



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Einstellungen des Therapeuten in der
Personenzentrierten Psychotherapie und ihre
Integration in andere psychotherapeutische Konzepte“

Verfasserin

Astrid Reiningger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie

Wien, im September 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297 295 502

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik (Gewählte Fächer statt 2. Studienrichtung
Sonder- und Heilpädagogik)

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Robert Hutterer

Wenn zwei Therapeuten, die unterschiedlichen Therapieschulen angehören, das Gleiche tun, ist das nicht dasselbe. Der Kontext, in dessen Rahmen eine bestimmte Handlung erfolgt, bestimmt in hohem Maße mit, welche Wirkung, bzw. Auswirkung diese Handlung hat. (Eckert & Kriz, 2005, S. 332)

Mein besonderer Dank gilt Herrn Ao. Univ.- Prof. Dr. phil. Robert Hutterer für seine fachlichen Anregungen. Weiters möchte ich meinen Ehepartner Gernot erwähnen, der mir durch seine Geduld und sein Verständnis geholfen hat, die Kraft für die Fertigstellung dieser Arbeit aufzubringen. Judith, Isabella, Beatrice, sowie Carola und Albert danke ich für ihre Motivation und die vielen anregenden Diskussionen. Im Zuge der Danksagungen möchte ich keinesfalls meine Eltern vergessen, die mir dieses Studium ermöglicht haben.

Abkürzungsverzeichnis

Anm.	Anmerkung
Bd.	Band
BLRI	Barrett-Lennards Relationship Inventory
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
dt.	deutsch
ed.	editit, herausgegeben
et al.	et alii, und andere
etc.	et cetera, und so weiter
f.	folgende Seite
ff.	fortfolgende Seite
GT	Gesprächstherapie
GPT	Gesprächspsychotherapie
GwG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
Kap.	Kapitel
Orig.	Original
PiD	Psychotherapie im Dialog
S.	Seite
sog.	so genannt
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v.a	vor allem
VEE	Verbalisierung Emotionaler Erlebnisinhalte
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume (Band, Jahrgang)
z.B.	zum Beispiel
%	Prozent

Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung	3
1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung	3
1.2 Methodische Vorgehensweise	5
1.3 Begriffserläuterungen	7
2 Theorie der therapeutischen Bedingungen nach C. Rogers	8
2.1 Die Grundhypothese	9
2.2 Das Konzept der notwendigen und hinreichenden Bedingungen	9
2.2.1 Der psychologische Kontakt.....	10
2.2.2 Der Zustand des Klienten	11
2.2.3 Die Einstellungen des Therapeuten	13
2.2.3.1 <i>Kongruenz</i>	13
2.2.3.2 <i>Unbedingte positive Wertschätzung</i>	15
2.2.3.3 <i>Empathie</i>	18
2.2.4 Die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten.....	22
2.3 Der Therapieprozess	23
2.3.1 Das Prozesskontinuum	23
2.3.2 „Fully functioning person“	24
2.4 Diskussion zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen.....	26
2.4.1 Die vernachlässigten Bedingungen „Kontakt“ und „Wahrnehmung“	26
2.4.2 Die Rangfolge der Therapeutenbedingungen nach ihrer Relevanz	28
2.4.3 Ein zusätzliches Therapeutenmerkmal	30
2.4.4 Rogers’ Skepsis gegenüber Therapietechniken	31
2.4.5 Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Therapiekonzepts	34
3 Der Personenzentrierte Ansatz im Kontext der Psychotherapieforschung	35
3.1 Historische Eckpunkte der Psychotherapieforschung.....	35
3.1.1 Wirksamkeitsforschung	36
3.1.2 Vergleichsforschung.....	37
3.1.3 Prozessforschung.....	39
3.2 Psychotherapieforschung im Klientenzentrierten Ansatz	41
3.2.1 Rogers’ Forschung zu den Therapeutenhaltungen	41
3.2.2 Rogers’ Forschung zum Therapieprozess.....	44
3.3 Rogers’ Beitrag zur Psychotherapieforschung: Ergebnisse und Erkenntnisse	45
3.3.1 Rogers’ Wissenschaftsauffassung	45
3.3.2 Kritik an Rogers’ Forschungsmethoden	47
3.3.2.1 <i>Einwände gegen die Variablenforschung</i>	49
3.3.2.2 <i>Widersprüchliche Forschungsergebnisse</i>	50
3.3.2.3 <i>Mögliche Ursachen der paradoxen Forschungsbefunde</i>	51
3.3.2.4 <i>Neuere Forschungspositionen</i>	53
3.4 Rogers’ Stellenwert im Gesamtkontext der Psychotherapieforschung.....	54
4 Empathie, Akzeptanz und Kongruenz in der Darstellung der Psychoanalyse	56
4.1 Der Stellenwert der klassisch orthodoxen Psychoanalyse im Rahmen der Entwicklung neuer psychotherapeutischer Ansätze	56
4.1.1 Rogers’ Verhältnis zur Psychoanalyse	57
4.1.2 Inhaltliche Differenzen zwischen der Psychoanalyse und Rogers’ Therapiekonzept	59
4.1.3 Kritik der Psychoanalytiker an Rogers’ Behandlungskonzept und seine Repliken.....	60
4.2 Die Therapeutenrolle in der Darstellung neopsychoanalytischer Strömungen.....	62
4.2.1 Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse	63

4.2.2 Gemeinsame Merkmale der Ich-Psychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie	64
4.2.3 Untersuchung der Ich-Psychologie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers	65
4.2.4 Untersuchung der Objektbeziehungspsychologie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers	67
4.2.5 Untersuchung der Selbstpsychologie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers...	70
4.2.5.1 Kritik an Kohuts Selbstpsychologie	71
4.2.5.2 Annäherung der Selbstpsychologie an die Personenzentrierte Psychotherapie	72
4.2.5.3 Rogers' Kommentar zur Selbstpsychologie Kohuts	73
4.2.5.3.1 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „Empathie“	73
4.2.5.3.2 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „Kongruenz“	75
4.2.5.3.3 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „unbedingte positive Wertschätzung“	76
4.2.6 Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Untersuchungsergebnisse	77
4.2.7 Untersuchung der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers	78
4.3 Anerkennung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots in der Psychoanalyse	82
5 Empathie, Akzeptanz und Kongruenz in der Darstellung der Verhaltenstherapie	84
5.1 Zum Stellenwert der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie	84
5.1.1 Die Vernachlässigung der therapeutischen Beziehung zugunsten der Therapietechniken	84
5.1.2 Gründe für das ansteigende Interesse der Verhaltenstherapeuten an der therapeutischen Beziehung	85
5.2 Die Rolle des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots für die Gestaltung der verhaltenstherapeutischen Beziehung	86
5.2.1 Der Rückgriff der Verhaltenstherapeuten auf das Klientenzentrierte Beziehungsangebot	87
5.2.1.1 Das frühe Verständnis der Verhaltenstherapeuten vom klientenzentrierten Beziehungsangebot	89
5.2.1.2 Auseinandersetzung mit den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen in der Selbstmanagement-Therapie	91
5.2.1.3 Auseinandersetzung mit den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen in den Kognitiven Therapien	94
5.2.1.3.1 Kognitive Therapie der Depression nach Beck et al.	94
5.2.1.3.2 Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	100
5.3 Gegenwärtige Darstellung der Personenzentrierten Therapeuteneinstellungen in der Verhaltenstherapie	103
5.3.1 Empathie und Akzeptanz in den Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie	103
5.3.1.1 Zum Empathieverständnis der Verhaltenstherapie: Empathie als instrumentelle Fertigkeit	105
5.3.1.2 Zum Empathieverständnis der Gesprächspsychotherapie: Empathie als kommunikativer Prozess	107
5.3.2 Ergebnisse der Analyse	107
6 Zusammenfassung und Schlussbilanz	109
7 Literaturverzeichnis	116

1 Problemstellung

1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Carl Rogers entwickelte 1940 in den USA die Personenzentrierte Psychotherapie - in Abkehr zu den damals vorherrschenden expertendominierten Ansätzen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Während das Menschenbild der Psychoanalytiker von der triebhaften Natur des Menschen geprägt war und die Verhaltenstherapeuten ihren Focus auf dessen Erziehbarkeit richteten, stand für Rogers, als Vertreter der Humanistischen Psychologie, der Mensch mit seinen spezifischen Bedürfnissen im Zentrum seiner therapeutischen Arbeit.

Rogers' Hauptinteresse galt von Anfang an der therapeutischen Beziehung. In seiner Theorie ging Rogers davon aus, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Sein Forschungsinteresse richtete sich darauf, diejenigen Merkmale hilfreicher Beziehungen zu identifizieren, die die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen sichtbar vorantrieben, um daraus einen Nutzen für die psychotherapeutische Praxis zu ziehen. Rogers intensiven Forschungsbemühungen ist es zu verdanken, dass er als erster das konkrete Verhalten des Psychotherapeuten, die psychotherapeutischen Prozesse und Ergebnisse transparent und somit für die Forschung zugänglich gemacht hat.

Das Ergebnis jahrelanger umfangreicher Forschung und theoretischer Überlegungen wurde 1957 in seinem Aufsatz mit dem Titel „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“ publiziert. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wurde mit Hilfe von sechs Bedingungen beschrieben, die nach Rogers eine erfolgreiche Psychotherapie ermöglichen.

Die erste der sechs Bedingungen – der Kontakt zwischen Klient und Therapeut – gilt als Vorbedingung für die anderen fünf, die ohne sie bedeutungslos wären.

Die anderen fünf Bedingungen können unterteilt werden in drei Charakteristika des Therapeutenverhaltens (Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Kongruenz) und zwei Bedingungen, die sich an den Klienten richten. Dabei handelt es sich um den Zustand, in dem sich der Klient befindet – die Inkongruenz - und um die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten.

Das Revolutionäre an Rogers' Behauptung war, dass er die sechs Veränderungsbedingungen als notwendig und hinreichend ansah, um beim Klienten eine Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie anzuregen, und dass die Bedingungen nicht exklusiv für den Personenzentrierten Ansatz postuliert wurden (auch wenn sie als dessen Kernstück anzusehen sind), sondern einen allgemeinen Gültigkeitsanspruch für jede Form von Psychotherapie erheben (Keil, 2001).

Besonders die drei Therapeuteneinstellungen „Empathie“, „unbedingte positive Wertschätzung“ und „Kongruenz“ sind aufgrund zahlreicher Forschungsbefunde berühmt geworden. Die verstärkte Konzentration auf die Therapeutenbedingungen hat aber auch dazu beigetragen, dass die beiden anderen Bedingungen auf Seiten des Klienten – der psychologische Kontakt zwischen Therapeut und Klient und die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten – nicht angemessen berücksichtigt wurden, was dazu führte, dass Rogers' Therapiekonzept auf die drei Therapeuteneinstellungen reduziert wurde.

Der hohe Stellenwert von Rogers' Therapeuteneinstellungen, und hier besonders der beiden Bedingungen „Empathie“ und „Wertschätzung“, konnte in den letzten Jahren der Psychotherapieforschung therapieschulenübergreifend nachgewiesen werden (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) und mittlerweile ist sogar von der Verschmelzung personenzentrierter Therapiemethoden mit anderen Psychotherapieansätzen die Rede (Orlinsky & Ronnestad, 2000).

Bei der Bestimmung der Charakteristika, die eine erfolgreiche therapeutische Beziehung ausmachen, wird fast immer auf Carl Rogers Bezug genommen (Auckenthaler & Helle, 2001). Rogers' postulierte Klima förderlicher psychologischer Haltungen hat aber nicht seit jeher positive Resonanz innerhalb der Psychotherapieszene nach sich gezogen. Besonders die Psychoanalytiker, aber auch die Verhaltenstherapeuten, standen Rogers' Therapiekonzept bzw. den Veränderungsbedingungen mit Skepsis gegenüber und reagierten darauf mit Kritik.

Umso interessanter erscheint es, dass auch in Publikationen der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung von „Empathie“, „Wertschätzung/Akzeptanz“ und „Echtheit“ die Rede ist.

Dieser Sachverhalt führt zu der Frage, ob die in der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie festgestellte Affinität in Bezug auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers auf eine Annäherung an das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot bzw. auf Integrationsbemühungen der beiden Therapieansätze hindeutet. Eine historische

Auseinandersetzung mit dem Thema der therapeutischen Beziehung innerhalb der Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie erscheint evident, weil sie die Gründe für mögliche Integrationsbestrebungen transparent machen.

Eine Analyse der psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Literatur hinsichtlich der Therapeutenrolle soll Aufschluss darüber geben, wo Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zu Rogers' Therapeuteneinstellungen festzumachen sind, welchen Stellenwert die Therapeutenhaltungen innerhalb der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie einnehmen, und ob es Anhaltspunkte gibt, die darauf hinweisen, dass Rogers' Therapeutencharakteristika in die Methodik dieser beiden Therapieansätze eingeflossen sind. Dabei wird darauf zu achten sein, ob die von Rogers geprägten Begriffe im Sinne der Klientenzentrierten Psychotherapie verwendet werden oder ob sie zwar Eingang in andere psychotherapeutische Konzepte gefunden haben, dort aber umgedeutet wurden.

1.2 Methodische Vorgehensweise

In dieser Arbeit werden drei Psychotherapieansätze miteinander verglichen mit dem Ziel herauszuarbeiten, ob der Aspekt der Therapeutenrolle bzw. der Bedingungen für eine gelingende Therapeut-Klient-Beziehung, wie sie in Rogers' Klientenzentriertem Therapiekonzept ansatzübergreifend formuliert wurden, in die psychoanalytische bzw. verhaltenstherapeutische Theorie Eingang gefunden hat und wie sie dort rezipiert wurde und wird.

Zur Bearbeitung der angeführten Fragestellungen, wurde die hermeneutische Methode herangezogen. Die Hermeneutik als wissenschaftliches Verfahren umfasst die Lehre des Verstehens, der Auslegung und Interpretation von Texten.

Die vorliegende Literatur zur Theorie der drei Psychotherapieansätze wird mittels der hermeneutischen Arbeitsmethode „verstehend“ und vergleichend gegenübergestellt und analysiert.

Da die Forscherin letztlich ihren subjektiven Standpunkt als Interpretierende nicht verlassen kann, vollziehen sich in dieser vergleichenden Literaturanalyse im Sinne des Konzepts der Doppelten Hermeneutik (double hermeneutic), das auf den britischen Soziologen Anthony Giddens (1984, Orig. 1976) zurückgeht, mehrere hermeneutische Zirkel, die – in fortschreitender Reifung des Vorverständnisses – jeweils die gewonnenen Erkenntnisse wiederum mit den zu Beginn formulierten Annahmen und Hypothesen in Verbindung setzt.

Der Forschungsgegenstand konstituiert sich also aus der Sicht der Sozialwissenschaften durch die Interpretationsweisen, und die Forschungsergebnisse richten sich im Fall dieser Arbeit in gewisser Weise wieder an die untersuchten Ansätze selbst. „Wenn der Beobachter im Sinne der doppelten Hermeneutik der zweite Interpret ist, so sind die Beobachteten [Anm. A.R.: hier die untersuchten psychotherapeutischen Konzepte] zugleich der erste und der dritte . . . Interpret“ (Zierhofer, 2002, S. 148).

Genau unter diesem Gesichtspunkt versteht sich die Auseinandersetzung mit dem ursprünglichen Konzept von Rogers, seinen formulierten Hypothesen und der Art und Weise, wie diese Bedingungen in Psychoanalyse und Verhaltenstherapie übernommen und eingesetzt wurden bzw. werden als Anregung für die genannten Richtungen, die theoretische Auseinandersetzung voranzutreiben, ihre theoretische Grundlagen zu prüfen und die Argumente, die für die Übernahme oder auch für die Abgrenzung von bestimmten Begriffen sprechen, zu schärfen. So kann der theoretische Diskurs (und davon beeinflusst letztlich auch die psychotherapeutische Praxis) unter bestimmten Bedingungen weitergeführt werden: es braucht zunächst die prinzipielle Bereitschaft, eigene Positionen zu hinterfragen, sich mit anderen auseinanderzusetzen und bestehende Standpunkte weiter zu entwickeln. Die Kritik an anderen Konzepten schließt mit ein, auch Kritik an den eigenen Argumenten zu gewähren. Das impliziert, dass die vorgestellten Positionen nicht allgemeingültig und „fertig“ sind, sondern dass sie in einem kommunikativen Prozess der ständigen Entwicklung stehen, bis sie eventuell durch eine besser begründete Argumentation obsolet werden.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auch in der Überprüfung, ob die von Rogers erklärten und wissenschaftlich begründeten Bedingungen bzw. die Begriffe, die sie bezeichnen, bei der Anwendung in anderen therapeutischen Konzepten auch im ursprünglich gedachten Sinn verwendet oder umgedeutet werden. Die Schwierigkeit der sozialwissenschaftlichen Arbeit besteht ja gerade darin, dass Alltagssprache auch auf der Ebene der Metasprache Anwendung findet und umgekehrt.

Diese Verbindung zwischen Theorie und Alltag spiegelt sich im hier ausgeführten Thema auch im Verhältnis von Theorie und Praxis der angeführten Therapierichtungen wider: Begriffe, die aus welchen Gründen auch immer übernommen wurden, erfahren im Laufe der Diskussion und vor allem in der Praxis eine Umdeutung bzw. auch eine Art Eigenleben – unter Umständen werden die Inhalte beibehalten, aber der Begriff geändert (was meist dazu führt, dass die ursprüngliche Quelle schwer oder nicht auszumachen ist), in anderen

Fällen wird zwar der Begriff beibehalten, doch er transportiert nicht mehr (oder nur noch sehr unterschwellig) den ursprünglichen Inhalt.

