seiner selbst zu gelangen, daß er fähig wird, selbständig konstruktiv die Lösung seiner Probleme in Angriff zu nehmen. Obwohl sich der Berater nicht bestimmend verhält, nimmt er voll am Schicksal seiner Klienten Anteil. Eine solche Einstellung unterscheidet sich ebenso von einer direktiven, Ratschläge und Verhaltensanweisungen gebenden Therapiehaltung wie von einer psychoanalytischen, wonach der Therapeut durch Interpretationen des Erlebens im Klienten Problemeinsicht und Verhaltensänderung erst ermöglicht.

2.2.2. Gefühlsreflektierende (-verbalisierende), Klientenzentrierte Beratung/Psychotherapie

2.2.2.1. Das Ziel des neuen Ansatzes

Rogers (1975, 16) stellt seine Weiterentwicklung wie folgt dar:

"Im Jahre 1940 versuchte ich, eine Wende in der Politik der Therapie herbeizuführen. . . .

Dieser neuere Ansatz unterscheidet sich von den älteren dadurch, daß er ein grundlegend anderes Ziel hat. Er zielt direkt auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums ab, statt zu hoffen, daß sich diese Resultate ergeben, wenn der Berater bei der Lösung des Problems hilft. Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung, nicht das Problem. Das Ziel ist nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird. Wenn es genügend Integration gewinnt, um ein Problem unabhängiger, verantwortlicher, weniger gestört und besser organisiert zu bewältigen, dann wird es auch neue Probleme auf diese Weise bewältigen."

Für die *zweite Phase* sind die Darlegungen in Rogers' Buch "Client-centered Therapy", (1951, dt. Ausgabe 1973a), charakteristisch. Dieser Abschnitt läßt sich zeitlich etwa von 1950–1967 eingrenzen und überschneidet sich ungefähr ab 1957 mit der *dritten Phase*, der Erlebenstherapie. Rogers stellt eine Theorie der Persönlichkeit vor, in deren Mittelpunkt als zentraler Begriff das "Selbst" steht; damit rückt die "phänomenale Welt" des Klienten in den Vordergrund des Interesses. Mit der Bezeichnung für seine Therapie "Klientenzentrierte Therapie" deklariert Rogers, daß das Bemühen des Therapeuten, die subjektive Welt des Klienten zu erfassen, von ausschlaggebender Bedeutung ist, und daß es nicht ausreicht, "nicht-direktiv" zu sein. So lag zunächst der Hauptakzent des Forschens auf der

theoretischen und empirischen Erforschung der *Person des Klienten* und der Bedingungen, die zu Erlebens- und Verhaltensänderungen führen.

2.2.2.2. *Das Selbstkonzept*

Das sog. Selbstkonzept ist nach *Rogers* der Schlüssel zum Verständnis der Persönlichkeit des Klienten. Der Autor gibt folgende Charakterisierung:

- *Das Selbstkonzept* ist ein organisiertes, bewegliches, aber konsistentes Muster von Wahrnehmungen, die als "Ich" oder "Mich" mehr oder weniger bewußt erlebensfähig und wertgebunden sind.
- *Das Selbstkonzept* ist ein relativ autonomes Gebilde und bestimmt menschliches Erleben und Verhalten.
- *Die Struktur des Selbst* bildet sich durch die individuelle Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt, wodurch sie entscheidend durch Sozialisierungsprozesse mitgeformt wird.
- Außerdem wird *das Selbstkonzept* durch die Erfahrungen, wie sich der Mensch im Augenblick erlebt und welche Ziele und Werte er anstrebt (Idealkonzept), mitgeprägt.

Rogers (1951) ist überzeugt davon, daß der Mensch ständig versucht, fast alle seine Verhaltensweisen in Übereinstimmung mit seinem Selbstkonzept zu bringen. Erfahrungen, welche sich nicht mit der phänomenalen Organisation des Selbst in Einklang bringen lassen, werden als Angst bedingende Bedrohung erlebt. Aus Gründen der Selbsterhaltung und Verteidigung wird das Selbstkonzept umso rigider organisiert, je mehr bedrohende Wahrnehmungen vorhanden sind. Dabei werden die das Selbst bedrohenden Wahrnehmungen entweder übersehen oder in ihrer Bedeutung entstellt aufgenommen. In der Folge gelingt es dann dem Menschen nicht mehr, in adäquater Weise auf seine Erfahrungen zu reagieren; es werden Verhaltensunsicherheit, Angst und das Gefühl, eigene Erlebens- und Verhaltensweisen nicht mehr verstehen und einschätzen zu können, ausgelöst.

2.2.2.3. *Das charakteristische Handeln des Helfenden*

Das Handeln des Helfers soll dem Klienten eine allmähliche Entwicklung ermöglichen, die zu einem flüssigeren Selbstkonzept führt, in das Erfahrungen unverzerrt integriert werden können. Voraussetzung für diesen Prozeß ist eine möglichst positive, angstfreie, Beraterische/therapeutische Beziehung, in welcher der Berater/Therapeut das Selbstkonzept des Klienten bedrohende Interpretationen strikt vermeidet. Es gilt vielmehr für den Helfer, sich in die Erlebniswelt des Klienten einzufühlen und dessen Erleben so präzise auszudrücken, als ob er seine eigenen Gefühle verbalisierte. Auf diese Weise fühlt sich der Klient in seinem Sosein akzeptiert, nimmt seine Gefühle und Bedürfnisse genauer und bewußter wahr und wagt allmählich auch eine Auseinandersetzung mit angstausslösendem Erleben. Den Wandel des Berater-/Therapeutenverhaltens bezeugt deutlich die Entwicklung von einem anfangs getreuen Spiegeln der offensichtlichsten, wichtigen Gefühle, bis hin zu einem ganzheitlicheren und subtileren Einfühlen in die Erlebniswelt des Klienten.

Rogers erweiterte in den Jahren 1957–1962 seine vor allem auf den Klienten eingestell-

ten Forschungen durch Präzisierung der Rolle des Beraters/Therapeuten und der Art der helfenden Beziehung. Er stellt (1957) drei Variablen vor, die für die Schaffung einer beraterischen/therapeutischen Beziehung grundlegend sind:

- *nicht fassadenhaftes Reagieren des Beraters/Therapeuten,*
- *bedingungsloses Akzeptieren des Klienten,*
- *Einfühlen in die Erlebniswelt des Klienten und möglichst getreues Verbalisieren der emotionalen Erlebnisinhalte.*

Die *klientenzentrierte-gefühlsreflektierende* Theorie läßt sich vereinfacht durch zwei Merkmale beschreiben:

- *eine spezifische Einstellung gegenüber den Mitmenschen und*
- *eine besondere Art, Mit-jemand-zu-Sein.*

Diese Theorie darf jedoch nicht als Technik, die ohne oder nur mit geringem Engagement gehandhabt werden kann, mißverstanden werden. Insofern ist sie weder eine Schule, noch ein Dogma, sondern eine hilfreiche und erleichternde Weise des Mit-Seins mit anderen Menschen und muß als ein Vorgehen, basierend auf vorläufigen Prinzipien, aufgefaßt werden.