„Nach Alfred SCHÜTZ (vgl. 1971) sind die wissenschaftlichen Konstruktionen und Typenbildungen als Konstruktionen von Konstruktionen, also als solche *zweiten Grades*, zu betrachten, die an die Common Sense-Konstruktionen als solche *ersten Grades* anzuschließen, sie somit zu rekonstruieren haben“ (Bohnsack, 2005, S. 66). Habermas (1981) betont dass über die Soziologie ein verstehender Zugang zu ihrem Objekt gesucht werden muss, „weil sie in ihm Prozesse der Verständigung vorfindet, durch die und in denen sich gewissermaßen der Objektbereich vorgängig, d.h. vor jedem theoretischen Zugriff schon konstituiert hat“ (S. 159). Der Sozialwissenschaftler ist mit einer Wirklichkeit konfrontiert, die durch „Sprechen und Handeln“ (Habermas, 1981, S. 159) eine symbolische Vorstrukturiertheit erfährt und nur mittels „*Sinnverstehen*“ (Habermas, 1981, S. 160) methodisch aufbereitet werden kann. In diesem Zusammenhang verweist Habermas (1981) auf Giddens (1976) und stellt fest, dass die Verstehensproblematik in einem bestimmten Objektbereich somit eine doppelte Hermeneutik erfordert, d.h. dass sich in den Sozialwissenschaften auch ihr Gegenstand, der Mensch, in einem hermeneutischen Zirkel bewegt und daher nicht nur das Objekt allein, sondern auch dessen Interpretationen ausgelegt werden müssen. In diesem Sinne wurde Giddens (1976) Begriff der doppelten Hermeneutik geprägt.

1.3 Begriffserläuterungen

Rogers' Therapiekonzept wurde im angloamerikanischen Raum in den 1940er Jahren zuerst unter der Bezeichnung „non-directive therapy“ und später unter dem Terminus „client-centered therapy“ bekannt. In Deutschland sorgte das Psychologenehepaar Annemarie und Reinhard Tausch für die Verbreitung von Rogers' Therapieansatz und wählte zur Kennzeichnung des Therapieverfahrens die Bezeichnung Gesprächspsychotherapie (Eckert & Kriz, 2005). Weitere geläufige Begriffe für Rogers' Therapiekonzept im deutschsprachigen Raum sind Klienten- bzw. Person(en)zentrierte Psychotherapie, sowie Rogerianische Psychotherapie.

Trotz unterschiedlicher ideengeschichtlicher Entwicklungsphasen der Begriffe wird in dieser Arbeit hauptsächlich auf die Bezeichnungen Klientenzentrierte bzw. Personenzentrierte Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie zurückgegriffen und synonym für den von Carl Rogers entwickelten Psychotherapieansatz verwendet.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschliesslich die männliche Form verwendet wird, wenngleich damit selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind.

2 Theorie der therapeutischen Bedingungen nach C. Rogers

1957 hielt Carl Rogers einen Vortrag vor dem Counseling Center Staff an der Universität von Chicago mit dem Titel „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“. Auf der Grundlage seiner bisherigen Erfahrungen mit Psychotherapie und die seiner Kollegen versuchte Rogers anhand der beobachteten therapeutischen Situationen die wesentlichen Aspekte einer therapeutischen Beziehung herauszufiltern.

Die zentrale Frage dahinter war, ob es möglich ist, „in klar definierbaren und meßbaren Begriffen die psychologischen Bedingungen zu nennen, die notwendig und hinreichend sind, eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung herbeizuführen?“ (Rogers, 1957b, S. 167). Rogers' Hauptinteresse galt somit der Identifikation jener Elemente, die wesentlich sind, um eine psychotherapeutische Veränderung in Gang zu setzen.

Rogers (1957b) präzisiert in seinem Artikel, was er unter konstruktiver Persönlichkeitsveränderung versteht, nämlich „stärkere Integration, weniger inneren Konflikt und mehr Energie, . . . die für effizientes Leben nutzbar ist; eine Verhaltensänderung weg von im allgemeinen als unreif betrachteten Verhaltensweisen und hin zu solchen, die als reif angesehen werden“ (S. 167).

Obwohl Rogers' Aufsatz (1957b) über die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“ anfangs große Kritik erntete, wurde er dennoch zu einer der bedeutendsten Publikationen auf dem Gebiet der Psychotherapie und gilt bis heute als Klassiker der Fachliteratur.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wurde anhand von sechs Bedingungen beschrieben, die nach Rogers' Meinung erst eine erfolgreiche Psychotherapie ermöglichen. Rogers' Therapiekonzept wird in der Literatur dennoch häufig auf die drei Therapeutenbedingungen „Empathie“, „unbedingte positive Wertschätzung“ und „Kongruenz“ reduziert, was seinem Therapieansatz jedoch nicht gerecht wird, da er alle sechs Veränderungsbedingungen in ihrer Gesamtheit als notwendig und hinreichend formulierte.

Meines Erachtens ist es - trotz des Hauptakzents dieser Arbeit auf die Therapeuteneinstellungen und ihrer Integration in andere psychotherapeutische Konzepte -

unerlässlich, sich mit allen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen auseinander zu setzen um eine erneute reduktionistische Sichtweise von Rogers' Therapiekonzept zu verhindern.

2.1 Die Grundhypothese

Rogers' (1986) Klientenzentriertes Therapiekonzept wurde prägnant in Form einer zentralen Hypothese formuliert, die in ihrer Endversion lautet:

Der oder die Einzelne besitzt in sich selbst unermessliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzepts, der Einstellungen und des selbst bestimmten Verhaltens – und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann. (S. 239)

Rogers (1987; Orig. 1959) vertraut auf die jedem Menschen innewohnende Kraft, konstruktive Veränderung in Gang zu setzen und ist davon überzeugt, dass der Klient die Fähigkeit besitzt, sich selbst zu helfen, wenn ihm der Therapeut ein klar definiertes, förderliches psychologisches Klima zur Verfügung stellt. Diejenigen Bedingungen, die diese Kraft beim Klienten freizusetzen trachten, wurden von Rogers (1957; 1959) möglichst exakt und ausführlich beschrieben sowie einer empirisch-wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen, und zwar in Form seiner „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“.

2.2 Das Konzept der notwendigen und hinreichenden Bedingungen

Wenn ein bestimmtes Set an Bedingungen existiert, kann ein therapeutischer Prozess beim Klienten angestoßen werden, der bestimmte Charakteristika aufweist. Wurde dieser therapeutische Prozess in Gang gesetzt, dann treten in weiterer Folge bestimmte Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen auf (Rogers, 1987; Orig. 1959).

Die sechs Bedingungen, die gegeben sein und über einen gewissen Zeitraum andauern müssen, damit sich eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung in einem psychotherapeutischen Prozess ereignet, lauten:

1. Zwei Personen befinden sich in einem psychologischen Kontakt.
2. Die erste, die wir Klient nennen werden, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletzbar oder ängstlich.

3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen werden, ist kongruent oder integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet eine bedingungslose positive Zuwendung dem Klienten gegenüber.
5. Der Therapeut empfindet ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und ist bestrebt, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen.
6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungslosen positiven Zuwendung des Therapeuten dem Klienten gegenüber wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht. (Rogers, 1957b, S. 168)

Die erste dieser sechs Bedingungen, der psychologische Kontakt, gilt als allgemeine Voraussetzung für Psychotherapie. Die Bedingungen drei, vier und fünf kennzeichnen die Charakteristika auf Seiten des Therapeuten, während die Bedingungen zwei und sechs Voraussetzungen seitens des Klienten beschreiben (Eckert & Kriz, 2005).

Keil (2001) betont, dass Carl Rogers die sechs Bedingungen nicht ausschließlich für die Personenzentrierte Psychotherapie, sondern für jede Form von Psychotherapie postulierte. Rogers' (1957b) Hypothesen zeigten auch außerhalb der Klientenzentrierten Therapie große Wirkung. Ihre Bedeutung kann darin gesehen werden, dass sie enormen Einfluss auf die Psychotherapieforschung ausübten, aber auch das Verständnis von Psychotherapie generell beeinflussten (Keil, 2001). Da aber keine der bereits bestehenden Therapieschulen zunächst Interesse zeigte, Rogers' Therapiekonzept zu integrieren, entstand daraus zwangsläufig ein eigenständiger Personenzentrierter Therapieansatz (Keil, 2001). Somit können die therapeutischen Veränderungsbedingungen, trotz ihres allgemeinen Gültigkeitsanspruchs für Psychotherapie, auch als herausragendes Merkmal der Klientenzentrierten Therapierichtung angesehen werden (Keil, 2001).

2.2.1 Der psychologische Kontakt

Rogers (1957b) stellt als erste Hypothese auf, dass eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung nur in einer Beziehung erreicht werden kann. Die erste der sechs Bedingungen besagt, dass ein „Minimum an Beziehung, ein psychologischer Kontakt“ (Rogers, 1957b, S. 169) zwischen zwei Personen vorhanden sein muss, damit eine Persönlichkeitsveränderung stattfinden kann. Rogers (1987; Orig. 1959) stellte jedoch fest, dass unter dem Terminus „Beziehung“ fälschlicherweise „die Tiefe und Qualität einer guten Beziehung oder einer therapeutischen Beziehung“ (S. 34) verstanden wurde. Die Umformulierung von „psychological contact“ (Rogers, 1957a) in „contact“ (Rogers, 1959)

sollte diese minimale Beziehungserfahrung noch prägnanter zum Ausdruck bringen. In diesem Zusammenhang bedeutet psychologischer Kontakt bzw. Kontakt, dass die beteiligten Personen aufeinander emotional reagieren, sie lösen im Wahrnehmungsfeld des anderen etwas aus: „Each makes some perceived difference in the experiential field of the other“ (Rogers, 1957a, S. 96). Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) weisen darauf hin, dass das, was wechselseitig wahrgenommen wird und worauf der andere reagiert, nicht bewusst sein muss; der Kontakt in Form einer minimalen Beziehung muss aber vorhanden sein.

Rogers (1957b) simplifizierte die erste seiner sechs Veränderungsbedingungen, indem er sie als allgemeine Voraussetzung für Psychotherapie definierte. Seine Intention war es, sie von den nachfolgenden fünf Bedingungen abzugrenzen um hervorzuheben, dass diese ohne den psychologischen Kontakt keinerlei Bedeutung hätten.

2.2.2 Der Zustand des Klienten

Die zweite von Rogers formulierte Bedingung besagt, dass sich eine der beiden Personen, nämlich der Klient, in einem Zustand der Inkongruenz befindet. Er ist ängstlich, verletzlich, mit sich selbst uneins. Er ist mit einem Erleben bzw. Gefühl beschäftigt, das nicht mit seinem Selbstbild übereinstimmt (Rogers, 1957b).

Um das Inkongruenzkonzept besser erläutern zu können, ist es zunächst notwendig, einen Blick in Rogers' (1987; Orig. 1959) Persönlichkeitstheorie zu werfen, in der das so genannte Selbst und dessen Entwicklung eine zentrale Rolle spielen. Die Basis für die Entwicklung des Selbst bildet die Aktualisierungstendenz (Eckert & Kriz, 2005). Darunter versteht Rogers (1987) „die dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz, alle seine Möglichkeiten in einer Art und Weise zu entwickeln, dass sie den Organismus als Ganzen erhalten und fördern“ (S. 21).

Im Gegensatz zu anderen Organismen besitzt der Mensch die Eigenschaft, dass er als wesentlichen Bestandteil seiner Aktualisierung ein Bewusstsein von sich selbst entwickelt (Eckert & Kriz, 2005). Diese Entwicklung gelingt aufgrund der Selbstaktualisierungstendenz, einem Teilaspekt der Aktualisierungstendenz (Hutterer, 1992). Den Abschluss dieser Entwicklung bildet das Selbst bzw. das Selbstkonzept (Eckert & Kriz, 2005). Rogers (1987) verwendet beide Begriffe synonym und definiert das Selbst bzw. Selbstkonzept als „die Wahrnehmungscharakteristika des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten

einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte“ (S. 26). Beim Selbstkonzept von Rogers (1987) handelt es sich jedoch nicht um ein starres Konzept, sondern „um eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (S. 26).

Dem Terminus „Selbst“ wurde in dem von Rogers entwickelten Ansatz nicht von Anfang an eine bedeutsame Rolle zugeschrieben, er wurde erst im Laufe der Zeit erschlossen, u.a. durch Klientenaussagen wie: „Ich hatte niemals Gelegenheit, ich selbst zu sein“ (Rogers, 1987, S. 27). Damit wird bereits vom Klienten zum Ausdruck gebracht, dass er eine Vorstellung von seinem „wahren Selbst“ (Rogers, 1987, S. 27) hat. Im Entwurf seiner Persönlichkeitstheorie, im „wahren Selbst“, stimmt Rogers (1959) mit der existentialistischen Philosophie des dänischen Philosophen Kierkegaard überein, der ein mögliches Lebensziel des Individuums beschrieben hat als „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (1924, S.17).

Das gesunde Selbst ist dem Bewusstsein zugänglich und unterliegt aufgrund der ständig neuen Erfahrungen einem fortwährenden Wandel. Als „Erfahrung“ (experience) wird im Personenzentrierten Konzept all das subsumiert, „was den Organismus erreicht, was sich in ihm abspielt und prinzipiell dem Bewusstsein zugänglich ist, d.h. im Bewusstsein repräsentiert werden kann“ (Eckert & Kriz, 2005, S. 335). Im Laufe der Entwicklung einer Person kann es zu innerpsychischen Konflikten kommen, die dann entstehen, wenn der Klient die aktuellen Erfahrungen des Organismus nicht korrekt abbilden und als Selbst-Erfahrungen wahr- und annehmen kann (Eckert & Kriz, 2005). Diesen Zustand der mangelnden Übereinstimmung, die Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und den Erfahrungen einer Person, bezeichnet Rogers (1957b) als Inkongruenz. Diese Widersprüche (also die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung) müssen dem Klienten nicht unbedingt bewusst sein (Eckert & Kriz, 2005). Wenn sich die Person ihrer Inkongruenz nicht bewusst ist, dann ist sie verletzlich, wenn sie sie erahnt, dann ist sie irritiert und befindet sie sich in einem Spannungszustand, der als Angst bezeichnet wird (Eckert & Kriz, 2005). Laut Sachse (1999) kann die Person dann nicht nachvollziehen, was in ihrem Inneren vorgeht. Sie ist beunruhigt und „hat emotionale Reaktionen, die sie nicht begreift; sie führt Handlungen aus, die sie nicht ausführen will, ihr Überzeugungssystem ist zerrissen und konflikthaft, lässt sich aber nicht integrieren, widersprüchliche Überzeugungen stehen unverbunden nebeneinander und erzeugen eine Art ‚Zwiedenken‘ usw.“ (Sachse, 1999, S. 23). Die Inkongruenz erzeugt Leidensdruck, die betroffene Person

fühlt sich bedroht, bzw. beeinträchtigt, was sich in einer Erstarrung ihres Verhaltens bemerkbar macht (Eckert & Kriz, 2005).

Ein wesentliches Indikationskriterium für das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen ist, dass der Klient „einen wenigstens ahnungsweisen Zugang zu seiner Inkongruenz hat“ (Keil, 2001, S. 121). Das Ziel der Personenzentrierten Psychotherapie besteht darin, durch ein Klima förderlicher psychologischer Haltungen beim Klienten einen Prozess anzukurbeln, der zu einer Reduktion bzw. Aufhebung der Inkongruenz zwischen seinem Selbst und seiner Erfahrung führt (vgl. Kap. 2.3).

2.2.3 Die Einstellungen des Therapeuten

Die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie hat gezeigt, dass therapeutischer Erfolg nicht in erster Linie auf das technische Wissen und Können des Therapeuten zurückzuführen ist, sondern vielmehr davon abhängt, ob der Therapeut bestimmte Einstellungen besitzt (Rogers, 2001; Orig. 1977). Forschungsbefunde aus der Klientenzentrierten Psychotherapie haben ergeben, dass folgende drei Therapeutenbedingungen für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind:

1. Kongruenz oder Echtheit des Therapeuten;
2. Unbedingte positive Wertschätzung des Klienten seitens des Therapeuten und
3. Empathie oder einführendes Verstehen des Klienten seitens des Therapeuten.

2.2.3.1 Kongruenz

Rogers (2001) sah in der Kongruenz oder Echtheit des Therapeuten die grundlegendste Einstellung, die sich positiv auf den Verlauf einer Therapie auswirkt: „Ich bin überzeugt, dass das wichtigste Element der Therapie *die Echtheit ist, das reale Zugesein*, das der Therapeut in die Beziehung einbringt“ (S.199).

Die wesentliche Aufgabe des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten besteht darin, er selbst zu sein, ohne sich hinter einer Fassade oder Rolle zu verstecken. Die Kongruenz oder Authentizität des Therapeuten zeigt sich darin, dass er seine eigenen Gefühle und Einstellungen annehmen, als Teil seiner Selbst akzeptieren und seine Empfindungen dem Klienten gegenüber bei Bedarf mitteilen kann (Rogers, 2001).

Echt sein bedeutet, in einer Beziehung ich selbst zu sein, die Person, die ich bin, ohne Fassade, und der anderen Person meine gefühlsmäßigen Wahrnehmungen mitzuteilen,

aus meinem eigenen Erlebensprozeß heraus zu reagieren, um meinem Klienten die Suche nach gefühlten Bedeutungen zu erleichtern. (Rogers, 2001, S.154)

Der Therapeut ist für den Klienten in der Beziehung transparent, indem er all seine augenblicklichen Einstellungen und Gefühle offen lebt. Laut Rogers (2001) handelt es sich dabei „um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten, . . . eine Begegnung von Person zu Person“ (S.31). Rogers (2000; Orig. 1961) weist aber auch darauf hin, dass diese Bedingung nicht einfach zu erfüllen ist und kaum jemand diesen Zustand ganz und gar erreichen wird, „doch je annahmefähiger der Therapeut dem zuhören kann, was sich in ihm selber ereignet, und je fähiger er ist, ohne Angst die Komplexität seiner Gefühle zu leben, desto höher ist der Grad seiner Kongruenz“ (S. 74f.).