2.2.3. *Erlebensorientierte (Experiential Therapy) Beratung und Therapie*

2.2.3.1. *Zentrale Bedeutung des Beziehungsprozesses und seines Verlaufs*

Diese Phase wird eingeleitet durch den Aufsatz: "The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change" (Rogers 1957) und sie läuft anfangs weitgehend parallel mit der zweiten Forschungsphase. In dieser Zeit (1963) verläßt Rogers die Universität und es bilden sich allmählich zwei Richtungen innerhalb der Klientenzentrierten Beratung/Psychotherapie heraus: Die empirisch-wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und die humanistisch-existentialistische Psychotherapie. Diese Phase läßt sich durch folgende Beratungs-/Therapieziele charakterisieren:

- *vom Festgefahrenen zum Flüssigen;*
- *von starrer und ängstlicher Abwehr zu offenem, selbstbewußtem Sichinfragestellen;*
- *von Unsicherheit zu Sicherheit;*
- *von Rigidität zu Kreativität.*

Lag der Schwerpunkt des Forschens in der *zweiten Phase* der geschichtlichen Entwicklung des Beratungs-/Psychotherapieansatzes vor allem in der Bestimmung des Verhaltens bzw. der Rolle des Therapeuten, dessen Aufgabe darin besteht, den Klienten zu umfassender Selbstexploration und im Zusammenhang damit zu einem erweiterten Selbstverständnis seiner Person und Handlung zu führen, so liegt nun im Zeitraum der Entwicklung der Erlebens-therapie der Hauptakzent auf der intensiven Erforschung der Beziehung und des ablaufenden Prozesses zwischen Helfer und Klient. Rogers kennzeichnet den psychotherapeutischen Prozeß als einen kontinuierlichen Verlauf, den er formuliert als eine allmähliche Erweiterung des Klientenerlebens.

"Festzuhalten bleibt, daß diese Entwicklung der Gesprächspsychotherapie durch eine weltweite Auseinandersetzung mit dieser Methode in Forschung, Theorie und Praxis gekennzeichnet ist. Belege dafür sind vorliegende Publikationen aus Kanada, Australien und West- bzw. Osteuropa" (Minsel u. Bente 1982, 23f).

2.2.3.2. Bedeutung dieses Ansatzes

Nach *Linster (1980, 172f)* war der Zeitpunkt, zu dem *Rogers* seine Beratungs- und Therapieform vorlegte – die vierziger Jahre – für die rasche Aufnahme und Verbreitung besonders günstig; der Autor führt mehrere Gründe an:

1. Diese Beratungs- und Therapieform stellt den *ersten originär psychologischen Ansatz* dar. Sie vereinigt in sich die Summe der damals vorliegenden und für die klinische Praxis als relevant erachteten Theorien und galt als Beispiel für einen "guten" Eklektizismus.

"Indem es gelang, die GT als psychologische Therapieform in der Psychologie zu etablieren, behält sie ihr psychologisches Problemverständnis und psychologische Sichtweisen bei. Sie erhält vor allem von der Psychologie theoretische Anregungen und Anstöße, die sie zu ihrer Weiterentwicklung verwendet" (*Linster 1980, 172*).

2. Dieser Ansatz erhebt nicht nur den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit, sondern zeigt in der Verwendung empirischer Forschungsmethodik – u. a. Aufzeichnung und quantitative Auswertung von Therapieprotokollen, empirischer Nachweis der Effektivität von Ausbildung und Therapie – bereits erste konkrete Ergebnisse.

3. *Rogers* erschließt dem akademischen Fach Psychologie ein Anwendungsgebiet – Beratung und Psychotherapie – und ein neues Anwendungsfach und verbindet die Standards der akademischen Psychologie (u. a. Wissenschaftlichkeit) mit den Anforderungen der Praxis.

4. Diese Ausgangsbasis verspricht und ermöglicht Psychologen den Zugang zu einem neuen Tätigkeitsfeld (Beratung und Therapie), in dem sie selbständig und unabhängig wirken können.

5. Die im Ansatz enthaltene Auffassung, daß jeder Mensch aus sich machen könne, was er anstrebt, entsprach weitgehend der Philosophie und Geisteshaltung der amerikanischen Ethik. *Rogers* führt ein neues Moment hinzu: Während es bisher die Arbeit war, durch die jeder es zu etwas bringen kann, sofern er sich nur ausreichend darum bemüht, wird es nun das konzentrierte Bemühen, sich selbst kennen und verstehen zu lernen.

6. In Amerika findet die neue Therapieform großen Anklang und z. T. auch offizielle Unterstützung; denn es werden Beratungs- und Therapieformen gesucht, die bereits nach kurzer Beratungs-/Behandlungszeit effektiv zu sein versprechen und die Ausbildungslehrgänge anbieten, in denen relativ rasch und wirkungsvoll arbeitende Berater und Therapeuten ausgebildet werden können.

7. Schließlich entspricht dieser Ansatz der großen Nachfrage nach einem Verfahren, das effektiv ist und den Beitrag der eigenen Person stärker berücksichtigt. So kann der Auszubildende bereits während der Ausbildung spüren, daß er mit diesem Vorgehen einen leichteren Zugang zu seinem Gesprächspartner gewinnen kann. Diese unmittelbare Befriedigungsmöglichkeit führte zu einer großen Anhängerschaft, aber auch zu einer Überschätzung, weil viele glaubten, damit einen Schlüssel für nahezu alle Probleme gefunden zu haben.

2.2.3.3. Weiterentwicklungsanstöße

In der Folge werden neue theoretische Ansätze zur Klärung der Prozesse in der Klientenzentrierten Beratung/Therapie entwickelt: *Linster (1980, 202ff)* gibt eine informative Zusammenfassung der "Weiterentwicklung und Erweiterung des gesprächstherapeutischen Ansatzes":

"Anstöße für die Weiterentwicklung und/oder Erweiterung des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes gehen von Arbeiten aus, die eine kritische Analyse und Aufarbeitung der GT-Theorie versuchen oder aber sich darum bemühen, Ergebnisse der GT-Forschung in die vorliegende Theorie zu integrieren.

Beiträge, die sich um eine Weiterentwicklung bemühen, bleiben noch relativ nah an den Ausgangsüberlegungen und Grundannahmen der GT-Theorie und befassen sich z. B. mit der Ausdifferenzierung oder präzisieren Beschreibung und Erfassung der therapeutischen Grundhaltungen.

Von Erweiterungen des GT-Ansatzes möchte ich dann sprechen, wenn ursprüngliche Annahmen und Auffassungen erweitert oder aufgegeben werden und zusätzliche z. T. theoriefremde Aussagen z. B. zur Erklärung der Wirkung der GT herangezogen werden" (202).

2.2.3.4. Theorie zur Persönlichkeitsänderung (*Experiencing Theory*) von *Gendlin*

(1) Vorbemerkung

Die "Theorie zur Persönlichkeitsänderung" von *Gendlin*, deren bevorzugtes Thema das subjektive Erleben (*experiencing*) des Klienten bildet, wird wegen ihrer herausragenden Bedeutung für Beratung vorgestellt: Für *Linster* ist die *Experiencing*-Theorie von *Gendlin* eine Weiterentwicklung insbesondere gesprächstherapeutischer Vorstellungen über "*Therapie als Prozeß*". Die zur Erlebenstherapie hinführende Entwicklung basiert vor allem auf den 1957 von *Rogers* dargestellten Theorien:

- *der Psychotherapie,*
- *der Persönlichkeit,*
- *der interpersonellen bzw. zwischenmenschlichen Beziehungen.*

Hervorzuheben ist, daß diese Theorie in wissenschaftstheoretisch konsequenter Weise aus dem phänomenologischen Ansatz stammt und die damals bekannten Erkenntnisse zur Klienten-Persönlichkeit, ihre Entwicklungsbedingungen und Veränderungsmöglichkeiten sowie Rolle und Aufgabe des Therapeuten/Beraters im helfenden Prozeß voll einbezog.