Um Missverständnissen vorzubeugen, betont Rogers (2001), dass das Kongruenzkonzept gewiß nicht bedeutet, dass der Klient mit all den Problemen oder Empfindungen des Therapeuten belastet werden soll. Vielmehr geht es Rogers (2001) darum, dass der Therapeut die Gefühle, die seinem Erleben zugänglich sind, nicht vor sich selbst verleugnet, und jene Gefühle, die in der Beziehung zu seinem Klienten immer wieder in den Vordergrund rücken, akzeptieren und auch äußern soll. Rogers (2001) ist der Ansicht, dass der Therapeut dem Klienten beispielsweise verbal mitteilen sollte, wenn er durch ihn Langeweile empfindet. „Zu beachten ist dabei, daß der Therapeut in jedem Fall eine Empfindung von sich mitteilt, aber nicht die Tatsache oder vermeintliche Tatsache oder ein Urteil über seinen Klienten“ (Rogers, 2001, S. 31). Die Mitteilung des Therapeuten an den Klienten, dass er sich gelangweilt fühlt, beinhaltet nicht die Wertung, dass er den Klienten als langweiligen Mensch empfindet (Rogers, 2001). Sie ermöglicht dem Therapeuten lediglich, seine Gefühle in die Beziehung einzubringen. Dadurch ändert sich seine Empfindung. Indem der Therapeut sich dem Klienten gegenüber öffnet, wird er sich bemühen, die Reaktionen des Klienten zu erfahren und ihm erneut einfühlerisches Verstehen entgegenbringen (Rogers, 2001).

Mit dem Aufbau und der Verwirklichung einer authentischen, ehrlichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut wird die Voraussetzung für eine personale Begegnung geschaffen, die beim Klienten eine Persönlichkeitsveränderung hervorruft (Rogers, 2001).

Kriz (2001) nennt in Bezug auf die Kongruenz weitere Termini wie „Selbstkongruenz“, „Selbstaufrichtigkeit“, „ohne-Fassade-sein“ oder „Selbstintegration“ (S. 179), die synonym für Rogers' Begegnungshaltung verwendet werden. Laut Kriz (2001)

wird hier im Sinne der Humanistischen Psychologie eine reife Persönlichkeit seitens des Therapeuten vorausgesetzt, die sich nicht hinter einer Maske oder Floskeln verbirgt, „sondern bereit ist, sich selbst zu erleben und in die Situation einzubringen“ (S. 179). Für die Beziehung zum Klienten ist die „Ganzheit’ . . . und Wahrhaftigkeit des Therapeuten“ (Kriz, 2001, S. 179) von Bedeutung: Jede Erfahrung ist in jedem Augenblick seinem Bewusstsein zugänglich und wird in der Kommunikation mit seinem Klienten authentisch zum Ausdruck gebracht (Kriz, 2001). Bei der Kongruenz des Therapeuten handelt es sich laut Kriz (2001) jedoch um keine trainierbare Technik, sondern um die „menschliche Substanz des Therapeuten“ (S. 179). Indem sich der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten transparent und echt verhält, fördert er dessen Vertrauen in die therapeutische Beziehung. „Nur ein solches Vertrauen in den Therapeuten ermöglicht . . . , sich zu öffnen und sich seiner eigenen Person selbstforschend zuzuwenden, statt voller Vorsicht das Gegenüber zu beobachten“ (Kriz, 2001, S. 179).

Die Autoren Biermann-Ratjen et al. (2003) hingegen wählen zur Beschreibung der Kongruenz einen anderen Zugang, indem sie Rogers’ Ausführungen zur Kongruenz in ihr Gegenteil umkehren: Wenn man zu allen von Rogers genannten Merkmalen eines kongruenten Therapeuten die negativen Gegenpole anführt, dann erhält man eine Charakterisierung, wie Rogers sie zur Erörterung des Zustandes seines Klienten benutzt (vgl. Kap. 2.2.2). Biermann-Ratjen et al. (2003) heben damit einen wesentlichen Aspekt der Kongruenzfähigkeit des Therapeuten hervor, nämlich dass dieser psychisch gesund, also selbst „möglichst wenig psychotherapiebedürftig“ (S. 27) sein sollte. Je ausgeprägter der Grad der psychischen Reife und Integriertheit des Therapeuten ist, desto hilfreicher kann die Beziehung, die der Therapeut dem Klienten anbietet, verlaufen (Rogers, 2001). Rogers’ Kongruenzkonzept impliziert die Zielvorstellung einer „fully functioning person“. Sie stellt eine hohe Anforderung dar, die ein Therapeut trotz all seiner Bemühungen wahrscheinlich nie vollständig erreichen wird.

2.2.3.2 Unbedingte positive Wertschätzung

Rogers (1957b) nennt als weitere notwendige Bedingung die unbedingte positive Wertschätzung (bedingungslose positive Beachtung bzw. Zuwendung) seitens des Therapeuten, um beim Klienten eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung anzustoßen. Dieses Konzept wurde ursprünglich von Standal (1954), einem Studenten Rogers’, unter

dem Terminus „Unconditional Positive Regard“ in die Klientenzentrierte Psychotherapie eingeführt und in Rogers' Publikationen von 1957 und 1959 integriert. Diese vierte der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess wird, ebenso wie die Empathie des Therapeuten, erst gemeinsam mit der sechsten Bedingung wirksam, nämlich dann, wenn der Klient wenigstens ansatzweise die bedingungslose positive Beachtung und das empathische Verstehen seitens des Therapeuten wahrnimmt (Rogers, 1957; 1959). Die unbedingte positive Wertschätzung wurde von Rogers (1987) besonders in ihrer emotionalen Qualität beschrieben, sie ist „gekennzeichnet von Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie oder positiver Beachtung“ (S. 34).

Bedingungsloses Wertschätzen bedeutet für Rogers (1957b) ein Anteilnehmen am Klienten als eine eigenständige Person, die ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen hat. Der Therapeut bringt seinem Klienten eine tiefe und echte Zuwendung entgegen, die frei ist von Bewertungen und Urteilen gegenüber Gefühlen, Gedanken und Verhaltenweisen des Klienten (Rogers, 2001). Diese Art von Wertschätzung inkludiert sowohl die Akzeptanz des Therapeuten von feindseligen, oder negativen Gefühlen des Klienten, als auch von liebevollen und positiven Gefühlen (Rogers, 2001).

Die Art von Wertschätzung (Anteilnahme, Sorgetragen) über die ich hier spreche, ist dann am hilfreichsten, wenn sie nicht Besitz ergreifend ist, keine bewertende Anteilnahme, wenn sie vielleicht sehr ähnlich der Sorge ist, die Eltern gegenüber ihrem Kind fühlen. Auch wenn sich das Kind in den Augen der Eltern schlecht benimmt, achten sie das Kind, betrachten es als eine wertvolle Person, lieben es und sorgen sich um es, ohne Rücksicht auf bestimmte Verhaltensweisen. (Rogers, 1992, S. 25)

Der Therapeut schätzt seinen Klienten bedingungslos als eigenständige Persönlichkeit, als einen Menschen voller Möglichkeiten. Dabei soll der Therapeut dem Klienten gegenüber gewissermaßen eine naive Haltung einnehmen, indem er den Klienten als den akzeptiert, „der er zu sein behauptet“ (Rogers, 2001, S.155), ohne dabei den Klienten zu verdächtigen, im Grunde ganz anders zu sein.

Diese Haltung des Therapeuten deutet laut Rogers (2001) keineswegs auf Dummheit hin, sondern führt dazu, daß der Klient zunehmend Vertrauen fasst in die therapeutische Beziehung. Die Akzeptanz auf Seiten des Therapeuten bietet dem Klienten die Möglichkeit, sich selbst tiefer zu erforschen, indem er sich öffnet und über seine Probleme spricht (Rogers, 2001).

Diese nichtbesitzergreifende Zuwendung – bei der ich es nicht nötig habe, meinem Klienten zu sagen, was für ihn das Beste ist, oder ihn zu kontrollieren, bei der ich all seine gemischten Gefühle akzeptieren kann, ihn so akzeptieren kann, wie er gerade ist, diese Art von Zuwendung schafft ein sicheres Klima, in dem er die ‚schrecklichen‘ Gefühle, die er erlebt, die verborgensten Elemente von sich explorieren, ja überhaupt erst zulassen kann. (Rogers 2001, S.158)

Rogers (2001) betont hier, dass der Therapeut den freien Ausdruck aller Gefühle seines Klienten ermutigen und auch akzeptieren soll. Wenn ein Klient die bedingungslose Wertschätzung seines Therapeuten wahrnimmt, dann stellt sich in der Beziehung zu ihm ein Gefühl von Wärme und Sicherheit ein. Diese Sicherheit, als Mensch wertgeschätzt zu werden, ist für Rogers (2000) ein extrem wichtiger Bestandteil einer hilfreichen Beziehung. In seinen Ausführungen zur unbedingten positiven Wertschätzung gibt Rogers (2000) weiters zu bedenken, dass das Akzeptieren des Klienten seitens des Therapeuten wenig bedeutet, solange es nicht Verstehen enthält. Diesen Aspekt haben auch die Autoren Biermann-Ratjen et al. (2003) aufgegriffen, indem sie auf den funktionalen Zusammenhang zwischen unbedingter positiver Wertschätzung und Empathie im Erleben des Therapeuten in der therapeutischen Situation hinweisen und die unbedingte positive Wertschätzung als Kontrollvariable für Empathie erheben.

Ein besonderes Merkmal empathischen Verstehens besteht darin, die eigenen Werte und Sichtweisen abzulegen und die Erlebenswelt des Klienten vorurteilsfrei zu betreten (Biermann-Ratjen et al., 2003). Wenn der Therapeut seine Wertschätzung beachtet, kann er überprüfen, ob er empathisch ist. „Die unbedingte Wertschätzung ist ein Gefühl, das der Therapeut im Rahmen seiner Versuche, sich in eine konkrete selbstexplorative Äußerung eines Klienten empathisch einzufühlen, spüren kann“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S.26). Rogers (1957b) legte Wert darauf, die in seinen Augen irreführende Begriffswahl „unbedingte positive Wertschätzung“ noch einmal genauer zu erörtern, um Missverständnissen vorzubeugen. Er betonte, dass es sich hierbei keineswegs um einen Absolutheitsanspruch handle, und auch nicht um eine überdauernde Haltung seitens des Therapeuten, sondern vielmehr um ein theoretisches Konstrukt, das in der Praxis nicht einfach umzusetzen ist.

Ich habe entdeckt, daß es – genau wie beim Verstehen – keinesfalls leicht ist, einen anderen Menschen und seine Gefühle wirklich zu akzeptieren. Kann ich es einem anderen wirklich erlauben, mir gegenüber feindlich gestimmt zu sein? Kann ich seinen Ärger als realen und legitimen Teil seines Selbst anerkennen? Kann ich ihm zugestehen, das Leben und dessen Probleme auf eine ganz andere Art als ich zu

betrachten? Kann ich ihn akzeptieren, wenn er sehr positiv mir gegenübersteht, mich bewundert und sich nach mir ausrichten möchte? All dies gehört mit zum Begriff des Akzeptierens – keine ganz einfache Sache. (Rogers, 2000, S. 36)

In der praktisch-therapeutischen Arbeit werde, so Rogers (1957b), ein erfahrener Therapeut zwar häufig dieses Gefühl bedingungslosen Wertschätzens erleben; zeitweise jedoch wird er seinem Klienten nur bedingte Wertschätzung entgegenbringen können und manchmal wird er seinem Klienten gegenüber auch Ablehnung verspüren. Biermann-Ratjen et al. (2003) führen in diesem Zusammenhang zwei Gründe an die dazu führen, dass die Wertschätzung des Klienten durch den Therapeuten eingeschränkt oder nicht mehr bedingungslos ist:

1. Der Therapeut kann sich in das Erleben des Klienten nicht mehr einfühlen, weil es z.B. zu einer Identifikation mit seinem Klienten gekommen ist oder er mit eigenen Gefühlen auf die Gefühle des Klienten reagiert (Biermann-Ratjen et al., 2003).
2. Der Klient spricht Erfahrungsbereiche an, „in denen der Therapeut sich selbst nicht spontan versteht, in denen er inkongruent wird bzw. sich selbst nicht akzeptiert“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 23).

Wenn das Gefühl unbedingter positiver Wertschätzung beim Therapeuten ausbleibt, heißt das nicht automatisch, dass der Therapeut in seiner Beziehung zum Klienten versagt. Vielmehr ist die unbedingte positive Zuwendung ein Zeichen dafür, dass der Therapeut fähig ist, „sich in seinen Klienten einzufühlen und dabei kongruent zu bleiben“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 24). Hat sich der Therapeut erst einmal Klarheit darüber verschafft, weshalb seine Wertschätzung dem Klienten gegenüber eingeschränkt oder nur bedingt ist, dann kann er dieses Faktum für den Therapieprozess positiv nutzen. Indem er diese Tatsache akzeptieren kann, wird er sich seinem Klienten gegenüber wieder empathisch und mit bedingungsloser positiver Wertschätzung zuwenden (Biermann-Ratjen et al., 2003).

2.2.3.3 Empathie

Als fünfte Bedingung definiert Rogers (1957b) das empathische Verstehen des Klienten seitens des Therapeuten. Betrachtet man die Entwicklung von Rogers' Therapieansatz und seine Ausführungen zur Empathie genauer, dann wird ersichtlich, dass es sich nicht um ein einheitliches Konzept handelt, sondern dass sich Rogers' Auffassung von Empathie im Laufe der Jahre geändert hat, was sich anhand unterschiedlicher Definitionen

veranschaulichen lässt. Die Bedingung Empathisches Verstehen (empathy, accurate empathic understanding) wurde von Rogers (1942) ursprünglich als „reflection of feelings“, als Spiegeln der vom Klienten geäußerten gefühlsmäßigen Inhalte, bezeichnet. In der nicht-direktiven Fassung seines Ansatzes, in den 1940er Jahren bis Anfang der 1950er Jahre, ging es Rogers vor allem darum, die psychische Unabhängigkeit seines Klienten aufrecht zu erhalten, indem die therapeutische Beziehung so gestaltet werden sollte, dass die Verantwortung bezüglich der Therapieziele und der Entwicklung des therapeutischen Prozesses beim Klienten bleibt (Hutterer, 2000).

Bis zu diesem Zeitpunkt waren Rogers (1942) und seine Mitarbeiter noch stark auf die Klärung der Gefühle des Klienten konzentriert. Die dogmatisch enge Handhabung des Spiegeln allerdings artete laut Rogers (1980b) in das echohafte Nachplappern des Therapeuten aus, indem die Worte oder Gedanken des Klienten wiederholt wurden, ohne jedoch dessen tiefere Gefühle zu verstehen. Die Tatsache, dass das Reflektieren der Gefühle durch den Therapeuten zu einer bloßen Technik verkommen war, löste bei Rogers Missfallen aus, und führte dazu, daß er die Benennung zutiefst bedauerte. Rogers' (1980b) non-direktiver Ansatz wurde, seinen eigenen Angaben zufolge, binnen weniger Jahre als Technik verkannt, lediglich die Gefühle des Klienten zu reflektieren, indem man das letzte Wort des Klienten wiederholt. Im Rückblick auf diese Zeit hält Rogers (1980b) fest: „Ich war über diese Verzerrungen unseres Ansatzes so schockiert, daß ich jahrelang fast nichts mehr über empathisches Zuhören sagte, und wenn ich es tat, dann nur, um die empathische Einstellung zu betonen“ (S.76).

Anfang der 1950er Jahre kam es dann in Bezug auf die Empathie zu einer Akzentverschiebung, in der das Hauptaugenmerk des Therapeuten nunmehr auf den Klienten und dessen innere Erlebenswelt gerichtet wurde. Nach diesem Paradigmenwechsel wurde die Aufgabe des Therapeuten darin gesehen, den inneren Bezugsrahmen des Klienten empathisch zu verstehen und sich zu bemühen, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber auszudrücken.