(2) Erweiterung der Gestaltung der Helfer-Klient-Beziehung

Die therapeutische Beziehung behält im Rahmen existentialistisch-humanistischer Weiterentwicklung bzw. Erweiterung ihre zentrale Bedeutung innerhalb der Therapietheorie bei. Verändert bzw. erweitert wird *die Gestaltung* dieser Beziehung: Sie wird dialogischer, gleichberechtigter, stärker von Person zu Person konzipiert. Durch die Begegnung mit dem Helfer sollen eine Betonung des Erlebens und eine Verbesserung der Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten des Klienten erreicht werden.

Aufgabe des Helfers ist, "als Person real zugegen zu sein und durch seine Haltung und bestimmte Verhaltensweisen die therapeutische Beziehung so zu gestalten, daß der Klient Zugang zu seinem Erleben bekommt. Der Therapeut wird so unprofessioneller und in seinem Vorgehen un-technischer" (*Linster 1980, 203*).

(3) Heraushebung des Erlebens

Der von *Gendlin* und *Zimring* eingeführte Begriff des Erlebens (Experiencing) wird zum zentralen Begriff in dieser Phase. Mit seiner Theorie des Experiencing (Selbsterleben) beschreibt *Gendlin* den Prozeß einer effektiven Persönlichkeitsveränderung und beansprucht, eine allgemeine Theorie zur Erklärung und Beschreibung von Veränderungen darzulegen. Von einem existentialphilosophischen Ansatz als Grundlage der von ihm entwickelten Erlebnistheorie ausgehend, entwirft *Gendlin* eine "experimentelle Philosophie", in der das Problem der Beziehung zwischen Denken und Fühlen erörtert wird.

(4) Grundkonzepte der Experiencing-Theorie

Vier Begriffe umschreiben die Grundkonzepte der Theorie von *Gendlin* (1973, 322) und zugleich Grunddimensionen menschlichen Daseins.

Existenz bzw. Experiencing

Existenz ist das Selbsterleben des Organismus in seiner Interaktion mit der Umwelt. *Experiencing* ist ein innerlich und körperlich fühlbarer Strom des Erlebens, bestehend aus einer Fülle präkonzeptueller (prälogischer), impliziter Erfahrungs- und Erlebnisinhalte. Diese bilden das Rohmaterial, aus dem durch Bildung von Symbolen (Bilder, Worte u. a. m.) explizite, konkrete, sprachlich fixierte Erfahrungs-inhalte ausdifferenziert werden können.

"Man kann in einem Gefühl gefangen sein und damit nicht in der Lage, sich selbst im Erleben dieses Gefühls zu spüren. Insofern ist man dann auch nicht imstande, sich den körperlich fühlbaren Prozeß des Selbsterlebens zugänglich zu machen" (*Linster 1980, 206*).

Begegnung und Authentizität

Nach *Gendlin* befähigt Psychotherapie, einen Prozeß wieder erleben zu lernen, d. h. von einem "strukturegebundenen" zu einem "prozeßhaften" Erleben durchzustößen. Psychotherapie in diesem Sinne ist von einem tiefen zwischenmenschlichen Miteinandersein von Therapeut und Klient getragen, wobei der Therapeut keinesfalls als Experte für zwischenmenschliche Beziehungen fungiert, welcher Einfühlungsvermögen, Wärme, Echtheit als gelernte "Skills" methodisch gebraucht, sondern in möglichst hohem Maße er selbst ist. Somit wird Psychotherapie für beide, den Therapeuten und den Klienten, ein Prozeß der Selbsterfahrung in der interpersonellen Situation. In einer so verstandenen zwischenmenschlichen Kommunikation ist die Wirksamkeit therapeutischer Hilfe in großem Maße abhängig von der Persönlichkeit des Therapeuten, inwieweit er sensibel, offen, d. h. "fully functioning" ist.

Wertung (value)

Die Äußerungen des Therapeuten erhalten ihren Wert daher nicht von dem Ansehen und Wissen eines Meisters, sondern sind unmißverständlich deklariert als subjektive und für den Klienten nachvollziehbare Erfahrungen des Therapeuten. *Rogers (1978)* beschreibt den Therapeuten als einen feinfühligem "Facilitator" für eine intensive, mitmenschliche Beziehung. Er ist gleichsam ein Vorbild für offene intra- und interpersonelle Begegnung mit einigen besonders hervorstechenden Verhaltensweisen:

Vermittlung von Geborgenheit und Sicherheit,
Einfühlungsvermögen,
Echtheit und Wärme,

12 Die Klienten- bzw. Personenzentrierte Beratung/Psychotherapie

Konfrontation der Gruppe oder einzelner mit dem eigenen Erleben des Therapeuten, Feedback über Verhaltensweisen usw.

In diesem Zusammenhang wird verständlich, daß neben der generalisierenden empirischen Forschung die therapeutischen Vorgänge mehr und mehr unter drei Gesichtspunkten beleuchtet werden:

subtile Erfassung therapeutischer Erscheinungsweisen,
ausführliche Einzelfallstudien und
Untersuchung der Selbsterfahrung des Therapeuten und des Klienten.

Um neue therapeutische Hypothesen zu gewinnen, versuchen Therapeuten zunehmend sich selbst, insbesondere die Auswirkungen ihrer eigenen Persönlichkeit auf andere, zu studieren. Ins Zentrum des Interesses rücken:

Gruppentherapien,
Selbsterfahrungsgruppen,
Familietherapie,
Therapie von Delinquenten,
Drogentherapie,
Alkoholikertherapie,
Psychosebehandlung.

Zusammenfassend: Eine therapeutische Persönlichkeitsveränderung ist nach *Gendlin* nur möglich, wenn zwei Bedingungen gegeben sind:

- *einmal* eine intensive Beschäftigung mit dem Gefühlsleben beider Gesprächspartner (Therapeut und Klient) und
- *zum zweiten* eine spezifische persönliche Beziehung.

(5) Bedeutung von *drei* Schlüsselbegriffen

Zur Beschreibung des Vorgangs der Persönlichkeitsveränderung führt *Gendlin* drei Schlüsselbegriffe ein:

1. *Direkte Bezugnahme*

Gendlin erläutert, daß jeder Mensch potentiell die Fähigkeit besitzt, eine "direkte Bezugnahme" auf das konkrete, im Augenblick in seinem Inneren ablaufende Erleben vorzunehmen. Für das Individuum ist die "gefühlte Bedeutung" implizit vorhanden, d. h. sie ist körperlich gegenwärtig.

2. *Implizite Bedeutung*

Da implizite Bedeutungen schwer faßbar sind, bedürfen sie einer symbolischen Verdeutlichung. Durch sprachliche Formulierung können sie herausgehoben oder konkret bildhaft gemacht werden. So ermöglicht die Interaktion mit sprachlichen Symbolen, implizite Bedeutungen auszuarbeiten und zu gestalten. Nur über den Prozeß des "Focusing" kann die gefühlte Bedeutung ergänzt, entwickelt und geformt werden.