Nach dieser Formulierung wäre es die Funktion des Beraters, soweit er dazu imstande ist, das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht, dabei alle Vorstellungen vom äußeren Bezugssystem abzulegen und dem Klienten etwas von diesem einführenden Verstehen mitzuteilen. (Rogers, 2003, S. 42; Orig. 1951)

Nach fortgeschrittener Theoriebildung und mit zunehmenden Erkenntnissen aus der Therapiepraxis bemühte sich Rogers (1957; 1959) sein Empathieverständnis noch präziser zu fassen, in dem er eine neue, strengere Definition der Empathie formulierte. Rogers (1959) ging es vor allem darum, die „Als ob“-Position des Therapeuten in der Einfühlung zu charakterisieren, um ihre Abgrenzung gegenüber der Identifikation zu betonen. In der psychotherapeutischen Beziehung zeichnet sich demnach die Einfühlung des Therapeuten gegenüber dem Klienten durch die Fähigkeit aus, die Erlebnisse des Klienten und dessen Gefühle möglichst genau und sensibel zu erfassen. Der Therapeut ist quasi in der Welt des Klienten heimisch. Er nimmt im jeweiligen Augenblick an der inneren Welt des Klienten teil, als wäre es seine eigene Welt, „wobei allerdings der ‚Als ob Charakter‘ nie verloren geht“ (Rogers, 2001, S. 23). Den Zustand der Einfühlung beschreibt Rogers (1987; Orig. 1959) folgendermassen:

Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben. Das bedeutet, Schmerz oder Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewußtsein davon zu verlieren, daß es so ist *als ob* man verletzt würde usw. Verliert man diese ‚als ob‘-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung. (S. 37)

Empathie wurde zunächst als ein Zustand aufgefasst in dem der Therapeut als „Alter Ego“ des Klienten verstanden wurde. Später hält Rogers (1980b) jedoch fest, dass es sich bei der Empathie vielmehr um einen Prozess als um einen Zustand handelt. Für seine neue Definition der Empathie griff Rogers (1980b) auf Gendlins (1962) Konzept des Erlebens zurück. Dieses Konzept besagt laut Rogers (1980b) „daß der menschliche Organismus durch ständiges Erleben charakterisiert sei, auf welches das Individuum immer wieder zurückgreifen kann, wenn es die Bedeutung seiner Erfahrungen entdecken will“(S. 78). Rogers (1980b) führt weiter aus, dass sich bei Gendlin die Empathie auf die gefühlte Bedeutung richtet, die ein Klient in einem bestimmten Augenblick wahrnimmt. Der Therapeut unterstützt den Klienten dabei, sich auf eben diese Bedeutung zu konzentrieren, um einen unbehinderten, vollen Erlebensfluss beim Klienten in Gang zu setzen (Rogers, 1980b).

Vor diesem Hintergrund gab Rogers (1980b) eine neue Definition von Empathie, an der er bis zuletzt festhielt:

Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person . . . Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu erahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird; nicht aber Gefühle aufzudecken versuchen, deren sie selbst kaum gewahr wird; . . . Sie schließt ein, daß man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet. (S. 79)

Der Therapeut nimmt, laut Rogers (2001), nicht nur die verbalen Mitteilungen des Klienten auf, sondern bemüht sich auch darum, deren Sinngehalt zu verstehen. Das Verstehen des Therapeuten äußert sich nicht nur im Kommentieren bewusster Erlebnisinhalte, sondern auch im Aussprechen der Bedeutungsinhalte, die dem Klienten noch kaum zugänglich sind. Dadurch lernt der Klient, sich selber besser zu verstehen und er kann mehr von seinem aktuellen Erleben in seinem Bewusstsein zulassen. Das Selbstbild des Klienten wird durch die Erfahrung, von jemandem verstanden zu werden, gefördert und gestärkt (Rogers, 2001). Das präzise Verstehen ist für Rogers (2001) zwar von großer Bedeutung, er betont aber auch, dass es schon allein hilfreich sein kann, wenn man als Therapeut die Bereitschaft zu verstehen seinem Gegenüber kommuniziert.

Auch wenn ich mit einem verwirrten, ausdrucksunfähigen oder bizarren Menschen zu tun habe, nutzt es doch, wenn er wenigstens wahrnimmt, daß ich mich immerhin bemühe, zu verstehen, was ihn bewegt. Hierdurch teilt sich ihm die Wertschätzung mit, die ich ihm als Menschen entgegenbringe und es vermittelt ihm das Gefühl, daß ich seine Empfindungen und Ansichten als etwas ansehe, das wert ist, verstanden zu werden. (Rogers, 2001, S. 217)

Laut Rogers (1980b) ist ein Klient, der sich von seinem Therapeuten aufrichtig akzeptiert und verstanden fühlt, nun in der Lage, sich selbst gegenüber eine therapeutische Haltung einzunehmen. Rogers (1980b) führt in diesem Zusammenhang drei Punkte an, inwiefern das empathische Verstehen des Therapeuten beim Klienten eine Veränderung hervorruft:

- Ein empathisches Klima, das von einem nicht-wertenden sondern akzeptierenden Charakter gekennzeichnet ist, bietet dem Klienten die Möglichkeit, sich selbst gegenüber mit Wertschätzung zu begegnen (Rogers, 1980b)
- Die Erfahrung, von einem verständnisvollen Therapeuten angehört zu werden, ermöglicht den Klienten, „sich selbst genauer zuzuhören und sich ihrem eigenen

innersten Erleben, ihren bisher nur vage gefühlten Bedeutungen mit mehr Empathie zuzuwenden“ (Rogers, 1980b, S. 92).

- Das zunehmende Verständnis für sich selbst und die eigene höhere Wertschätzung eröffnen dem Klienten neue Perspektiven seines Erlebens. Es kommt zu einer größeren Übereinstimmung zwischen seinem Selbst und seinem Erleben, der Klient erreicht größere Kongruenz (Rogers, 1980b).

2.2.4 Die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten

Die Verwirklichung der Bedingungen Kongruenz, Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung allein genügt nicht, damit beim Klienten ein Veränderungsprozess in Form von persönlichem Wachstum stattfinden kann. Wesentlich ist, dass der Klient für das Beziehungsangebot des Therapeuten offen ist und die personenzentrierten Einstellungen in einem Mindestmaß wahrnimmt.

„Mein Bestreben ist es, mich so zu verhalten und mich in einer Weise mitzuteilen, die für den Menschen, welchen ich gerade vor mir habe, klar durchschaubar ist, damit er alles, was ich in der Beziehung mit ihm erlebe, unzweideutig begreifen kann“ (Rogers, 2001, S. 221). Rogers (1957b) weist darauf hin, dass der therapeutische Prozess nicht in Gang gesetzt werden kann, wenn die Kommunikation dieser Einstellungen an den Klienten ausbleibt: „Wenn keine Kommunikation über diese Einstellungen zustande gekommen ist, existieren diese, soweit es den Klienten betrifft, in der Beziehung nicht, und der therapeutische Prozeß könnte . . . nicht in Gang gesetzt werden“ (Rogers, 1957b, S. 176).

Die letzte therapeutische Bedingung ist erst dann erfüllt, wenn der Klient die Kongruenz, die bedingungslose Wertschätzung und das empathische Verstehen seines Therapeuten auch bis zu einem bestimmten Grad wahrnimmt (Rogers, 1957b).

Für den Therapieerfolg ist die eigene Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich des Erlebens seiner Empathie, Kongruenz und unbedingter positiver Wertschätzung weitaus weniger von Bedeutung, als die tatsächliche Wahrnehmung des Klienten (Barrett-Lennard, 1962). Die therapeutischen Grundhaltungen können nur dann zu positiven Veränderungen beitragen, wenn sie vom Klienten auch als solche wahrgenommen werden. Somit ist neben der Kontakt- auch die Wahrnehmungsfähigkeit des Klienten eine wesentliche Voraussetzung für Psychotherapie (Keil, 2001).

Abschließend kann Rogers' (1957b) These über die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen wie folgt zusammengefasst werden: „Wenn die genannten sechs

Bedingungen . . . existieren, dann wird eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung . . . beim Klienten stattfinden. Wenn eine oder mehrere dieser Bedingungen nicht vorhanden ist oder sind, dann wird eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung nicht stattfinden“ (S.178).

2.3 Der Therapieprozess

Rogers (2001) versteht unter dem therapeutischen Prozess im weitesten Sinn „die Antwort . . ., welche die Einstellung des Therapeuten im Klienten hervorrufen“ (S.32). Wenn die bereits erläuterten Bedingungen für die Therapie erfüllt sind, wird in Folge ein therapeutischer Prozess in Gang gesetzt, „der im Individuum blockierte Selbstheilungs- und Selbstaktualisierungskräfte freilegt“ (Kriz, 2001, S.181).

Ein Klient, der, egal welche Gefühle und Gedanken er gerade äußert, die Erfahrung macht, dass ihm jemand zuhört und ihn akzeptiert, wird im Laufe der Zeit lernen, auf die Empfindungen in seinem Inneren zu hören, auch wenn er sich von diesen früher bedroht gefühlt und sie deswegen aus seinem Bewusstsein verbannt hat (Rogers, 2001). Er wird feststellen, dass, auch wenn er die verborgenen Aspekte seines Selbst preis gibt, sich nichts an der akzeptierenden Haltung seines Gegenübers ändert. Zunehmend wird er dieselbe Einstellung sich selbst gegenüber einnehmen und sich so, wie er ist, akzeptieren lernen. Somit schafft er die Voraussetzung für seine Weiterentwicklung, die ihn dazu befähigt, sich selbst besser wahrzunehmen, größere Kongruenz zu entwickeln und sich offener mitzuteilen (Rogers, 2001). Letzten Endes gewinnt er „die Freiheit, sich zu verändern und in die Richtungen hin zu entwickeln, die der reifende menschliche Organismus natürlicherweise einschlägt“ (Rogers, 2001, S.33).

2.3.1 Das Prozesskontinuum

Rogers (2000) stellte fest, dass sich Klienten im Veränderungsprozess nicht von einem starren Fixpunkt zu einem anderen hin bewegen, sondern ein Kontinuum durchlaufen. Aufgrund seiner Beobachtungen formulierte Rogers zunächst folgende Hypothese: „Die Qualitäten des zum Ausdruck gebrachten Gefühls zu einem gegebenen Zeitpunkt sind möglicherweise ein Hinweis auf die Position des Klienten in diesem Kontinuum; sie zeigen vielleicht, an welcher Stelle er sich im Veränderungsprozeß befindet“ (Rogers, 2000, S. 135). Rogers (2000) arbeitete sein Konzept des Veränderungsprozesses weiter aus und unterschied darin sieben aufeinanderfolgende Stadien. Damit verdeutlichte er, dass es sich

um ein Kontinuum handelt, das der Klient von einem starren zu einem bewegten Ende hin durchläuft, und dass die Phasen - auch wenn sie getrennt benannt werden - immer Durchgangsstadien bleiben werden.

Die sieben Phasen zeigen die Ausprägungsstufen in der Persönlichkeitsentfaltung eines Klienten auf und können anhand der Prozessskala operationalisiert werden. Rogers (2001) weist darauf hin, dass kein Klient (ausgenommen einer, der sich in Langzeittherapie befindet) jemals die komplette Prozessskala (von Stufe eins bis Stufe sieben) durchlaufen wird. Er geht davon aus, „daß der Klient sich sehr deutlich in einer Phase befindet und die Eigenschaften anderer Phasen nicht aufweisen wird“ (Rogers, 2000, S. 136).

Die sieben Stadien des Veränderungsprozesses beim Klienten wurden in der Literatur bereits ausführlich behandelt (vgl. dazu besonders: Rogers, 2000, Kap. 7). Aus diesem Grund werden hier nur die wesentlichen Prozessmerkmale in Form einer Zusammenfassung dargestellt:

Der Klient beginnt die Therapie auf irgendeiner Stufe innerhalb des Kontinuums und verändert sich in Richtung auf den Endpunkt der Skala hin. . . . Im Großen und Ganzen verläuft die Entwicklung auf der Skala von einer rigiden Festgelegtheit der Einstellungen, Konstrukte und Wahrnehmungen hin zu einer fließenden Veränderlichkeit in all diesen Bereichen. Sie verläuft von Entferntheit des Erlebens hin zur Unmittelbarkeit des Erlebens. Sie führt zu einer Qualitätsveränderung des Lebens, das zuerst statisch und strukturgebunden ist und später prozeßhaft und fließend wird. (Rogers, 2001, S.33)

Carl Rogers (1959) hat mit seinem Interesse am Therapieprozess und der Annahme eines Prozesskontinuums einen wesentlichen Beitrag zur Psychotherapieforschung geliefert. Die Veränderung durch Psychotherapie wurde in Form eines Wandlungsprozesses dargestellt, der sich, laut Biermann-Ratjen et al. (2003) von einer „ungesunden, starren zu einer gesunden, flexiblen Form des Umgangs mit der lebendigen Erfahrung“ (S.106) beschreiben lässt.

2.3.2 „Fully functioning person“

Bei der so genannten fully functioning person handelt es sich um ein, von Carl Rogers (1959) in Bezug auf gelungene therapeutische Prozesse umschriebenes Konstrukt des „voll sich entfaltenden Menschen“. Das Konzept der „fully functioning person“ entspricht am

oberen Ende des Prozesskontinuums der siebten Phase, und „ist eher eine Leitvorstellung, als etwas, das sich jemals ganz erreichen ließe“ (Rogers, 2001, S.39).

Nach Rogers (2000) bewegt sich ein psychisch freier Mensch in Richtung auf eine Entwicklung, in der er sich vollständiger entfalten kann. Der Klient hat dann weder in der Therapiesituation, noch in Beziehungen außerhalb der Therapie Angst davor, seine verschiedenen gegenwärtigen Gefühle zu erleben (Rogers, 2001). Das augenblickliche Erleben bildet gleichsam den Bezugspunkt, an dem er sich orientiert und der ihm Aufschluss darüber gibt, was er ist, was er will und welche (positiven und negativen) Einstellungen er hat. Der Klient „akzeptiert sich selbst und vertraut auf seinen organismischen Prozeß, der weiser ist als sein Verstand allein“ (Rogers, 2001, S.39f.). Jedes Erlebnis bekommt seine eigene Bedeutung; eine Interpretation des Erlebens im Sinne alter Strukturen wird aufgegeben. Das Selbst des Klienten stimmt mit dem subjektiven Bewusstsein seines Erlebens überein.

Er ist in Bezug auf sein Erleben, das durch entsprechende Symbole in seinem Bewusstsein repräsentiert wird, kongruent, und kann dies auch kommunizieren (Rogers, 2001).

Ein wesentliches Merkmal des Konzepts der „fully functioning person“ ist, dass es sich nicht um einen Zustand handelt, sondern um einen Prozess, dessen gewählte Richtung der Organismus angibt (Rogers, 2000). Wenn dieser Entwicklungsprozess durchlaufen wurde, findet man nach Rogers (2000) einen Menschen vor, „der gegenüber allen Elementen seines organischen Erlebens offener ist, der Vertrauen zum eigenen Organismus als einem empfänglichen Instrument entwickelt, der Bewertungen aus *sich* heraus vornimmt, . . ., der lernt, sein Leben als fließenden, fortwährenden Prozeß zu sehen, indem er ständig neue Aspekte seines Wesens im Strom seiner Erfahrung entdeckt“ (S. 129).

Das Konzept der „fully functioning person“ umfasst im Personzentrierten Ansatz nicht nur eine ausführliche Definition der Kongruenz, sondern auch den Gesundheitsbegriff. Die Wachstumsmöglichkeiten eines Menschen und seine gesunden Anteile werden hervorgehoben (Biermann-Ratjen et al., 2003).

Dennoch bleibt der sich voll entfaltende Mensch letztlich ein fiktives Ideal, das in der psychotherapeutischen Praxis nicht zu erreichen ist.

2.4 Diskussion zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen

Rogers' Aussagen in Bezug auf sein Therapiekonzept wurden seitens praktizierender klientenzentrierter Therapeuten kontrovers diskutiert. Die nachfolgenden Kapitel konzentrieren sich auf die festgestellten Probleme und Mängel, die Rogers' Therapieansatz zugrundeliegen. Dazu werden die kritischen Kommentare verschiedener klientenzentrierter Autoren herangezogen, die sich mit den Unzulänglichkeiten in Rogers' Konzept auseinandergesetzt und eine Weiterentwicklung seines Therapiekonzepts vorangetrieben haben.

2.4.1 Die vernachlässigten Bedingungen „Kontakt“ und „Wahrnehmung“

Rogers (1957) Darstellung der sechs Bedingungen für eine Beziehung, die im Klienten eine therapeutische Veränderung bewirken soll, beginnt und endet mit zwei grundlegenden Fähigkeiten, die der Mensch für soziale Interaktion braucht: „Damit zwei Menschen eine therapeutische Beziehung haben können, müssen sie miteinander in Kontakt sein und einander wahrnehmen“ (Zinschitz, 2002, S. 45).

Erste Ansätze der Konstrukte des psychologischen Kontakts und der Wahrnehmung finden sich in Rogers (1951) Werk „Client-centered therapy“. Ein Kapitel dieses Buches ist der therapeutischen Beziehung aus der Sicht des Klienten gewidmet. Darin hält Rogers (2003, S. 73; Orig. 1951) fest:

Im Laufe unserer Erfahrung ist es zunehmend deutlicher geworden, daß die Wahrscheinlichkeit therapeutischen Fortschritts in einem bestimmten Fall weder von der Persönlichkeit des Beraters noch von seinen Techniken und nicht einmal von seinen Einstellungen abhängt, sondern vorwiegend von der Art, wie der Klient in der Beziehung all diese Dinge erfährt. Es war nicht zu übersehen, welche zentrale Stelle die Wahrnehmung des Klienten von den Interviews einnimmt. Die Art und Weise, wie der Klient es sieht, entscheidet darüber, ob Konfliktlösung, Reorganisation, Wachsen und Integration – all die Elemente, die die Therapie ausmachen – eintreten.

In den Publikationen von 1957 und 1959 führte Rogers alle sechs Bedingungen zum ersten Mal gemeinsam an. Die hier angeführten Werke deuten bereits darauf hin, dass Rogers (1951, 1957, 1959) die Bedeutung des Kontakts zwischen Therapeut und Klient erkannte und sich über die zentrale Rolle der Wahrnehmung des Klienten bewusst war.

Trotz der Relevanz dieser beiden Beziehungsfaktoren standen sie jedoch in den darauffolgenden Jahren im Schatten der Therapeutenhaltungen Empathie, unbedingte

positive Wertschätzung und Kongruenz und ihre Bedeutung wurde über einen längeren Zeitraum ignoriert. Erst ab den 1960er Jahren ist wieder ein wachsendes Interesse an dieser Thematik erkennbar, was sich u.a auch mit der Erforschung der Wahrnehmung des Klienten durch Barrett-Lennard (1962) erklären lässt. Barrett-Lennard übte Kritik an der ausschließlichen Erforschung der Therapeutenbedingungen und entwickelte 1959 ein Messinstrument (Barrett-Lennards Relationship Inventory, kurz: BLRI), das Aufschluss über die Gemütslage des Klienten bezüglich dessen Wahrnehmung vom Therapeuten geben sollte.

Das Ergebnis der Untersuchung von Barrett-Lennard (1962) zeigte, dass zwischen der Wahrnehmung des Klienten vom Therapeuten und einer positiven Persönlichkeitsveränderung beim Klienten offensichtlich eine Verbindung besteht, was auch Carl Rogers nachhaltig beeindruckte. Nach Rogers' Publikationen von 1957 und 1959 kam es nun zu einer Akzentverschiebung, die sich daran erkennen lässt, dass die Wahrnehmung des Klienten und nicht mehr der Kontakt zwischen Therapeut und Klient stärker gewichtet wurde.

Je mehr der Klient den Therapeuten als jemanden wahrnimmt, der wirklich ehrlich, empathisch und bedingungslos ihm zugewandt ist, desto mehr wird er sich von einer statischen, fixierten, gefühlsarmen, unpersönlichen Art des Sich-Verhaltens wegentwickeln, desto mehr wird er zu einer Art des Verhaltens kommen, die durch ein fließendes, sich veränderndes, akzeptierendes Erleben sich unterscheidender persönlicher Gefühle gekennzeichnet ist. (Rogers, 2000, S. 79; Orig. 1961)

Das Wisconsin-Projekt, eine von Rogers und Mitarbeitern zwischen 1957 und 1963 durchgeführte Studie über die Auswirkungen der therapeutischen Beziehung auf hospitalisierte und schizophrene Patienten, hatte zum Ziel, die von Rogers entwickelte Theorie über Psychotherapie zu verifizieren.

Das Wisconsin-Projekt war das erste, in dem das BLRI „zur Messung einstellungsmäßiger Qualitäten der therapeutischen Beziehung, wie sie durch den Klienten bzw. den Therapeuten wahrgenommen wird“ (Rogers, 2001, S. 192), zum Einsatz kam und in dem das Interesse wieder auf die Bedingung des psychologischen Kontakts gelenkt wurde. Wenngleich sich das BLRI im Wisconsin-Projekt als nützlich erwiesen hatte, kam auch in nachfolgenden Forschungsprogrammen den Bedingungen „Kontakt“ und „Wahrnehmung“ nicht die Aufmerksamkeit zu, die eigentlich hätte erwarten werden können. Bis in die 1980er Jahre findet man innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie nur vereinzelt Publikationen, die sich mit dieser Thematik beschäftigten.

Die bevorzugte Auseinandersetzung mit den Therapeutenbedingungen Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz und die Vernachlässigung der Bedingungen eins und sechs dürfte zum Einen der Grund gewesen sein, weshalb andere Therapierichtungen den Personenzentrierten Ansatz auf die drei Therapeuteneinstellungen reduzierten, und zum Anderen, weshalb einige Klientenzentrierte Autoren versuchten, die Lücken in Rogers' Konzept aufzuarbeiten und eine Weiterentwicklung voranzutreiben.

Als Beispiele dieser Weiterentwicklung gelten u.a. die Prä-Therapie als Theorie und Praxis des psychologischen Kontakts von Garry Prouty (Prouty, Pörtner & Van Werde, 1998), und die Neuformulierung des psychologischen Kontakts von Margaret Warner (2002), auf deren ausführliche Darstellung aufgrund des Themenschwerpunkts der Therapeuteneinstellungen an dieser Stelle verzichtet wird.

2.4.2 Die Rangfolge der Therapeutenbedingungen nach ihrer Relevanz

Die Rangfolge der Therapeutenbedingungen hinsichtlich ihrer Relevanz hat unter den Klientenzentrierten Therapeuten immer wieder Debatten ausgelöst und zu unterschiedlichen Interpretationen geführt. Laut Stumm und Keil (2002) hat Rogers zunächst die Empathie und später die Kongruenz zur wichtigsten therapeutischen Haltung erhoben. Rogers' (1982; 1991; 2001) eigene Aussagen in Bezug auf die Therapeutenmerkmale und der Grad ihrer Wichtigkeit divergieren. In seinem Werk „Therapeut und Klient“ stellt Rogers (2001; Orig. 1977) aufgrund vorliegender Forschungsbefunde fest, dass erstens die Kongruenz, zweitens das bedingungslose vollständige Akzeptieren und drittens die Empathie die Reihenfolge ist, die zugleich dem Grad ihres Stellenwerts entspricht.

Im Augenblick bin ich der Meinung, daß von den drei Einstellungen, die der Therapeut besitzen sollte, Echtheit oder Kongruenz die grundlegendste ist. Als Therapeut muß ich sehr starkes Einfühlungsvermögen erwerben, um die therapeutische ‚Arbeit‘ erfüllen zu können. Ein solches Gespür für das augenblickliche ‚Sein‘ einer anderen Person setzt aber voraus, daß ich diese andere Person akzeptiere und ihr einige Hochschätzung entgegenbringe. Diese Haltungen sind jedoch nur dann von Bedeutung, wenn sie wirklich sind, und deshalb muß ich in der therapeutischen Begegnung zuallererst integriert und echt sein. (Rogers, 2001, S.162)

Rogers (2001) ist bis zu diesem Zeitpunkt der Ansicht, dass die Kongruenz die wichtigste Einstellung ist, die ein Therapeut seinem Klienten entgegen bringen sollte. Außerdem

formuliert hier Rogers (2001) mit der Kongruenz des Therapeuten laut Biermann-Ratjen et al. (2003) bereits ein Therapieprozessziel: Vorausgesetzt der Therapeut ist in seinem Kontakt mit dem Klienten kongruent, kann er auch mit ihm bedingungslos wertschätzend und empathisch umgehen. Dies verdeutlicht einmal mehr die enge Verschränkung der Therapeutenbedingungen untereinander, bzw. deren funktionale Beziehung.

Einige Jahre später weist Rogers (1982) darauf hin, dass zwischen einer psychotherapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen ein Unterschied besteht: In der Psychotherapie hält er die Empathie für das herausragende Merkmal, das eine Therapie entscheidend vorantreibt, während bei Beziehungen im Alltagsleben die Kongruenz in den Vordergrund tritt.

In seinem letzten Beitrag zur Empathie stellt Rogers (1991; Orig. 1987) dann fest, dass sie das allerwichtigste therapeutische Element sei und schon „allein an und für sich ein heilsames Agens“ (S. 302) darstellt.

Nicht nur bei Rogers selbst, sondern auch in der Fachliteratur zur Personenzentrierten Psychotherapie stößt man, wie bereits angedeutet, hinsichtlich der Prioritäten in Bezug auf die Therapeutenbedingungen auf unterschiedliche Sichtweisen (vgl. Bozarth & Wilkins, 2001; Raskin, 2001; Wood, 1988).

In diesem Zusammenhang wirft sich die Frage auf, ob es überhaupt notwendig ist, eine bestimmte Rangfolge der Therapeuteneinstellungen zu treffen. Die klientenzentrierten Psychotherapeuten Sheila Haugh und Tony Merry (2001) stehen der Reihenfolge, bzw. der unterschiedlichen Gewichtung der Therapeutenbedingungen negativ gegenüber und betrachten sie als sinnlose Diskussion, die ihrer Meinung nach auf eine mechanistische Haltung zurückzuführen ist. Bei den sechs von Rogers postulierten Bedingungen handelt es sich nach Ansicht von Haugh und Merry (2001) vielmehr um ein komplexes Gebilde miteinander verbundener, dynamischer Elemente. Eine Trennung der Bedingungen erscheint Haugh und Merry grundsätzlich nur dann angemessen, wenn man ihre Beziehung untereinander nicht aus den Augen verliert.

Obwohl Rogers zu Forschungszwecken die Therapeutenbedingungen einzeln definiert und operationalisiert hat, sind in seinen Publikationen häufig die phänomenologischen Beschreibungen (vgl. Kap. 2.2.3.2 & Kap. 2.2.3.3) der einzelnen Bedingungen untrennbar miteinander verbunden.

Die Autoren Bohart, Elliot, Greenberg und Watson (2002) bemerken in diesem Zusammenhang, dass zwar auf konzeptueller Ebene die Möglichkeit besteht, Empathie von Rogers' anderen Therapeutenbedingungen unbedingter positiver Wertschätzung und

Kongruenz zu trennen, in der Praxis allerdings wäre dies kaum möglich. Für die Autoren steht fest, dass Empathie nur in Zusammenhang mit den beiden anderen von Rogers' postulierten Therapeutenbedingungen einen positiven Effekt zeigen kann.

Rogers (1957) hat die therapeutische Beziehung als Bedingungsgefüge beschrieben, das nur dann, wenn es vollständig vorliegt, wirken kann. Wenn nun von den Therapeutenbedingungen eine isoliert und wichtiger erachtet wird als die anderen, kann die Hypothese, dass die Bedingungen zusammengenommen notwendig und hinreichend sind, nicht mehr gehalten werden (Haugh & Merry, 2001). Laut Finke (1994) steht das konkrete Therapeutenverhalten nicht von Anfang an fest, sondern muss aus den Grundhaltungen heraus individuell auf den Klienten abgestimmt werden. Je nach Situation und Individualität bzw. Störung des Klienten wird der Therapeut also die Reihenfolge der Therapiebedingungen entsprechend verändern.

Weiters geht aus Rogers'(1957) postulierten Bedingungen nur hervor, dass ein Therapeut in der Beziehung mit seinem Klienten kongruent, unbedingte wertschätzend und empathisch umgehen soll, und der Klient das Beziehungsangebot seitens des Therapeuten auch in einem Mindestmaß wahrnehmen muss.

Unabhängig davon, wie letztlich jede einzelne Bedingung konnotiert werden mag, bleibt festzuhalten, dass die Bedingungen integral miteinander verbunden sind und voneinander abhängen. Dieses Faktum dürfte auch der Grund sein, weshalb einige Autoren (z.B. Biermann-Ratjen et al., 2003; Haugh & Merry, 2001) inzwischen vermehrt ihr Augenmerk dieser funktionalen Beziehung der Therapeutenbedingungen widmen, anstatt darüber zu streiten, welche die therapeutisch wichtigste ist.

2.4.3 Ein zusätzliches Therapeutenmerkmal

Nachdem Rogers (1980a) die drei Grundhaltungen einer therapeutischen Beziehung als entscheidende Wachstumsbedingungen dargelegt hatte, wies er in späteren Publikationen auf eine weitere Variable der therapeutischen Beziehung hin, die er als „Gegenwärtigkeit“ („presence“) bezeichnete (Bundschuh-Müller, 2004; Groddeck, 2002).

Ich stelle fest, dass von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein schon meine *Anwesenheit* für den anderen befreiend und hilfreich. (Rogers, 1997, S.80)

Laut Groddeck (2002), verzichtete Rogers darauf, dieses intuitive Element mit den Mitteln der empirischen Forschung zu erfassen und zu untersuchen, sondern beschrieb die „Präsenz“ nur von seinem Erleben her. Allerdings ist es zu einem ausformulierten Verständnis der Präsenz von Rogers nicht mehr gekommen, da er in ihrer Entwicklungsphase starb (Bundschuh-Müller, 2004). Dennoch soll an dieser Stelle ein Ausschnitt aus einem Interview mit Carl Rogers, das von Baldwin im Jahr 2000 publiziert wurde, wiedergegeben werden, in dem er die Charakteristik der Präsenz näher erläuterte:

Ich bin geneigt zu denken, dass ich in meinen Schriften zu viel Gewicht auf die drei Basisbedingungen (Kongruenz, unbedingte positive Aufmerksamkeit und empathisches Verstehen) gelegt habe. Vielleicht ist es etwas um den Rand dieser Bedingungen herum, das wirklich das wichtigste Element der Therapie darstellt – wenn mein Selbst sehr klar und offensichtlich präsent ist. (Rogers zitiert nach Bundschuh-Müller, 2004, S. 417)

Die Meinungen bzw. Interpretationen anderer klientenzentrierter Autoren in Bezug auf die Charakteristika der Präsenz sind different. Bundschuh-Müller (2004) verweist in diesem Zusammenhang z.B. auf Thorne (1992), der in der Gegenwärtigkeit, eine mögliche vierte Therapeutenbedingung erkennt, die seiner Meinung nach dieselbe Qualität besitzt wie die drei anderen Therapeutenhaltungen. Schmid (1994) hingegen bezeichnet die Gegenwärtigkeit nicht als vierte Therapeuteneinstellung, sondern als Voraussetzung für die Verwirklichung der drei Grundhaltungen, die miteinander in einer funktionalen Beziehung stehen. Mearns (1994; 1997) wiederum vertritt laut Bundschuh-Müller (2004) die Ansicht, dass die Gegenwärtigkeit als eine ausgewogene Mischung der Therapeutenbedingungen betrachtet werden muss. Geller und Greenberg (2002) hingegen, so Bundschuh-Müller (2004), beschreiben die Gegenwärtigkeit als Basis für die Verwirklichung der drei Therapeutenhaltungen.

2.4.4 Rogers' Skepsis gegenüber Therapietechniken

Aus Forschungsergebnissen der Personenzentrierten Psychotherapie geht hervor, dass nicht das fachliche Wissen und Können des Therapeuten zu therapeutischen Erfolg führt, sondern bestimmte Therapeuteneinstellungen zu einem positiven Therapieergebnis beitragen (Rogers, 2001). Nach Gutberlet (2003) hat Rogers „das Wissen und den Wissenserwerb sowie die Techniken, mit denen man Wissen anwendet“ (S. 17) für die psychotherapeutische Arbeit enorm degradiert und stattdessen die Erfahrung, also das was ein Mensch im Augenblick innerlich erfährt, an die oberste Stelle gesetzt.

In seinem Artikel über die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie hält Rogers (1957b) entsprechend fest, dass es sich bei den Therapeutenbedingungen Empathie, Kongruenz und unbedingte positive Wertschätzung um „Qualitäten aus der Erfahrung, nicht aus intellektuellem Wissen“ (S. 180) handelt. Für Rogers ist laut Gutberlet (2003) die treibende Kraft, die Veränderung und Wachstum bewirkt, die Erfahrung, also das, was Therapeuten innerlich erfahren und die Art, wie dieser Erfahrung Ausdruck verliehen wird. Gutberlet (2003) interpretiert Rogers' Auffassung der Therapeutenrolle folgendermaßen: „Ein Therapeut wirkt primär durch das, was er *ist* und nicht durch das, was er macht oder tut. Es ist seine *Haltung*, die Wachstum bewirkt und Blockierungen oder Krankheitssymptome löst – sein konkretes *Verhalten* ist nicht der entscheidende Faktor“ (2003, S. 17). Gutberlet veranschaulicht an den drei Aspekten personenzentrierter Haltungen, was Rogers als zentralen Wirkfaktor des Therapeuten betrachtet: Der Klientenzentrierte Therapeut wirkt, weil er zu einem gegebenen Zeitpunkt Empathie und positive Wertschätzung für seinen Klienten in sich erlebt und weil er kongruent ist und in der Beziehung zu seinem Klienten offen ist für seine eigene Erfahrung – nicht aber weil er Äußerungen macht, durch die sich sein Klient verstanden und wertgeschätzt fühlen soll, oder durch die der Klient den Therapeuten als echt wahrnehmen soll. Nur dann, wenn sich der Therapeut ausnahmslos im Kontakt mit seinem Klienten um diese Haltung bemüht, kann sich auch ihre heilende Kraft vollständig entfalten. Wenn der Therapeut aber seine Aufmerksamkeit von der Person des Klienten wegverlagert hin zu einer vorgefertigten Theorie über die menschliche Psyche und ihre Störungen, zur Technik oder zum Therapiemanual, geht die Wirksamkeit von Empathie, unbedingter positiver Wertschätzung und Kongruenz verloren. Die Aktualisierungstendenz wird dann beim Klienten nicht mehr in demselben Maß angesprochen wie zuvor, weil der Klient nun seine Aufmerksamkeit nach außen richtet zum Fachexperten und „seinen Erklärungen und Lösungswegen, und immer weniger nach innen zum eigenen Erleben und zu eigenen Lösungen“ (Gutberlet, 2003, S. 20).

Rogers selbst hat bekanntlich in den 1940er Jahren die Technik des Reflektierens von Gefühlen entwickelt und in der Therapie angewandt. Im Rückblick auf diese Zeit hält Rogers (1980b) fest, dass diese Technik für die Forschung von großem Nutzen war und seine Arbeit als Therapeut verbesserte. Dennoch stellte er bei seinen Kollegen mit Entsetzen fest, dass sie sich vielmehr auf den Inhalt ihrer therapeutischen Reaktionen konzentrierten, als auf das empathische Zuhören des Klienten. Rogers wurde zunehmend bewusst, dass Techniken Schaden in der Therapie anrichten können, weil die Gefahr

besteht, dass der Therapeut sein Augenmerk stärker auf die Anwendung seiner Techniken richtet, als auf die Person des Klienten (Gutberlet, 2003). In weiterer Folge verschieben sich die Prioritäten, weil der Klient sich der Technik seines Therapeuten unterordnen muss, anstatt der Therapeut mit seiner Technik dem Klienten (Gutberlet, 2003). Aufgrund seiner eigenen Erfahrung mit der Technik des Reflektierens von Gefühlen kommt Rogers (1957b) letztlich zu dem Schluss, dass diese oder Techniken aus anderen Therapieschulen keineswegs eine wesentliche Ingredienz für Psychotherapie darstellen, es sei denn sie dienen als Kanäle zur Erfüllung der Bedingungen Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz.