3. *Focusing*

Linster (1980, 206) definiert:

"Focusing heißt, sich auf sein inneres Erleben zu konzentrieren. Vermag der Klient, sich in sein Erleben zu vertiefen, so gelangt er in den Prozeß des Selbsterlebens. Seine Erlebnisinhalte unterliegen dann einem ständigen Wechsel ('experimental shift'), der als Motor der Therapie fungiert."

Die Ausführungen von *Linster* (206f) über den vierphasigen Ablauf des Focusing werden

im folgenden gekürzt wiedergegeben: Focusing geschieht in der Regel in vier aufeinanderfolgenden Phasen, deren Reihenfolge jedoch nicht zwingend ist:

Erste Phase: "Direkte Bezugnahme",

Zweite Phase: "Entfalten der gefühlten Bedeutung",

Dritte Phase: "Erweiterte Anwendung der neu erarbeiteten gefühlten Bedeutung",

Vierte Phase: "Änderung der Bezugnahme".

Ausschlaggebend für den gesamten Verlauf ist, daß es dem Klienten gelingt, eine "direkte Bezugnahme" auf sein inneres Erleben vorzunehmen, d. h. sich einem bestimmten Bezugsobjekt (etwa einem bestimmten Vorgang oder einer bestimmten Person) direkt zuzuwenden und die vorerst noch vage fühlbare Bedeutung zu erspüren.

In der *zweiten* Phase vollzieht sich eine schrittweise Annäherung an das unmittelbare Fühlen und zugleich eine "Entfaltung" und Ausarbeitung der gefühlten Bedeutung. Die Objekte des Erlebens werden neu und verändert erlebt ("felt change"), wodurch der Klient nicht nur zu einer neuen Erkenntnis über die Art und Weise, wie er beteiligt war und wie seine Situation aussieht, kommt, sondern zugleich verändert er auch die Art, wie er sich selbst erfährt.

Die *dritte* Phase ist durch einen originären Prozeß gekennzeichnet, welcher nach *Gendlin* nicht mit "Einsicht" oder "besserem Verstehen" verwechselt werden darf. Der Klient versucht eine "erweiterte Anwendung" der neu erarbeiteten gefühlten Bedeutung: Seine neuen Erlebnisinhalte werden nun mit verschiedenen anderen, bisher unverbundenen Erlebnisbereichen verschmolzen.

In der *vierten* Phase versucht der Klient seine Bezugnahme zu verändern, entsprechend der veränderten impliziten Bedeutung. Er spürt eine neue, gefühlte Bedeutung, welche er auch im Focusing näher erforschen und erweitern kann. Die Änderung der Bezugnahme erst bringt eine Richtung in den Prozeß des Selbsterlebens.

Für den Therapeuten/Berater ist das Initiieren der möglichst genauen Verbalisierung der Gefühle des Klienten nicht mehr primär entscheidend, sondern es gilt vielmehr vor allem den *Erlebnisstrom* zu erfassen, Hilfestellung zur Annäherung an sich selbst zu geben und einen intensiven phänomenalen Kontakt zu halten. Beim Focusing-Prozeß verhält sich der Therapeut/Berater insgesamt direkter als in der klassischen Klientenzentrierten Therapie. So fordert er seinen Klienten unmittelbar auf, sich in den Prozeß des Focusing einzulassen, sich zu entspannen, mit Sprechen aufzuhören und sich seinem inneren Erlebnisstrom zu überlassen.

(6) Zusammenfassende Betrachtung

Mit diesen Vorstellungen geht die Erlebenstherapie erkennbar über reines "Verbalisieren von Gefühlen" hinaus. *Gendlin (1974)* bezeichnet die Erlebenstherapie als "Methode der Methode", die außer dem "Reflektieren von Gefühlen" durchaus Techniken anderer therapeutischer Richtungen aufnehmen kann. Unverzichtbar für ein umfassenderes therapeutisches Handeln muß jedoch die klientenzentrierte Haltung des Therapeuten bleiben.

Wie ausgeführt, ist das entscheidend Neue an dieser Theorie, daß in der Erfassung des Seelischen nicht mehr von sog. psychischen Inhalten, wie z. B. Bedürfnissen, Motivationen, Angst, Aggressionen usw. ausgegangen wird, sondern daß die psychischen Inhalte als verfestigte Erlebnisstrukturen gesehen werden. Diese Sichtweise ermöglicht die Zielsetzung, "psychische Inhalte" durch helfende Prozesse zu verändern und zu verflüssigen.

Pavel (1983, 35f) stellt in diesem Zusammenhang heraus, daß es dann für den therapeutischen Prozeß nicht mehr entscheidend ist, z. B. *über* Angst zu sprechen, wann und wo sie auftritt usw., sondern sich mit dem Klienten zu fragen, welche tiefere Bedeutung hat Angst für ihn, welche Erlebnisweise bewirkt, bewegt die Angst?

”Psychotherapie wird damit als Prozeß gesehen, in dem eine allmähliche Metamorphose von implizit erlebbaren Bedeutungen stattfindet.”

Ruth Cohn (1975, 108f) charakterisiert den Experientialismus mit den Worten:

”Ganz im Hier-und-Jetzt sein; Tiefe in der Gegenwart zu finden; zu wissen, daß das Hier-und-Jetzt jedes Dort-und-Damals der Vergangenheit und die Dort-und-Damals der Zukunft enthält.”

Für die Autorin ist Experientialismus eine Chance, ”humanistische Prinzipien im Heilen, Lehren, Beraten, Schreiben zu verwirklichen und zu vermitteln”.

”Die Experientialisten aller Berufe brauchen Erfahrung und Klärung im Emotionalen; dazu gehören Sensitivität, Empathie, Intuition und Selbstbewußtheit. Diese können geübt und vertieft werden.”

Cohn (109) bekräftigt ihre Aussage: ”*Humanismus ist das Fundament des Experientialismus*” in Form von Thesen:

- Zu wissen, daß ich zähle,
- zu wissen, daß du zählst, ob schwarz, weiß, rot, gelb oder braun.
- Die Erde zählt.
- Das Universum zählt.
- Mein Leid zählt.
- Dein Leid zählt.
(Wenn du dich nicht um mein Leid scherst und mir dein Kummer gleichgültig ist, werden wir beide von Hunger, Krankheit und Massenmord ausgelöscht werden.)
- Achtung vor dem Leben ist wichtig.
- Fähigkeiten und Wissen sind wichtig.
- Wissen ohne Achtung vor dem Menschen baut Gaskammern und Napalmfabriken.
- Menschlichkeit ohne Wissen kann kein Brot backen, keine Häuser, Spitäler oder Schulen bauen und
- keine gebrochenen Knochen oder Seelen heilen.”

2.2.4. *Personorientierte bzw. -zentrierte Beratung/Therapie versus empirisch-wissenschaftlich orientierte Gesprächsberatung und -therapie*

2.2.4.1. *Personorientierte bzw. -zentrierte Beratung/Psychotherapie*

Die personorientierte bzw. humanistisch-existentialistische Beratung/Psychotherapie versteht sich als eine neue alternative ”Dritte Kraft” (*Bugental, 1964*) innerhalb der Psychologie. ”Neben *Rogers* gehören auch zahlreiche andere Vertreter der GT (Gesprächspsychotherapie) zum Kreis der Humanistischen Psychologen” (*Linster 1980, 173*). Auch diese Beratungs-/Therapieform basiert auf den Ausgangsüberlegungen von *Rogers (1942)*, die in das Zentrum der zu entwickelnden Beratungstheorie den Prozeß der Beratung (bzw. Therapie) stellten sowie die nach bestimmten Prinzipien zu gestaltende Beziehung zwischen Berater (Therapeut) und Klient. Bald trat jedoch neben die Ausarbeitung und wissenschaftliche Fundierung des beraterischen/therapeutischen Ansatzes eine Ausweitung und Ergänzung der Zielrichtung, indem die neuen therapeutischen Prinzipien auf andere Be-

reiche psychologischer Praxis und schließlich auf den gesamten Bereich menschlichen Lebens ausgedehnt wurden.

„Personenzentriertes Vorgehen und Verhalten wurden damit immer mehr zu einer neuen und besonderen, zugleich aber auch übertragbaren Form der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen; der personenzentrierte Ansatz wurde zu einer neuen Weltanschauung, zur Grundlage für den Entwurf einer ‚Gesamttheorie des menschlichen Daseins‘ (Holdstock u. Rogers 1977, 125).

Diese Aufgabenstellung und die darin enthaltenen Sichtweisen verbinden die personorientierte Theorie mit der Humanistischen Psychologie. Die Ausweitung des therapeutischen Ansatzes zu einem philosophisch-weltanschaulichen führt zu einem neuen Verständnis der Therapieform ‚Gesprächspsychotherapie‘ (Linster 1980, 170f).

Der Autor führt weiter aus, daß entsprechend dieser ausgedehnten und allgemeinen Sichtweise jeder zwischenmenschlichen Beziehung personorientierte Handlungen und Verhaltensweisen innewohnen und daß je nach deren Akzentuierung und Ausprägung eine stärker „therapeutische“ oder eine „alltäglichere“ Qualität vorherrscht. Damit ist Gesprächspsychotherapie nur graduell von der Art und Weise verschieden, wie sich Menschen im Alltag begegnen, um eine gegenseitig befriedigende Beziehung aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

„Für die beteiligten Personen ist dabei nicht nur die Intensität der erlebten Gefühle der Zuwendung befriedigend. Vielmehr erfahren sie diese Beziehung auch für ihre persönliche Entwicklung und ihr Wachstum als förderlich: Eine so gestaltete Beziehung setzt das in jeder Person innewohnende Wachstumspotential frei (Rogers 1977, 15)“ (171).

Die personorientierte, humanistisch-existentialistische Gesprächspsychotherapie, wie sie Rogers bis zu seinem Tode vertrat, ist das Ergebnis der Verbindung mit der Humanistischen Psychologie. Sie weist in dieser Form Gemeinsamkeiten mit anderen humanistischen oder erlebnisorientierten („experiential“) Psychotherapien auf und ist in ihrem philosophischen und erkenntnistheoretischen Selbstverständnis anders ausgerichtet als die eher naturwissenschaftliche „akademische“ Variante der GT.

„In dieser Auffassung versteht sich die GT als eine Therapieform, die den professionalen Rahmen sprengt und alternative Lebensformen und Weltanschauungen einschließt. Therapeutisches Handeln wird hier auch Ausdruck eines bestimmten Lebensstils, eine Möglichkeit, eigenverantwortlich, selbstbestimmt und sinnerfüllt zu leben“ (173).

Festzuhalten ist, daß Rogers eine Ausweitung der ursprünglich für die Beraterische und therapeutische Beziehung definierten Prinzipien auf *alle* zwischenmenschlichen Interaktionen vornahm. So übertrug er die interaktionellen Prinzipien zunächst auf die *Pädagogik* (1969), dann auf *Gruppen* (1970) und *Partnerbeziehungen* (1972). Später legt Rogers den Entwurf einer „Gesamttheorie des menschlichen Daseins“ vor und schreibt zur „Philosophie der interpersonalen Beziehung“:

„Schließlich glaube ich, daß die Philosophie der interpersonalen Beziehungen, zu deren Formulierungen ich beigetragen habe, in allen Situationen Bedeutung hat. Ich glaube, daß sie sich auf die Therapien anwenden läßt, auf die Ehe, auf das Verhältnis Eltern und Kinder, Lehrer und Schüler, Hoch- und Niedriggestellte, auf den Umgang von Menschen verschiedener Rassen. Ich wage sogar zu behaupten, daß die Philosophie auch in der Politik im Umgang mit anderen Nationen zu mehr Menschlichkeit beitragen würde und daß sie an die Stelle der Formel ‚Macht schafft Recht‘ treten sollte“ (Rogers, 1980, 197f).

Linster weist darauf hin, daß Rogers' Gedanken über die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung vor allem von Angehörigen pädagogischer und sozialer Berufe sowie in der Seelsorge vorbehaltlos aufgenommen und verbreitet wurden. Für Beratung und The-

rapie beinhaltet diese Entwicklung, daß die Beziehung zwischen Helfer und Klient nicht mehr als eine spezifische, von anderen zwischenmenschlichen Beziehungen durch bestimmte Merkmale unterscheidbare angesehen wird.

2.2.4.2. *Empirisch-wissenschaftlich orientierte Gesprächsberatung und -therapie*

Der Unterschied zwischen den einzelnen Varianten von Gesprächspsychotherapie drückt sich – so *Linster (172)* – am deutlichsten im Stellenwert aus, der einer personorientierten, d. h. rogerianischen, oder einer empirisch-wissenschaftlichen, d. h. akademisch-psychologischen Fundierung der GT eingeräumt wird. Die empirisch-wissenschaftlich orientierte Gesprächsberatung und -therapie wird vor allem von gesprächspsychotherapeutischen Psychologen vertreten, die vorwiegend an Hochschulen tätig sind und von ihrem empirisch orientierten erkenntnistheoretischen Verständnis her den Therapieansatz aufzuarbeiten und fortzuentwickeln versuchen.

„Neben den weiterlaufenden empirischen Arbeiten zum Therapieprozeß und zur Effektivität finden wir seit dieser Zeit vermehrt Bemühungen, Lücken der Theorie zu schließen oder – je nach Rigorosität des Standpunktes – die gesprächspsychotherapeutische Praxis (neu) zu fundieren. Hierzu zählen vor allem die Beiträge von Autoren, die allgemeinspsychologische Ansätze dafür heranziehen. Dadurch entstehen Modifikationen der ursprünglichen Theorie, weniger jedoch solche des therapeutischen Vorgehens“ (*Linster 1980, 172*).

Wichtig ist der Hinweis des Autors, daß in diesem Zusammenhang auch jene Varianten entstehen, die Gesprächs-Psychotherapie als eine Form von Gesprächsführung oder „nur“ als Beratungsgespräch verstehen.

2.3. *Vergleich zwischen Erlebenstherapie und Psychoanalyse*

Das Herausarbeiten von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen Erlebenstherapie und Psychoanalyse verdeutlicht die Kernaussagen beider Verfahren; im folgenden werden *Ruth Cohns (1975, 68–89)* Gedankengänge zu diesem Thema wiedergegeben.

2.3.1. *Arbeitsatmosphäre*

Analytiker und Erlebnistherapeut schaffen eine Atmosphäre, in der ungezwungene Kommunikation und Interaktion gefördert werden können.