Für Rogers (1957b) besteht somit kein Anlass nur eigens entwickelte Techniken, wie etwa das Reflektieren von Gefühlen, als konzeptkonform zu betrachten und jene Techniken aus anderen Psychotherapieschulen abzulehnen. Laut Gutberlet (2003) lassen sich anhand der Tonaufzeichnungen von Rogers' Therapiegesprächen noch weitere rezidivierende Merkmale identifizieren, die seiner Ansicht nach durchaus als Techniken bezeichnet werden können. Gutberlet (2003) stellt in diesem Zusammenhang die begründete Frage, weshalb Rogers seine eigenen wiederkehrenden Verhaltensmuster nicht einfach in Form von Techniken zusammengefasst und vermittelt hat. Stattdessen hat er sich im Zuge der Weiterentwicklung seines Therapieansatzes immer wieder negativ gegenüber diversen Techniken der Menschenbeeinflussung geäußert.

Rogers' zunehmende Ablehnung von Therapietechniken basiert letztlich auf seiner eigenen Erfahrung mit der Technik des Reflektierens von Gefühlen. Obwohl sich die Anwendung dieser Technik für die Aufzeichnung und Auswertung von Therapiegesprächen als nützlich erwiesen hat, musste er feststellen, dass Therapeuten allzu schnell Gefahr laufen, die Technik anstatt den Klienten in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen. Für Gutberlet (2003) steht in Übereinstimmung mit Rogers fest, dass es nur eine Möglichkeit gibt, dies zu vermeiden, indem der Therapeut seinen Klienten als eine Person, die ihren eigenen Weg gehen darf, stärker gewichtet und ernster nimmt als die Anwendung diverser psychotherapeutischer Techniken, „die auf bessere Wege führen soll“ (S.21).

Rogers war sich dieser Tatsache bewusst und hat vermutlich aus diesem Grund die Anwendung von Techniken in der Therapie abgewertet. Der Einsatz von Techniken ist für ihn nur dann sinnvoll, wenn sie den Therapeuten dabei unterstützen seine Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz dem Klienten gegenüber zu kommunizieren (Gutberlet, 2003). Ein klientenzentrierter Therapeut sollte sich nach Gutberlet (2003) bei der Anwendung psychologischer Techniken letztlich immer fragen, ob die Art mit der eine

Technik eingesetzt oder ein Gespräch aufgebaut wird, für den Klienten Empathie und Wertschätzung ausdrückt, oder ob der Klient an den Rand gedrängt wird und die Technik ins Zentrum der therapeutischen Arbeit rückt.

Ein herausragendes Charakteristikum der Klientenzentrierten Psychotherapie ist die Betonung der Therapeuteinstellungen und personalen Haltungen als entscheidender Wirkfaktor für den therapeutischen Prozess (Keil & Stölzl, 2001). Die Personenzentrierte Psychotherapie konzentriert sich auf das Erleben personaler Haltungen, nicht auf den Einsatz therapeutischer Methoden und psychologischer Techniken. Diese Auffassung steht diametral „zu jedem instrumentalisierenden Trend, bei welchem die therapeutische Effektivität vom Umfang und der Raffinesse von differenziell einzusetzenden spezifischen Techniken abhängig gemacht wird“ (Keil & Stölzl, 2001, S. 226). Ein bedeutsames Vermächtnis von Carl Rogers kann somit darin gesehen werden, dass er in der Psychotherapie das Fachwissen des Therapeuten und die Anwendung psychotherapeutischer Techniken in Frage gestellt und stattdessen eine persönliche Umgangs- und Lebensweise hervorgehoben hat (Keil & Stölzl, 2001).

2.4.5 Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Therapiekonzepts

Die Klientenzentrierte Psychotherapie stellt heute eine sehr differenzierte Psychotherapierichtung mit unterschiedlichen Strömungen dar. Sofern das entsprechende Menschenbild und die humanistischen Werte die Grundlage bilden, ist dies durchaus im Sinne von Carl Rogers, der sich stets „für Pluralität und gegen Uniformität, für Weiterentwicklung und gegen Dogmatismus oder Fundamentalismus“ (Schmid, 2001a, S. 12) ausgesprochen hat.

Die starke Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie und die daraus resultierenden verschiedenen Positionen können einerseits als Reaktion auf die teils widersprüchlichen Aussagen von Carl Rogers zurückgeführt werden. Andererseits führt aber auch der so genannte Psychoboom, die veränderten Rahmenbedingungen der Psychotherapie hinsichtlich der Erfahrungen mit neuen Klientenpopulationen und Störungen im klinischen Bereich, sowie der Anspruch, immer ausgefeiltere Technologien zu entwickeln, dazu, dass sich die Gesprächspsychotherapie immer mehr differenziert und weiterentwickelt (Hutterer, 2005). Diesen unterschiedlichen Ansätzen gemeinsam ist die Auffassung, „dass die grundsätzliche Orientierung des therapeutischen Vorgehens sich basal auf die

Verwirklichung und Vermittlung der Grundhaltungen richtet“ (Keil, 2001, S.132). Rogers' Basiskonzepte werden somit auch von den gegenwärtigen Positionen geteilt und können laut Sachse (1999) allesamt als klientenzentriert verstanden werden. „Darüber hinaus akzentuieren sie aber unterschiedliche Entwicklungen zu unterschiedlichen theoretischen Annahmen und therapeutischen Konzepten, z.B. unterschiedliche Auffassungen über die Bedeutung von Prozessdirektivität; unterschiedliche Vorstellungen über die Integration von GPT [Gesprächspsychotherapie] mit anderen Therapieformen; unterschiedliche theoretische Weiterentwicklungen usw.“ (Sachse, 1999, S. 12). Sachse plädiert dafür, die divergierenden Auffassungen nicht als unterschiedliche Therapieverfahren, sondern nur als „unterschiedliche *Entwicklungslinien von GPT*“ (1999, S. 12) zu verstehen.

Einen Überblick über die verschiedenen Strömungen innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie geben z.B. im deutschsprachigen Raum die Autoren Keil und Stumm (2002), Pavel (1978) sowie Sachse (1999). Auf eine ausführliche Darstellung der einzelnen Positionen wird an dieser Stelle verzichtet, da die hier mit Rogers' Modell verglichenen Therapieansätze Psychoanalyse und Verhaltenstherapie und deren moderne Ableger sich in keinem Fall auf die weiterentwickelten Konzepte der Gesprächspsychotherapie beziehen, sondern bestenfalls auf Rogers' eigene Aussagen zu seinem Therapiekonzept zurückgreifen.

3 Der Personenzentrierte Ansatz im Kontext der Psychotherapieforschung

Carl Rogers nimmt einen zentralen Stellenwert im Kontext der Psychotherapieforschung ein. Die nachfolgenden Kapitel befassen sich mit der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung. Die unterschiedlichen Forschungsanliegen sowie deren Ergebnisse und der aktuelle Forschungsstand finden hier Niederschlag. Rogers' Beitrag zur Entwicklung der empirischen Psychotherapieforschung wird besonders hervorgehoben, zu den gegenwärtigen Forschungsfragen in Beziehung gesetzt und hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit personenzentrierten Kernannahmen untersucht .

3.1 Historische Eckpunkte der Psychotherapieforschung

Die Anfänge der Psychotherapieforschung werden mit Freuds Fallstudien gleichgesetzt. In den von Breuer und Freud 1895 publizierten „Studien über Hysterie“ wurde die Methode des intraindividuellen Prä-Post-Vergleichs angewandt. Die Patienten wurden nach der

Behandlung kategorisch nach ihrem Besserungsgrad eingestuft (Garbsch, 2000). Obwohl Freud einen wichtigen Beitrag geleistet hat um die Psychotherapie in der Wissenschaft zu etablieren, entsprach sein Forschungsvorgehen keineswegs dem wissenschaftlichen Standard von empirischer Forschung, da es nicht möglich war die Wirksamkeitsannahmen im Sinne kontrollierter Studien zu verifizieren (Garbsch, 2000). Um von kontrollierten Studien sprechen zu können, müssen Versuchsgruppen eingesetzt werden, d.h. es müssen exakte, im Vorfeld definierte Kriterien die zur Besserung beitragen vorliegen, und es ist notwendig mit Kontrollgruppen zu arbeiten die keine Behandlung erhalten haben, um sicherzustellen, dass Veränderungen, die mit den Versuchsgruppen einhergehen aufgrund ihrer Behandlung und nicht zufällig entstanden sind (Garbsch, 2000).

Die Kritik an den Fallstudien Freuds, lässt sich laut Jandl-Jäger (1998) wie folgt zusammenfassen: Es sei eben nicht zu einer systematischen Datensammlung und selbstkritischen Überprüfung der Annahmen gekommen und der intraindividuelle Vergleich konnte nicht zur Klärung beitragen, welche Veränderungen tatsächlich auf die Psychotherapie zurückzuführen sind.

3.1.1 Wirksamkeitsforschung

Die Unzulänglichkeiten in der Psychotherapieforschung, die sich letztlich an die Forschungsmethoden der Psychoanalytiker richteten, brachte der britische Psychologe Hans Eysenck zum Ausdruck (Eckert, 2001; Garbsch, 2000). Er publizierte 1952 einen Artikel mit dem Titel „The effects of psychotherapy: an evaluation“ über eine Studie von 24 Forschungsberichten, aus der er schloss, dass keine stichhaltigen Beweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie vorliegen. Seine Aussage stützte Eysenck auf die Tatsache, dass die beobachteten Veränderungen bei Psychotherapiepatienten nicht grösser im Vergleich zu Patienten waren die sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung befanden (Garbsch, 2000).

Der Verdienst Eysencks wird darin gesehen, dass er mit seinem Artikel in der Psychotherapie die so genannte Phase der Legitimationsforschung einleitete (Garbsch, 2000). Mit seiner provokanten Behauptung wies Eysenck auf eine Lücke in der Psychotherapieforschung hin, die eine rege Forschungstätigkeit mit Kontrollgruppen nach sich zog. Der Forschungsboom der damit in Gang gesetzt wurde, lässt sich laut Garbsch (2000) auch damit erklären, dass Therapierichtungen entstanden, die ihre Konzentration stärker auf die empirische Forschung richteten und dass die Gesellschaft an dieser Thematik sehr interessiert war. Zu den neuen forschungsorientierten Therapierichtungen

zählen zwei Ansätze, der Personenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers und der Behaviorismus. Während die Lerntheorie, abgeleitet aus der klassischen Verhaltenstherapie in Form von Experimenten entwickelt wurde, beruht der Personenzentrierte Ansatz von Rogers größtenteils auf Hypothesen aus der praktischen Erfahrung der Therapeuten, die einer empirischen Überprüfung unterzogen wurden (Garbsch, 2000).

Die These Eysencks (1952) wurde von Rogers bereits zwei Jahre später widerlegt. In dem von Rogers gemeinsam mit Rosalind Dymond 1954 erschienenen Buch „Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach“ konnte anhand der von Eysenck (1952) geforderten Methode der Kontrollgruppen die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei der Behandlung neurotischer Störungen eindrucksvoll nachgewiesen werden (Eckert, 2001).

Auch die Annahme des heilenden Effekts der von Rogers auf Therapeutenseite postulierten Bedingungen Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz wurde mit Hilfe von kontrollierten Studien untersucht (Garbsch, 2000).

Eine von Lambert, Shapiro und Bergin 1986 publizierte Überblicksstudie zur Effektivität von Psychotherapie, die sich auf Forschungsmaterial aus den 1930er Jahren bis 1970er Jahre stützt, verdeutlicht einerseits, dass Psychotherapie generell positive Effekte aufweist und andererseits, dass mittlerweile kaum mehr angezweifelt wird, dass psychotherapeutische Behandlungen allgemein nützlich sind. Ein weiteres Ergebnis das aus der Studie von Lambert et al. (1986) hervorgeht, ist, dass nicht die Methode, sondern die Therapeutenpersönlichkeit für das Gelingen einer Therapie entscheidend ist (Garbsch, 2000).

Die generelle Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie konnte in den letzten Jahren durch eine beeindruckende Anzahl von Untersuchungen ausreichend belegt werden. In der grossen Überblicksarbeit von Grawe, Donati und Bernauer (1994) werden der Klientenzentrierten Psychotherapie „überzeugende Wirksamkeitsnachweise“ (S. 140) zugesprochen.

3.1.2 Vergleichsforschung

Aufgrund der Entwicklung immer neuerer Therapieansätze kam es in der Psychotherapieforschung zu einer Neuakzentuierung. Anstatt des Wirksamkeitsnachweises

der einzelnen Therapieformen konzentrierten sich die Forscher fortan auf die Frage, welche Therapieform die überlegenste sei (Garbsch, 2000).

Die Vergleichsforschung brachte allerdings laut Lambert, Shapiro und Bergin (1986) das Ergebnis hervor, dass keine Therapieform durchgehend mit ihrer Überlegenheit überzeugte (Garbsch, 2000). Trotz nachweislicher Unterschiede in vielen Prozeßmerkmalen scheinen verschiedene Psychotherapieschulen in Vergleichsstudien doch immer annähernd gleiche (äquivalente) Ergebnisse zu liefern. Die Autoren Luborsky und Singer (1975) haben auf diese Situation mit einem Zitat des Dodo-Birds aus Lewis Carolls Buch „Alice im Wunderland“ hingewiesen, in dem es heißt: „Everybody has won and all must have prices.“

In der bereits erwähnten Studie von Lambert et al. (1986) führten die Autoren an, dass sich die positiven Effekte vieler Verfahren letztlich quantitativ kaum voneinander unterscheiden (Garbsch, 2000). Das so genannte Äquivalenzparadoxon wurde auch in dem von Bergin und Garfield 1986 herausgegebenen dritten Band des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ als das am häufigsten genannte und herausragendste Thema aufgegriffen (Garbsch, 2000).

Obwohl die Ergebnisse von verschiedenen Autoren unterschiedlich interpretiert wurden, meinen Bergin und Garfield (1986) dass besonders ein Erklärungsansatz deutlich hervorsteicht, nämlich die Annahme so genannter allgemeiner Faktoren („common factors“) als wichtigste Ingredienz psychotherapeutischer Verfahren (Garbsch, 2000). Diese Erkenntnis hat den Focus auf die ansatzübergreifenden Elemente gelenkt. Als Hauptkategorien allgemeiner, unspezifischer Wirkfaktoren werden Therapeuten-, Klienten- und Beziehungsvariablen genannt (vgl. Huf, 1992).

Die so genannten common factors, umfassen die zwischenmenschlichen Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung, die in allen Psychotherapieansätzen enthalten sind. Darunter werden z.B. Empathie, Wärme und Resonanz subsummiert (vgl. dazu besonders: Blaser, 1982, S. 455ff; Huf, 1992, S.149ff). Nicht nur bei den hier angeführten Begriffen sondern auch im Verständnis von den Wirkfaktoren sind deutliche Parallelen zu Rogers' Wirkannahmen zu erkennen: „Nur wenn es zu entsprechenden Erfahrungen auf seiten des Patienten kommt, wird ein Wirkfaktor realisiert, nicht schon dadurch, daß der Therapeut ihn mit seinem Verhalten zu realisieren versucht“ (Grawe, 1999, S. 190).

Grawe et al. (1994) warnen allerdings ausdrücklich davor, davon auszugehen, dass die unspezifischen Wirkfaktoren ohnehin in jeder Psychotherapie vorhanden sind und daher vom Therapeuten nicht weiter beachtet werden müssen: „Mit unspezifisch ist nur gemeint,

dass diese Faktoren bei jeder Art von Psychotherapie eine Rolle spielen, also nicht spezifisch für eine bestimmte Therapietheorie sind. Diese Wirkfaktoren können jedoch vom Therapeuten sehr wirksam oder sehr schlecht genutzt werden, mit entsprechenden Auswirkungen auf das Therapieergebnis“ (S. 713).

Die allgemeinen Wirkfaktoren spielen laut Bergin und Garfield (1986) eine herausragende Rolle in Bezug auf die Wirksamkeit von Therapien, während die spezifischen Techniken hinsichtlich ihres Einflusses auf das Therapieergebnis relativiert wurden (Garbsch, 2000). Die Auffassung, so Garbsch (2000), dass die therapeutische Beziehung entscheidenden Einfluss auf das Therapieergebnis hat und spezifische Techniken grundsätzlich zwar nicht irrelevant sind, aber verglichen mit dem Einfluss der Person des Therapeuten sich nur begrenzt auf das Veränderungspotential auswirken, teilen auch die Autoren Lambert, Shapiro und Bergin (1986). Und auch Orlinsky und Howard (1986) die den Fokus ihrer Untersuchung auf die verschiedenen Einflussgrößen der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren richteten, kommen zu dem Ergebnis, dass Interventionen nur dann durchgehend effektiv sind, wenn bestimmte Therapeuten- und Klientenvariablen vorliegen (Garbsch, 2000).

Mehrere wichtige Übersichtsarbeiten zur Psychotherapieforschung kommen damit zu Schlüssen, die wie personenzentrierte Theorie klingen, obwohl es sich um eine Zusammenschau verschiedenster Therapiemethoden handelt. Das Primat der Beziehung und der Person vor dem der Techniken und des (psychologischen) Wissens wird hier ganz im Sinne von Carl Rogers formuliert. (Garbsch, 2000, S. 34)

3.1.3 Prozessforschung

Seit den 1980er Jahren ist der Focus der Psychotherapieforschung auf die therapeutischen Prozesse gerichtet (Garbsch, 2000). Aufgrund der Tatsache, dass Studien zur Effektivität von Psychotherapie nachweislich erbracht worden sind, konzentrierte sich die Forschung fortan auf das Therapieschehen und dessen Erklärung und Beschreibung (Garbsch, 2000). Die zentrale Fragestellung in der Prozessforschung war im Grunde genommen nicht neu. Nach Orlinsky und Howard (1986) richtete sie sich darauf, was denn eigentlich therapeutisch an der Psychotherapie sei (Garbsch, 2000).