2.3.2. *Primäres Interesse*

Der Erlebnistherapeut interessiert sich *primär* für unmittelbare Verhaltensweisen und Gefühle und erst *sekundär* für psychodynamische Zusammenhänge und Deutungen. Er mobilisiert seine Wahrnehmungsfähigkeit für die Gefühle des Klienten und seinen Scharfsinn zum Verstehen verbaler und nicht-verbaler Äußerungen. Das Interesse der Psychoanalyse ist von umgekehrter Schwerpunktsetzung geleitet: *Priorität* kommt dem Erforschen der psychodynamischen Zusammenhänge und den Deutungen zu.

„Während in der Psychoanalyse Interpretationen zukünftige Einsicht und Integration vorwegnehmen, benutzt die Erlebnistherapie Deutungen als Befestigung der gerade erlebten therapeutischen Intervention“ (87).

2.3.3. *Hauptsächliche Beschäftigung*

Im erlebnistherapeutischen Prozeß wird vor allem das *Wie* der Beziehungen eines Klienten innerhalb seiner Familie, an seinem Arbeitsplatz und in der Gruppe und weniger das *Warum* bearbeitet. Der Analytiker hingegen beschäftigt sich mehr mit dem *Warum* als mit dem *Wie*.

2.3.4. *Die Leitkonzepte*

Die Leitkonzepte der Erlebnistherapie sind:
Authentizität und Unmittelbarkeit.

Die Leitkonzepte der Psychoanalyse sind:
Übertragung und Widerstand.

”Die Erlebnistherapie hat die persönliche Beteiligung des Therapeuten und der korrigierenden Erfahrung einen Schritt weitergeführt. Die Intensivierung persönlicher Kommunikation und unmittelbarer Begegnung ist die Fortführung der Auffassung *Freuds* von Übertragung und Widerstand als aktiven Elementen der Vergangenheit in der Gegenwart” (87).

2.3.5. *Das Hauptwerkzeug des Therapeuten*

Das Hauptwerkzeug des Erlebnistherapeuten besteht darin, daß er sich selbst authentisch und spontan einbringt und seine unverwechselbare Identität in ständiger Konfrontation dem Partner bezeugt. Der Analytiker dagegen verhält sich zurückhaltend bis distanziert.

2.3.6. *Position des ”Leiters” in der therapeutischen Gruppe*

”Der Erlebnistherapeut nimmt am Gruppenprozeß als *Partner* teil. Für ihn ist die Gruppensitzung kein Labor, in dem alte Familienmuster neu erlebt, erforscht und durch bessere Beziehungen ersetzt werden, sondern ein wichtiger Teil des Lebens, der sich von anderen Situationen nur durch größere Echtheit, Unmittelbarkeit und Konzentration auf das Wesen des Lebens unterscheidet” (62).

Der Gruppenanalytiker frustriert die Gruppe durch seine Schweigsamkeit und stimuliert sie ”durch das Vorenthalten von Mitteilungen privater Natur”.

2.3.7. *Zusammenfassende Betrachtung*

Cohn gibt eine – gekürzt an dieser Stelle wiedergegebene – Zusammenfassung ihrer vergleichenden Betrachtung (89): Der scheinbare Gegensatz zwischen Psychoanalyse und Erlebnistherapie wird als falsche Dichotomie gesehen. Die Autorin stellt die Hypothese auf, daß alle Heilungsprozesse fließend seien. Alle beraterischen/therapeutischen Interventionen sind wirksam, wenn sie zur Integration persönlich bedeutsamer Aspekte der Realität führen, die dem Klienten unzugänglich waren. Der innerpsychosomatische Heilungsprozeß lenkt konstruktive Prozesse von einer Persönlichkeitsebene auf alle anderen: So führt psychoanalytische Einsicht zur Befreiung von emotionaler und körperlicher Spannung, und erlebende Begegnung fördert psychosomatische Einsicht. Unterschiede – jedoch keine Dichotomie – bestehen und beziehen sich auf die Rolle des Therapeuten und die Betonung des Hier-und-Jetzt, im Gegensatz zu Dort-und-Dann, in den Therapiesitzungen.

Die Autorin sieht einen historischen Trend – in der Gegenwartseinstellung, beginnend

mit *Freuds* Begriffen von Übertragung und Widerstandserlebnis – auf eine immer mehr erlebens-orientierte Haltung in psychodynamisch ausgerichteter Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

2.4. *Versuche lerntheoretischer Fundierung der Gesprächspsychotherapie*

Außer dem ständigen Bemühen um eine phänomenologische Fundierung der Gesprächspsychotherapie wurde von verschiedenen Seiten versucht, *lerntheoretische Ansätze* zur Klärung der Prozesse innerhalb dieser Beratungs- und Therapieform heranzuziehen.

2.4.1. *Truax u. Carkhuff (1967, 222)*

Die Autoren beschreiben den Berater/Therapeuten als warmherzigen, am Klienten interessierten Experten für zwischenmenschliche Beziehungen:

- So bewirken Wärme und Wertschätzung des Helfenden nach dem *”Prinzip reziproker Affekte”* bei dem Klienten entsprechende Gefühle.
- Durch die Sicherheit und Geborgenheit in der therapeutischen Situation findet eine allmähliche *”Desensibilisierung”* der Ängste des Klienten statt.
- Schließlich ermöglicht die *”Verstärkung” positiver Elemente des Selbstkonzepts eine allmähliche Aufweichung negativer Einstellungen des Klienten gegenüber sich selbst.*

2.4.2. *Linster (1980, 204)*

Linster entdeckt zwischen den kognitiven Verhaltenstherapien und einzelnen gesprächs-therapeutischen Auffassungen überraschende Ähnlichkeiten und übersetzbare Vorstellungen: Das Verhalten des Klienten im therapeutischen Prozeß kann als

- *”kognitive Umstrukturierung”*,
- *”Umattribuierung”*,
- *Veränderung der Selbstgespräche bzw. ”Selbstinstruktionen”* verstanden und wissenschaftlich untersucht werden.

2.4.3. *Martin (1975)*

Der Autor versucht die Gesprächspsychotherapie lerntheoretisch zu fundieren und baut auf der Konflikttheorie *Dollards* u. *Millers* auf; seine Bemühungen führen zu einer *konflikt-theoretisch orientierten Theorie der Gesprächspsychotherapie*. Aus dieser werden Aussagen über die Art der Probleme und der Problembewältigung des Klienten und über therapeutisches Vorgehen sowie Indikation abgeleitet. So wird in diesem Rahmen die Gesprächspsychotherapie als bevorzugte Therapie für *”internal motivierte Konflikte”* ausgewiesen, während für *”external motivierte Konflikte”* (z. B. Phobien) verhaltenstherapeutische Techniken angemessener und wirksamer sein sollen.

Der Therapeut kann nur dann hilfreich wirken, wenn er *”in der Konfliktregion arbeitet”* und den Klienten ermutigt, sich bis in jenen Bereich vorzutasten, in dem die *”Annäherungstendenz”* die *”Vermeidungstendenz”* gerade noch übersteigt. Im allgemeinen ist sich der Klient der in ihm ablaufenden Gefühle während dieser Prozesse nur teilweise oder vage bewußt.

„Der Therapeut soll durch sein Verhalten angstbesetzte Reaktionen extingieren und auf Annäherungsverhalten verstärkend eingehen. Durch empathisches Verstehen vermag er, die vom Klienten noch undeutlich und undifferenziert wahrgenommenen und formulierten Gefühle verdeutlichen zu helfen und sie für den Klienten erlebbar und bearbeitbar zu machen“ (Linster 1980, 204).

2.4.4. Anderson, Wexler u. Zimring

Die Forscher benutzen *kognitionspsychologische Konzepte und Modellvorstellungen*, um den gesprächstherapeutischen Ansatz zu erweitern. Insbesondere Wexler kritisiert Rogers' und Gendlins Vorstellungen zur Selbstaktualisierung und zum Selbsterleben (Experiencing) und definiert beide Konzepte auf der Grundlage *„informationstheoretischer und kognitionspsychologischer Theorien“* neu:

„Er versteht 'Selbsterleben' (Experiencing) als einen Prozeß der *Informationsverarbeitung*. Erleben und Erfahren entsteht für ihn durch die Arbeit kognitiver Prozesse, durch sog. informationsverarbeitende Systeme“ (Linster, 1980, 204).

Der Berater/Therapeut hat die Aufgabe, seinem Klienten mit Hilfe seines eigenen, differenziert und optimal funktionierenden Informationsverarbeitungssystems einen ebenfalls optimalen Modus der Informationsverarbeitung bzw. des Selbsterlebens zu ermöglichen.

Wexler (1974, 93ff) stellt das Merkmal *„Empathie“* ins Zentrum therapeutischen Agierens und subsumiert die beiden anderen Variablen Kongruenz und Wärme sowie Wertschätzung. Der Therapeut/Berater hat drei Aufgaben, die zugleich drei Funktionen empathischen Antwortens (empathic responding) sind:

1. Der Helfer muß *kongruent* sein, d. h. sich soweit als möglich ganzheitlich engagieren.
2. Dies ermöglicht ihm, zunächst *„aufmerksam“* (attentional) zu sein und bestimmte Aspekte der Information selektiv auszuwählen und dem Klienten zur weiteren Informationsverarbeitung anzubieten.
3. Die nächste Aufgabe des Beraters/Therapeuten besteht im *Organisieren und Strukturieren der vom Klienten mitgeteilten Information*, um ihn zum weiteren Ausdifferenzieren bzw. Integrieren seiner Mitteilung anzuregen.

„Die 'evozierende' oder 'evokative' Funktion des Therapeuten besteht darin, durch eine besonders lebendige und anschauliche Sprache, etwa durch die Verwendung von Bildern und Metaphern (vgl. auch Frank 1978) spezifische Implikationen in der Information des Klienten zu berühren, was dazu führen kann, daß daraus neue Information entsteht, die u. U. bedeutungsvoll ist und vom Klienten ebenfalls zu verarbeiten, ausdifferenzieren und zu integrieren ist. Der Klient lernt auf diese Weise neue Regeln der Informationsverarbeitung kennen und kommt zu einem 'optimalen Modus des Selbsterlebens', d. h. zur Entwicklung und zum optimalen Gebrauch seiner eigenen Verarbeitungskapazität“ (Linster 1980, 205).

„Selbstaktualisierung“ bedeutet für Wexler, daß der Mensch sich in einem optimalen Grad des Selbsterlebens engagiert und selbst Quelle für die Schaffung neuer Erfahrung und Veränderung durch kognitive Verarbeitung ist. Die Auffassung von Rogers wird durch Wexler umgekehrt:

„Nicht Selbstaktualisierung ist Voraussetzung für Selbsterleben, sondern Ergebnis und Charakteristikum des optimalen Modus des Selbsterlebens (Wexler 1974, 89f)“ (Linster 205).

2.5. Allgemeine Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Beratung/ Psychotherapie in West-Deutschland

Im folgenden werden einige Hinweise zu der Entwicklung der klientenzentrierten Beratung und Therapie in Westdeutschland gegeben, welche sich vor allem auf die Aussagen der Autoren *Franke (1983)*, *Kwiatkowski (1980)*; *Linster (1980)* und *Pavel (1983)* stützen.

2.5.1. Kurze Kennzeichnung der "Gesprächspsychotherapie"

Wie bereits ausgeführt, wurde im deutschen Sprachraum die Klientenzentrierte Psychotherapie weitgehend durch die Übersetzungen und Forschungen von *Tausch* bekannt und verbreitet. Der Forscher bemühte sich von Anfang an um eine empirisch-wissenschaftliche Fundierung dieser Beratungs- und Therapieform. Bedeutsamerweise bezeichnet *Tausch* die Methode: "Gesprächspsychotherapie", was auf drei Fakten hindeutet:

- Überbetonung des verbalen Charakters der Beratungs- und Therapieform,
- Einschränkung des umfassenden Beziehungsaspekts,
- Verlegung des Schwerpunktes der Interaktion zwischen Helfer und Klient auf die Tätigkeitsebene.

2.5.2. Betonung der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)

Pavel (1983, 38) führt aus: "Das Vorgehenskonzept deutscher Gesprächspsychotherapeuten ist weitgehend geprägt durch das 'Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte' des Klienten in einer 'warmherzigen' und an der Person des Klienten möglichst 'echt' interessierten Weise. Die Selbstexploration des Klienten soll durch ein solches Vorgehen gefördert werden. Eine offene, reversible Kommunikation, die neben der Selbsterfahrung des Klienten die Selbsterfahrung des Therapeuten in die Therapie mit einbezieht (Erlebenstherapie), ist jedoch meist nicht gegeben."

Zu dieser Thematik bemerkt *Kwiatkowski (1980, 112)*, daß die detaillierte Analyse der spezifischen inhaltlichen Prägung des "Empathie"-Begriffs durch die Merkmale des naturwissenschaftlichen Erfahrungsmodus verdeutlicht, daß die Variable "VEE" die naturwissenschaftliche Version von "Empathie" ist, "als solche aber nicht nur eine Differenz zum phänomenologischen 'Empathie'-Konzept aufweist, sondern auch grundsätzlich andere, sogar gegensätzliche Kernstücke" hat.

"Da die Brechung des Forschungsgegenstandes/-bereichs durch seine naturwissenschaftlichen methodologischen Voraussetzungen speziell dadurch geschieht, daß die Phänomene per Umdefinition bzw. inhaltlicher Reduktion beobachtbar, meßbar, quantifizierbar etc. gemacht werden, wurde aus 'Empathie' 'VEE'."

2.5.3. Veränderte Bedeutung und Reihenfolge der drei Beziehungsvariablen

Alexa Franke (1983, 68) stützt ihre eigenen und *Pavels* Aussagen mit dem Hinweis auf die veränderte Bedeutung der drei Beziehungsvariablen in *Tauschs* Sichtweise:

1. "Aus der umfassenden Haltung, die *Rogers* unter Empathie versteht, wird bei *Tausch* ein charakteristisches äußeres Merkmal des sprachlichen Verhaltens von Psychotherapeuten der client-centered-Orientierung von *Rogers*."
2. Eine ähnliche, wenn auch noch nicht so stark konkretisierte Veränderung erfährt die Variable: "Positive Wertschätzung und emotionale Wärme".