In einer von Orlinsky und Howard (1986) publizierten Überblicksarbeit wurden 1100 Studien erfasst, die sich mit den Beziehungen zwischen Therapieprozess und –ergebnis auseinandersetzten (Garbsch, 2000). Orlinsky und Howard (1986) nennen in ihrem

„Generic model of psychotherapy“ fünf Faktoren die den therapeutischen Prozess bedingen: der therapeutische Kontrakt, die therapeutischen Interventionen, die therapeutische Beziehung, die Aufnahmebereitschaft des Klienten, sowie die therapeutischen Realisierungen (Garbsch, 2000). Nach der Untersuchung der verschiedenen effektiven therapeutischen Elemente, die mit Therapieprozess und –ergebnis in Beziehung stehen, kommen Orlinsky und Howard (1986) zu folgendem Schluss: Die Qualität der therapeutischen Beziehung wirkt sich auf das Therapieergebnis aus. Dies gilt als abgesichert. Alle anderen Konstrukte des therapeutischen Prozesses, v.a. Interventionen, sind nur unter gewissen Voraussetzungen wirksam (Garbsch, 2000).

Eine Beschreibung jener Faktoren des therapeutischen Prozesses, die zum Erfolg einer Psychotherapie beitragen, findet sich auch in einer Studie von Lambert (1992). Aus seiner Untersuchung geht hervor, dass nur ca. 15% des Ausgangs einer Psychotherapie auf spezifische Methoden zurückzuführen ist. Der Löwenanteil, nämlich 40 %, wird damit erklärt, dass Klienten überhaupt in Therapie sind, bzw. weil es zu Veränderungen (sog. extratherapeutische Faktoren) in ihrer Lebenssituation gekommen ist. Weitere 30% werden mit der Qualität der therapeutischen Beziehung in Verbindung gebracht und etwa 15% des Therapieerfolgs gehen auf unspezifische Faktoren zurück, wie z.B. Hoffnung oder Optimismus seitens des Klienten.

Bislang wurde, so Garbsch (2000), allerdings „nur die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor für therapeutische Veränderung“ (S. 34) in den Forscherkreisen anerkannt. Dennoch zeigt sich auch hier, „wie zentrale Aussagen aus der personenzentrierten Theorie innerhalb der Forschung schulenübergreifende Bedeutung erlangen“ (Garbsch, 2000, S. 34).

Die Prozessforschung steht laut Garbsch (2000) weiterhin im Zentrum des Forschungsinteresses. Durch den Druck aus dem öffentlichen Versorgungssystem wird allerdings auch wieder der Wirksamkeitsnachweis gefordert. In der Forschercommunity stellt sich die Frage nach der Effektivität von Psychotherapie heute eigentlich nicht mehr, da ihr Nachweis bereits erbracht wurde; die Öffentlichkeit hingegen zeigt sich an dieser Thematik weiterhin interessiert (Garbsch, 2000).

3.2 Psychotherapieforschung im Klientenzentrierten Ansatz

Die Personenzentrierte Psychotherapie war der erste Therapieansatz, der ab 1940 systematisch Tonaufnahmen von Therapiesitzungen anfertigte und somit zu einer Entmystifizierung und Objektivierung der Psychotherapie beitrug (Garbsch, 2000). Das Hauptinteresse von Rogers (1957; 1959) und seinen Mitarbeitern richtete sich darauf, die Richtigkeit seiner Annahmen zu beweisen und damit die Wirksamkeit der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie“ zu bestätigen. Seine Hypothesen wurden als überprüfbare „Wenn-dann-Aussage“ formuliert: „Wenn bestimmte Bedingungen existieren (unabhängige Variablen), dann kommt ein Prozeß (abhängige Variable) in Gang, der bestimmte charakteristische Elemente aufweist. Wenn der Prozeß (nun die unabhängige Variable) in Gang kommt, dann treten bestimmte Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen (abhängige Variablen) auf“ (Rogers, 1987, S. 46; Orig. 1959).

Rogers (1957) formulierte sechs notwendige und hinreichende Bedingungen, um einen therapeutischen Prozess in Gang zu setzen, von denen er besonders den drei Therapeutenbedingungen Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Kongruenz große Aufmerksamkeit schenkte. Entgegen der bis zu diesem Zeitpunkt üblichen Forschung, die sich auf die globale Wirkung der Psychotherapie auf den Klienten beschränkte, richtete Rogers seinen Focus auf das konkrete Psychotherapeutenverhalten und unterzog es einer Überprüfung (Garbsch, 2000).

Rogers' Hypothesen zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen konnten im Zuge der empirischen Überprüfung des konkreten Therapeutenverhaltens in der Psychotherapie einerseits umfangreich untermauert werden, andererseits konnte damit aufgezeigt werden, „dass erfolgreiche Psychotherapeuten schulenübergreifend Verhalten im Sinne klientenzentrierter Einstellungen realisieren“ (Garbsch, 2000, S. 36).

3.2.1 Rogers' Forschung zu den Therapeutenhaltungen

Rogers' naturwissenschaftliches Forschungsprogramm wurde so aufgebaut, dass das „von Psychotherapeuten realisierte Verhalten . . . in Form quantitativer Daten möglichst objektiv beurteilt und mit dem Kriterium der Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten in statistische Beziehung gebracht [werden konnte] unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen bei einer analogen Personengruppe ohne Psychotherapie“ (Garbsch, 2000, S. 36).

Zur Operationalisierung der Merkmale mussten zunächst Skalen konstruiert werden, um das Ausmaß ihrer Realisierung bei Therapeut und Klient durch Beurteiler entsprechend einschätzen zu können. Die Beobachtungsskalen die dabei zum Einsatz kamen, lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: Solche, auf denen externe Beurteiler wie z.B. Psychotherapeuten oder Außenstehende das Therapeuten- und Klientenverhalten einschätzten (vgl. Truax, 1961) und solche, die die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten zu erfassen versuchten, und der Klient selbst als Beurteiler fungierte (vgl. Barrett-Lennard, 1962).

Als Beobachtungsmaterial wurden aus den Therapiestunden gewonnene Stichproben von Tonaufnahmen herangezogen, deren Auswahl bestimmten formalen Kriterien entsprechen mussten (Garbsch, 2000). Nach einer Beschreibung des Merkmals wurden die Beurteiler gebeten das Psychotherapeutenverhalten, das zuvor auf Tonband aufgezeichnet worden war, auf einer mehrstufigen Skala zuzuordnen. Bei den verwendeten Messinstrumenten zur Darstellung der therapeutischen Grundhaltungen handelt es sich u.a um die bereits genannten Ratingskalen von Truax (1961, 1962a, 1962b), die von Tausch, Zehelin, Fittkau und Minsel (1969) übersetzt und revidiert wurden. Truax' (1961, 1962a, 1962b) Ratingskalen sollten Rogers' Therapeuteneinstellungen auf ihre Realisierung durch den Psychotherapeuten prüfen und Aufschluss darüber geben, ob Empathie, Akzeptanz und Kongruenz auf die Klientenprozesse positive Auswirkungen hat (Sachse, 1999).

Die von Truax (1961) entwickelte Skala für „accurate empathy“ wurde von Tausch (1974) als „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (kurz: VEE) übersetzt und bezieht sich auf das charakteristische äußere Merkmal des Verbalverhaltens von Psychotherapeuten:

Unter dieser Verhaltensvariable ist . . . zu verstehen, daß der Psychotherapeut die vom Klienten in seiner jeweiligen Äußerung enthaltenen persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte, z.B. Gefühle, gefühlsmäßige Meinungen, usw. akkurat vom inneren Bezugspunkt des Klienten (Rogers: internal frame of reference) wahrzunehmen, bzw. sich vorzustellen bemüht und den Klienten in einfachen verstehbaren Äußerungen das derartig Verstandene kommuniziert. (Tausch, 1974, S. 79).

Für das Therapeutenmerkmal unbedingte positive Wertschätzung entwickelte Truax (1962b) die Rating-Skala für „nonpossessive warmth“, die von Tausch (1974) übersetzt und gekürzt ganz allgemein als eine einheitliche Dimension der nicht an Bedingungen gebundenen Wertschätzung und Wärme definiert wird. Die emotionale Wärme wird vom Psychotherapeuten dann in einem hohen Ausmaß verwirklicht, wenn er alles, was der

Klient erlebt und von sich äußert, akzeptiert, ohne seine Wärme und Akzeptanz an irgendwelche Bedingungen zu knüpfen (Tausch, 1974). „Ein niedriges Ausmaß liegt vor, wenn der Psychotherapeut den Klienten oder dessen Gefühle wertet, Abneigung oder Mißbilligung ausdrückt oder Wertschätzung und Wärme in selektiver, bewertender Weise äußert“ (Tausch, 1974, S. 115).

Wie auch für die beiden anderen Therapeutenbedingungen Empathie und unbedingte positive Wertschätzung entwickelte Truax (1962a) eine Skala für die Therapeutenhaltung „congruence“. Damit gemeint ist folgender Sachverhalt: Der Therapeut ist ganz und gar er selbst und in jedem Augenblick entspricht seine Haltung dem, was er geäußert hat. Es geht nicht darum, dass der Therapeut sein gesamtes Selbst dem Klienten offenbaren muss, sondern dass alle Aspekte, die seine Person betreffen real und keinesfalls nur Äußerungen sind, um sich zu verteidigen oder die professionellen Haltungen gleichkommen, die lediglich gelernt und wiederholt, nicht aber tatsächlich gemeint werden (Truax, 1962a). Die Schwierigkeit, die sich daraus ergibt, zeigt sich laut Tausch (1974) naturgemäß darin, dass mit der Skala letztlich nicht eingeschätzt und gemessen werden kann, „ob und in welchem Ausmaß der Psychotherapeut er selbst ist, ob er echt, selbstkongruent und synonym damit transparent ist, sondern nur, ob er sich so verhält, daß er Beurteilern in verschiedenem Ausmaß echt bzw. unecht e r s c h e i n t“ (S. 130).

Anhand der Forschungsergebnisse von Rogers, Dymond (1954) und Mitarbeitern konnte aufgezeigt werden, dass alle drei Therapeutenbedingungen, Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz effektiv sind und beim Klienten zu konstruktiven Änderungen führen (Garbsch, 2000). Rogers und seine Mitarbeiter bestätigten, dass „Änderungen im Selbstkonzept der Klienten im Sinne einer größeren Übereinstimmung von Selbst und Ideal-Selbst, höherer Anpassung und Abnahme seelischer Störungen“ (Garbsch, 2000, S. 36) stattgefunden haben.

Barrett-Lennard (1962) befragte anhand seines eigens konstruierten Fragebogens 42 Klienten und 21 Gesprächspsychotherapeuten nach dem 5. therapeutischen Kontakt und nach dem Therapieende zum dem von ihnen wahrgenommenen Ausmaß der Empathie. Zwischen dem wahrgenommenen Ausmaß an Empathie seitens der Klienten und dem Ausmaß positiver Persönlichkeitsveränderungen bei den Klienten, gemessen in Form von Persönlichkeitstests, wurde ein signifikanter Zusammenhang festgestellt (Garbsch, 2000).

Orlinsky und Howard (1986) wiederum halten in ihrer Überblicksarbeit zu den bis dato publizierten Studien fest, dass etwa 50-80% der Untersuchungen zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen signifikant positiv und konsistent mit Therapieerfolg verbunden sind (Garbsch, 2000).

3.2.2 Rogers' Forschung zum Therapieprozess

Neben der Erforschung der Therapeutenhaltungen, war es Rogers (1959) wichtig zu verstehen, welche Prozesse die Klientenzentrierte Psychotherapie bei Klienten auslösen und wie diese wirken. Die Untersuchungen richteten sich besonders auf das Merkmal der Selbstexploration, für das Charles Truax eine weitere Schätzskala entwickelte (Garbsch, 2000).

Truax und Carkhuff (1965a, 1965b) verwendeten in der von ihnen durchgeführten Studie die von Truax entworfene Selbstexplorationsskala und brachten als Ergebnis hervor, dass die Selbstexploration des Klienten mit den beiden Variablen Empathie und Kongruenz korrelierte und dass das Ausmaß der Selbstexploration Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Garbsch, 2000).

Rogers (2000) selbst beobachtete und analysierte über längere Zeit Aufnahmen von Therapiegesprächen und entwickelte daraus sein Konzept des Prozesskontinuums. Seine neue Forschungsmethode richtete sich darauf, die Veränderung des Klienten nicht mehr anhand eines Datenvergleichs vor und nach der Therapie zu messen, sondern direkt aus dem Therapieprozess zu gewinnen (Garbsch, 2000). Zu einer Akzentverschiebung kam es auch deshalb, weil Rogers zunehmend erkannte, dass die Prä-Post-Messung zwar Ergebnisse der Klientenveränderung liefert, nicht aber über den Therapieprozess selbst (Garbsch, 2000).

Aufgrund dieser Erkenntnisse entwickelte Rogers (1959) eine Prozessskala, um die von ihm beschriebenen Veränderungen des Klienten durch Klientenzentrierte Psychotherapie messen zu können. Während ein Ende dieser siebenstufigen Skala die Inkongruenz des Klienten beschreibt, definiert das andere Ende die kongruente Person, die so genannte fully functioning person (vgl. Kap.2.3).

3.3 Rogers' Beitrag zur Psychotherapieforschung: Ergebnisse und Erkenntnisse

Rogers' Beitrag zur Psychotherapieforschung gilt als „bahnbrechend“ (Miller, Duncan & Hubble, 2000, S.102). Er habe immer an der „frontline of research“ (Lietaer, 1990, S. 30) gestanden und als Empiriker wesentlich dazu beigetragen die These Eysencks (1952) von der Wirkungslosigkeit der Psychotherapie zu entkräften. Rogers hat nicht zuletzt aufgrund seiner kreativen und umfangreichen Forschungsbemühungen „die Akzeptanz und Etablierung von Psychotherapie in der Gesellschaft ganz entscheidend mitgetragen“ (Garbsch, 2000, S.37). Seine Forschungsmethoden galten als wissenschaftlich fundiert und „up to date“; sie wurden richtungsweisend für andere Therapieansätze. „Auch gehören seine Ergebnisse zu den bestabgesichertsten und universellsten der Psychotherapieforschung“ (Garbsch, 2000, S. 37).

Die Bedeutung, die der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg zukommt erscheint laut Kirschenbaum (1979) heute zwar als selbstverständlich, damals aber war die Idee völlig neu und progressiv (Garbsch, 2000). In diesem Zusammenhang hält Grawe (1988) zur Klientenzentrierten Psychotherapie fest, dass sie letztlich die einzige Psychotherapierichtung sei, „die der Gestaltung einer guten Therapiebeziehung diejenige Beachtung schenkt, die ihr aufgrund ihrer nachgewiesenen Bedeutung für das Therapieergebnis zukommt“ (S. 246). In seiner Rolle als Therapeut und Empiriker interessierte sich Rogers insbesondere für den Therapieprozess. Die reinen Wirksamkeitsbeweise waren für ihn weitaus weniger von Belang. Ihm ging es in erster Linie darum, herauszufinden was eigentlich in der Therapie passiert und was Veränderung auslöst. Mit dieser Herangehensweise hat Rogers viele Perspektiven der aktuellen Prozessforschung antizipiert, die bis heute für die Forschung von Interesse sind (Garbsch, 2000). Aber auch Rogers' Zweifel, die aus der Auseinandersetzung mit der Forschung resultierten, waren ein wichtiger Bestandteil für die Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie und sollen daher im nachfolgenden Kapitel genauer betrachtet werden.

3.3.1 Rogers' Wissenschaftsauffassung

Rogers' Wissenschaftsauffassung lässt sich als Spannungsverhältnis zwischen einem phänomenologischen Verständnis von Psychotherapie und fortschrittlichem, naturwissenschaftlichem Denken beschreiben (Sauer, 1993). Rogers fühlte sich einerseits

eng zur Phänomenologie und Existenzphilosophie hingezogen, andererseits war er auch vom Pragmatismus und dem darin eingebetteten Positivismus geprägt. Dieses Faktum erklärt auch Rogers' Bestrebungen, die Effekte psychotherapeutischen Handelns in ihren einzelnen Komponenten einer empirischen Überprüfung zu unterziehen (Sauer, 1993). Rogers war sich der Diskrepanz seiner wissenschaftlichen Ansprüche bewusst und versuchte sie zunächst durch eine strikte Rollentrennung aufzuheben. Als Therapeut sah er sich der Phänomenologie verbunden, in der Rolle des Forschers hingegen der Empirie verpflichtet (Sauer, 1993). Die Tatsache, dass eine derartige Trennung allerdings nicht konsequent beibehalten werden kann, zeigt sich in der Kluft, die aus seinen beiden Rollen als Forscher und Therapeut resultierte und die Rogers (2000; Orig. 1961) als „Doppelleben' in Subjektivität und Objektivität“ (S.197) bezeichnet hat.

Der Ursprung für die späteren Diskussionen zwischen den Vertretern divergierender Auffassungen innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie wird häufig in jener „methodologischen Unentschlossenheit“ (Kwiatkowski, 1980, S.62) von Rogers verortet.