”*Tausch* versteht diese (ebenfalls 1974) als ’komplexe Verhaltensform’ – und sie ist ihm offenbar zu komplex. Denn er vermutet: ’Wahrscheinlich wird mit fortschreitender Forschung eine Aufgliederung dieser Verhaltensform möglich sein, in eine Variable positive Wertschätzung des Psychotherapeuten für den Klienten, mehr bezogen auf die Art der Wahrnehmung der Person des Klienten und seiner Eigenschaften sowie in eine Variable emotionale Wärme, mehr mit dem Schwerpunkt auf tiefer Freundlichkeit, Sympathie und positiver gefühlsmäßiger Einstellung des Psychotherapeuten gegenüber dem Klienten’ (*Tausch 1974, 112*)” (*Franke 1983, 68*).

3. ”Eine eigene Definition von ’congruence’ gibt *Tausch (1974, 26)* nicht.”

2.5.4. Die naturwissenschaftliche Orientierung

Jahrzehntelang standen in der BRD im Vordergrund die empirische Untersuchung und die Isolierung einzelner operationalisierbarer Variablen des beraterischen und psychotherapeutischen Prozesses wie ”Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte”, ”Selbstexploration” u. a. m., wobei die phänomenologisch-theoretische Basis klientenzentrierter Vorgehensweise, die in den USA als ständiger Anreiz für neue kreative Hypothesen wirkt, zurücktrat. Genau genommen sind die umfangreichen von *Tausch* und seinen Mitarbeitern inaugurierten deutschen empirischen Forschungsarbeiten fast ausschließlich Hypothesen überprüfende Forschungen, die sich nach *Pavel (1983, 38f)* unter dem Leitthema zusammenfassen lassen: *Sind die Ergebnisse der amerikanischen Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie auf deutsche Gegebenheiten übertragbar?* Durch das Bemühen um exakte und objektive empirische Überprüfung psychotherapeutischer Prozesse wurden grundlegende Verhaltensweisen wie *Einfühlungsvermögen, Echtheit* und *Wärme* durch viele amerikanische und deutsche Ergebnisse abgesichert.

Tatsächlich war innerhalb der deutschen Gesprächstherapie die Humanistische Psychologie lange Zeit wenig wirksam, weil – wie gesagt – eine intensivere Beschäftigung mit dem Ideengut der Humanistischen Psychologie zugunsten gründlichen empirischen Engagements vernachlässigt wurde.

2.5.5. Hinwendung zu einer humanistisch-existentialistischen Fundierung

In der gemeinsam herausgegebenen Auflage der ”Gesprächstherapie” vertreten *Tausch/Tausch (1977, 30)* eine offensichtlich von der Entwicklung der Humanistischen Psychologie beeinflusste Einstellung. So halten die Autoren u. a. die für den helfenden Prozeß förderlichen Haltungen:

- ” – einführendes, nichtwertendes Verstehen,
- Achtung – Wärme – Sorgen und
- Echtsein – Ohne-Fassade-Sein,

nicht nur für professionelle Helfer, sondern für alle Gespräche im täglichen mitmenschlichen Zusammenleben” für ”nachweislich förderlich”.

Gerade diese Äußerung weist auf eine deutliche Aufnahme des Gedankenguts von *Rogers* hin, der die Entwicklung zu einer vertieft humanistisch-existentialistischen Sichtweise selbst einleitete und deren Übertragung auf alle Bereiche mitmenschlichen Zusammenlebens forderte. In diesem Sinne äußert sich *Alexa Franke (1983, 68)*:

”Es wäre verkürzt, in dieser Neuübersetzung lediglich den Austausch von Worten zu sehen. Vielmehr handelt es sich um *die äußeren Zeichen einer Entwicklung innerhalb der klientenzentrierten Psychotherapie (vor allem in Deutschland) weg von einer empirisch-wissenschaftlichen hin zu einer humanistisch-existentialistischen Therapieform.*”

2.5.6. *Notwendigkeit der Kenntnis der Humanistischen Psychologie für klientenzentrierte Berater und Therapeuten*

Die Auseinandersetzung mit der Humanistischen Psychologie ist m. E. für Gesprächspsychotherapeuten unabdingbar. Im folgenden werden aus der Fülle von Argumenten für diese These zwei besonders wichtige Gründe erörtert:

Erstens wird dadurch das Verständnis der Grundlagenkontroverse zwischen phänomenologisch und naturwissenschaftlich orientierten Gesprächspsychotherapeuten ermöglicht.

„Speziell die Elaborierung des humanistischen Wissenschaftsansatzes ist in diesem Zusammenhang relevant, weil eine echte und produktive Austragung dieser Kontroverse leicht und von vornherein zum Scheitern gebracht werden kann, wenn eine als vage, unwissenschaftlich und irrational bescholtene humanistische Position gegen ein längst fest etabliertes naturwissenschaftliches Forschungsprogramm (. . .) hingestellt werden kann“ (*Kwiatkowski 1980, 21*).

Zweitens erlaubt nur die Kenntnis des humanistischen Theoriehintergrundes eine präzisere Erfassung des hiesigen Grundlagenstreits hinsichtlich dessen Einordnung in die Entwicklungsgeschichte der klientenzentrierten Psychotherapie.

Es erweist sich, daß *Rogers* – wie ausgeführt – durch seine schwankende Haltung Mitverursacher des Streits um naturwissenschaftliche oder humanistisch-phänomenologische Theoriebildung und Empirie war und daß vermutlich eine der Ursachen des Konflikts im Rahmen der deutschen GPT bereits bei *Rogers* zu suchen ist.

2.6. *Die methodologische Zweideutigkeit von Rogers*

2.6.1. *Rogers Bekenntnis zu seiner zwiespältigen Einstellung*

Rogers fragt: „Gibt es eine Sichtweise, möglicherweise aus einer existentialistischen Orientierung heraus entwickelt, die die Werte des Logischen Positivismus – und damit die wissenschaftlichen Fortschritte, die er fördern half –, zu bewahren vermag und die mehr Raum läßt für den Menschen, der doch Mittelpunkt und Basis unseres gegenwärtigen wissenschaftlichen Systems ist?“ (*Rogers 1959, 251 in Kwiatkowski 1980, 58*).

Offensichtlich fragt *Rogers* nach brauchbaren Ideen aus existentialistischem-phänomenologischem Lager, um die menschliche Subjektivität in der psychologischen Wissenschaft adäquater zu vertreten; er „fordert Kreativität in der Weiterentwicklung bei gleichzeitiger Bewahrung der positiven Werte der naturwissenschaftlich orientierten Forschungsstrategie“ (*Kwiatkowski 1980, 58*). Obwohl *Rogers* diese „positiven Werte“ nicht klar definiert, deuten zwei bemerkenswerte Äußerungen darauf hin, daß für ihn „Objektivität qua Inter-subjektivität“ eine bedeutsame Maxime naturwissenschaftlichen Denkens zu sein scheint:

Erstens sollen wissenschaftliche Aussagen nicht dem subjektiven Denken des einzelnen Individuums unterliegen, sondern, um angemessene Gültigkeit zu erlangen, der Kontrolle wissenschaftlicher Kollegen (*Kwiatkowski, 59*).

Zweitens versucht *Rogers* der Kritik der Vagheit und des Idealismus zu begegnen und seine wissenschaftliche Redlichkeit zu beweisen, indem er die naturwissenschaftliche Methodologie akzeptiert und diese sogar als Wissenschaftlichkeit schlechthin bezeichnet (*Rogers 1973b, 216*). Ihre wichtigsten Kennzeichen „Messen und Quantifizieren“ übernehmend, gibt sich *Rogers* damit auf das Feld des „szientistischen Erfahrungsmodus“.