In seinem Werk „Entwicklung der Persönlichkeit“ nimmt Rogers (2000) ausführlich zu seiner Diskrepanz zwischen der Objektivität als Forscher und seiner Subjektivität als Therapeut Stellung und hält fest:

Je besser ich als Therapeut geworden bin . . . , desto klarer wurde mir, wie völlig subjektiv ich bin, wenn ich als Therapeut mein Bestes gebe. In dem Maße, wie ich ein besserer Forscher wurde, ‚nüchterner‘ und wissenschaftlicher . . . , verspürte ich ein zunehmendes Unbehagen angesichts der Distanz zwischen meiner rigorosen Objektivität als Wissenschaftler und meiner fast mystischen Subjektivität als Therapeut. (S. 198)

Aufgrund dieses inneren Konflikts gelangte Rogers (2000) zu der Ansicht, dass die beiden Standpunkte letztlich unvereinbar seien und zog daraus den Schluss, die wissenschaftliche Methodologie nur noch als Hilfsmittel anzusehen, die ihn als Forscher davon abhalten sollte, sich hinsichtlich seiner „kreativ geformten, subjektiven Mutmaßungen zu betrügen“ (S. 216).

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der genannten Problematik gelangte Rogers (1987; Orig. 1959) zu einer neuen Auffassung von Wissenschaft, die er folgendermaßen erörterte:

Meines Erachtens besteht ein großer Mangel an kreativem Denken und Theoretisieren bezüglich der Methoden der Sozialwissenschaften. In unserem Team besteht der Eindruck, daß der logische Positivismus . . . nicht notwendigerweise der Weisheit letzten Schluß darstellt. Vor allem nicht in einem Bereich, in dem das

Phänomen der Subjektivität solch eine wichtige und zentrale Rolle spielt. Haben wir in diesem Bereich eine optimale Methode der Wahrheitsfindung entwickelt? Gibt es eine Sicht, . . . die die Werte des logischen Positivismus und die von ihm geförderten wissenschaftlichen Fortschritte bewahrt, die aber dennoch breiten Raum läßt für die existierende Person, die in unserem Wissenschaftssystem das Kernstück bildet? (S. 76)

Anhand dieses Kommentars von Rogers (1987) wird ersichtlich, dass für ihn kreatives Denken eine notwendige Voraussetzung ist, um geeignete Methoden für die Psychotherapieforschung zu entwickeln. Rogers' Zweifel, ob denn der Positivismus, im Sinne naturwissenschaftlicher-experimenteller Methoden eine tatsächlich geeignete Methode der Wahrheitsfindung ist, kommt an dieser Stelle ebenfalls zum Ausdruck. In der nachfolgenden Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung, welche sich einerseits in phänomenologische und andererseits in empirisch-naturwissenschaftliche Forschungspositionen unterteilen lässt, wurde Rogers Wunsch nach neuen, kreativen Forschungsmethoden jedenfalls nicht entsprochen.

3.3.2 Kritik an Rogers' Forschungsmethoden

Rogers (2000) war es ein wichtiges Anliegen, die Personenzentrierte Psychotherapie nicht nur phänomenologisch zu beschreiben, sondern auch der naturwissenschaftlichen Forschung zugänglich zu machen. Allerdings hat laut Schwartz (1983) diese enge Verbindung der Gesprächspsychotherapie mit der naturwissenschaftlichen Forschung auch einige negative Konsequenzen mit sich gebracht. Die Operationalisierung der Therapeutenbedingungen trug maßgeblich dazu bei, dass Rogers' Therapieansatz missverstanden wurde. Indem die klientenzentrierten Haltungen einzeln messbar gemacht wurden, wurde auch gleichzeitig die Grundlage für Fehlinterpretationen geschaffen, „den Ansatz fälschlich und verkürzt als Summe von Techniken zu betrachten“ (Garbsch, 2000, S. 38).

Die Forschungsinstrumente, die das Ausmaß der Therapeutenhaltungen messen sollten, hatten außerdem den Nachteil, die Haltungen nur an bestimmtem Verhalten festmachen zu können. Es kam zu einer Verwässerung von Rogers' Therapieansatz, indem die klientenzentrierten Haltungen mit bestimmten Interventionen gleichgesetzt (z.B.: Empathie mit VEE) und somit ausschließlich als Techniken verstanden wurden (Garbsch, 2000).

Obwohl Rogers (2001) die Kongruenz zur wichtigsten Therapeuteneinstellung erhoben hatte, gelang ihre Operationalisierung nur sehr schlecht, was dazu führte, dass die

Kongruenz innerhalb der Forschung immer weniger Beachtung geschenkt wurde, ganz nach der Devise: „Was schwer meßbar ist, wird als weniger relevant einfach außer acht gelassen“ (Schwartz, 1983, S. 93).

Die unbedingte positive Wertschätzung wurde von Tausch (1974) in „emotionale Wärme“ umbenannt, da, so Schwartz (1983), die Auffassung vertreten wurde, diese konkret im Verbalverhalten des Therapeuten, z.B. an seinem Tonfall, einschätzen bzw. messen zu können. Die Empathie hingegen wurde „zur Meßbarkeit gezwungen, indem man diesen Beziehungsaspekt auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte reduzierte“ (Schwartz, 1983, S.93).

Für die naturwissenschaftliche Forschung war es notwendig, das therapeutische Beziehungsangebot in isolierte Therapievariablen zu trennen, um die Verhaltensmerkmale exakt voneinander unterscheiden zu können. Dabei wurde allerdings vergessen, dass Empathie ohne Kongruenz nicht möglich ist und Verstehen ohne Wertschätzung nicht funktioniert (Schwartz, 1983). Die einzelnen Therapievariablen wurden – den naturwissenschaftlichen Forschungsidealen entsprechend – nicht gemeinsam, sondern voneinander getrennt „mit dem Therapieerfolg oder mit ebenso isolierten Klienten-Merkmalen korreliert“ (Schwartz, 1983, S. 93). Die Konsequenzen der Aufspaltung und Reduzierung des komplexen Beziehungsangebots in isolierte Verhaltensvariablen wären laut Schwartz (1983) nicht so negativ gewesen, hätte dies ausschließlich Forschungszecken gedient.

Tatsächlich aber wurde zunehmend vergessen, daß das Sprechen über eigenes Erleben des Therapeuten *ein* Ausdruck von Kongruenz sein kann, daß unbedingte Wertschätzung sich *auch*, aber keinesfalls *nur* in emotionaler Wärme und Zuwendung äußern kann, daß Empathie sich *möglicherweise* in dem Ansprechen von Gefühlen des Klienten ausdrückt; es geschah vielmehr eine Gleichsetzung: Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie wurden als das betrachtet, was die jeweilige Skala messen sollte. Und entsprechend wurden Gesprächspsychotherapeuten auch ausschließlich anhand dieser Skalen trainiert. (Schwartz, 1983, S.93)

Rogers' Konzept der therapeutischen Beziehung wurde fortan mit Verhaltensanweisungen gleichgesetzt, dessen einzige Attraktivität darin bestand, „daß es ‚wissenschaftlich‘ begründet schien und damit der ‚unwissenschaftlichen‘ Psychoanalyse überlegen und den aufkommenden verhaltenstherapeutischen Verfahren ebenbürtig war“ (Schwartz, 1983, S. 93).

3.3.2.1 Einwände gegen die Variablenforschung

Zusammenfassend richtet sich die Kritik an der so genannten Variablenforschung auf die Isolierung der drei „Basisvariablen“ Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Kongruenz, die getrennt und für sich allein auf die Wirksamkeit überprüft wurden (Auckenthaler, 2001; Auckenthaler & Helle, 2001; Biermann-Ratjen et al., 2003). Insbesondere im deutschsprachigen Raum wurde in den 1960er und 1970er Jahren die Hauptkonzentration der naturwissenschaftlichen Forschungsbemühungen ausschließlich auf die Therapeutenvariablen gerichtet und somit aus dem Kontext der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen gerissen (Auckenthaler & Helle, 2001).

Die Einschätzung der Therapeutenvariablen hinsichtlich ihres Beitrags zum Therapieerfolg wurden zusätzlich erschwert weil sie häufig nur von außenstehenden Beurteilern vorgenommen wurde (Auckenthaler & Helle, 2001). Die Skalen, die die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Klienten messen sollten, z.B. mittels des Inventars von Barrett-Lennard (1962), fanden zu diesem Zeitpunkt kaum Beachtung (Auckenthaler & Helle, 2001). Ein ansteigendes Interesse an der Berücksichtigung der Thematik des Klientenerlebens ist, wie bereits in Kapitel 2.4.1 angedeutet, erst wieder Anfang der 1980er Jahre zu erkennen.

Biermann-Ratjen et al. (2003) sehen in der Variablenforschung letztlich eine Forschungsmethode, die ihrem Gegenstand schon allein deshalb nicht gerecht werden konnte, da in den meisten empirischen Untersuchungen davon ausgegangen wurde, „dass diese drei Variablen unabhängige Variablen sind und auch unabhängig voneinander in jeweils spezifischer Art und Weise direkt (linear-kausal) auf den Klienten einwirken“ (S. 53). Die Autoren weisen darauf hin, dass die Variablen ihrer Ansicht nach kausale, interdependente und moderierende Zusammenhänge besitzen und somit auch nicht getrennt voneinander untersucht werden können. Vielmehr sollte das Augenmerk der Forscher laut Biermann-Ratjen et al. (2003) auf die empirische Überprüfung „der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit von ‚Klienten‘- und ‚Therapeutenvariablen‘“ (S. 55) gerichtet werden. Aus diesem Grund sollte ein neues Forschungsmodell entworfen werden, in dem berücksichtigt wird, dass der Therapeut ein bestimmtes Beziehungsangebot anbietet, dass der Klient bestimmte Erwartungen an die Therapie hat, dass der Therapeut und Klient jeweils eine Auswahl an Reaktionsweisen auf verschiedenartige Beziehungsangebote zeigen und dass zwischen Therapeuten- und Klientenverhalten eine wechselseitige Abhängigkeit besteht (Biermann-Ratjen et al., 2003).

In der Psychotherapieforschung im Allgemeinen und der Personenzentrierten Psychotherapie im Besonderen ist mittlerweile die Tendenz zu erkennen, die Systemtheorie als „angemessene wissenschaftstheoretische Sichtweise“ (Garbsch, 2000, S. 40) zu betrachten. In der Systemtheorie wird die Auffassung vertreten, dass linear-kausale Methoden letztlich „nur ein Teil von Erklärungen in den Naturwissenschaften sind“ (Garbsch, 2000, S. 40), während z.B. in der Neurobiologie komplexe Prozesse auftreten, in denen Veränderung ganz anders hervorgerufen wird: „Sie kann von außen angeregt werden, ist aber nicht von außen klar steuerbar. Die Form der Veränderung ist durch die systemimmanente Struktur gegeben, äußere Gegebenheiten können eine Entwicklung zwar beeinflussen, aber nicht kontrollieren“ (Garbsch, 2000, S. 40). Auf die Therapiesituation bzw. den Therapieprozess übertragen bedeutet dies, dass zwischen Therapeuten- und Klientenverhalten also keine so genannte wenn-dann Beziehung besteht, sondern dass der Therapeut und Klient jeweils als System verstanden werden, „das sich wechselseitig beeinflusst“ (Garbsch, 2000, S. 40).

Rogers' therapietheoretische Annahmen und das Konzept der Aktualisierungstendenz lassen sich mit der Systemtheorie gut vereinbaren, weshalb auch einige klientenzentrierte Therapeuten (vgl. Höger, 1989; Kriz, 1989) mittlerweile dazu übergegangen sind diese Sichtweise in ihrem Konzept angemessen zu berücksichtigen.

3.3.2.2 Widersprüchliche Forschungsergebnisse

Nachdem Rogers der empirischen Psychotherapieforschung den Rücken zugekehrt hatte, verlor die Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie an Gewicht (Garbsch, 2000). Während in den USA die Forschung in den 1970er und 1980er Jahren als rückläufig bezeichnet werden kann und Berichte über laufende Forschungsstudien einfach durch Überblicksarbeiten über frühere Forschung ersetzt wurden, erlebte die Forschung in Europa, aufgrund der verspäteten Rezeption von Rogers' Therapieansatz, zu diesem Zeitpunkt gerade ihre Hochblüte (Auckenthaler & Helle, 2001; Garbsch, 2000).

Ein Grund weshalb der Klientenzentrierte Ansatz an Durchschlagskraft verlor und beinahe zur Gänze aus der Forschung verschwand, hängt laut Garbsch (2000) damit zusammen, „dass der Personzentrierte Ansatz im Gegensatz zur Verhaltenstherapie und Psychoanalyse nach der Beendigung der Lehrtätigkeit von Carl Rogers nur geringen Einfluss an den Universitäten“ (S. 38) hatte.

Während die Forschungsergebnisse noch bis Anfang der 1970er Jahre Rogers' Hypothesen stützten, dass die Basisbedingungen notwendig und hinreichend hinsichtlich einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung beim Klienten sind, wurden die Beweise danach immer dünner (Franke, 1983). Die Forschungsergebnisse waren offenbar nicht mehr eindeutig genug, was sich an einer Vielfalt an veröffentlichten Meinungen zeigen lässt, die von „notwendig, aber nicht hinreichend“, „weder hinreichend noch notwendig“ bis zu „sowohl notwendig als auch hinreichend“ mit weiteren Abstufungen reichen. Ein Auszug dieser unterschiedlichen Interpretationen findet sich z.B. bei Franke (1983, S.74).

Insgesamt hat sich die Auffassung durchgesetzt, Rogers' Therapeutenhaltungen als notwendige und förderliche, aber nicht hinreichende Bedingungen anzusehen. „Die personenzentrierten Einstellungen als Techniken missverstanden, werden von anderen psychotherapeutischen Schulen vereinnahmt und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes wird der Ruf nach zusätzlichen Techniken laut“ (Garbsch, 2000, S. 38). Während andere Therapieansätze Rogers' Therapeuteneinstellungen weiterhin mit Interventionen gleichsetzten und in ihr Therapiekonzept integrierten, begaben sich die Klientenzentrierten Therapeuten in der Zwischenzeit auf die Suche nach geeigneten Zusatzbedingungen. Die Alternativen die zum klassisch traditionellen Personenzentrierten Ansatz entwickelt wurden präsentierten sich in Form von Ergänzungen, Verbesserungsvorschlägen oder der Kombination mit anderen Therapiemethoden (Hutterer, 2005).

3.3.2.3 Mögliche Ursachen der paradoxen Forschungsbefunde

Die veränderte Befundlage zur Forschung zu den klientenzentrierten Bedingungen wurde seitens praktizierender Gesprächstherapeuten u.a. damit erklärt, dass die Wirkkraft der Personenzentrierten Psychotherapie ja auch vom Menschenbild und der Überzeugung des Therapeuten abhängt und es somit nicht das Gleiche ist, die Verhaltensweisen gemäß der operationalen Konzepte zu verwirklichen, „wie eine personenzentrierte Grundhaltung nach Rogers' Vorstellungen zu realisieren“ (Garbsch, 2000, S. 39). Die Autoren Eckert und Kriz (2005) spitzen dieses Argument hinsichtlich der Übernahme des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots in andere therapeutische Ansätze noch zu, indem sie folgendes festhalten: „Wenn zwei Therapeuten, die unterschiedlichen Therapieschulen angehören, das Gleiche tun, ist das nicht dasselbe. Der Kontext, in dessen Rahmen eine bestimmte Handlung erfolgt, bestimmt in hohem Maße mit, welche Wirkung, bzw. Auswirkung diese Handlung hat“ (S. 332).

Anhand dieser Aussagen wird bereits deutlich, dass auch seitens der Klientenzentrierten Therapeuten erkannt wurde, dass die theoretischen Grundannahmen eines Ansatzes bei der Realisierung der Therapeuteneinstellungen eine wesentliche Rolle spielen. Es macht also einen Unterschied ob die personenzentrierten Grundhaltungen tatsächlich „gelebt“ werden, oder nur als technische Fertigkeiten praktiziert werden (vgl. Bozarth, 1983).

Die unzureichenden Forschungsergebnisse dieser Zeit wurden nicht zuletzt damit erklärt, „dass empirische Forschung bei aller Objektivität auch dem Zeitgeist unterliegt“ (Garbsch, 2000, S. 39). Stubbs und Bozarth (1994) publizierten in diesem Zusammenhang einen Artikel mit dem Titel „The dodo bird revisited: A qualitative study of psychotherapy efficacy research“, in der sie vier Phasen der Wirksamkeitsforschung extrahierten, in denen ihrer Ansicht nach jeweils eine aktuelle Forschungsthese vorherrschend ist. Die beiden Autoren zogen daraus den Schluss, dass die Resultate empirischer Forschung letztlich auch immer ein Spiegel ihrer Zeit und dominanten Lehrmeinungen sind und eine gewisse Zeit lang eben die Auffassung vertreten wurde, dass Rogers' Therapeutenhaltungen zwar wichtig und förderlich, aber nicht ausreichend für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie sind (Garbsch, 2000).

Auckenthaler (2001) wiederum hält fest, dass die in anderen Therapierichtungen häufig vertretene Sichtweise, Rogers' postulierte Bedingungen für das Zustandekommen eines Therapieerfolgs „seien zwar notwendig aber keineswegs hinreichend“ (S. 100) im Grunde nur dann möglich ist, wenn die Triasvariablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz aus dem Kontext der sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen gerissen werden und aus den Forschungsprogrammen der Gesprächspsychotherapie - deren Hauptaugenmerk über einen längeren Zeitraum bedauerlicherweise ausschließlich den drei Therapeutenmerkmalen gegolten hat – gefolgert wird, diese Studien hätten tatsächlich Rogers' postulierte Wirkannahmen zum Forschungsgegenstand gehabt. Laut Auckenthaler (2001) kann aus den Studien, die sich lediglich auf die Therapeutenvariablen beschränken in der Tat nicht geschlossen werden, dass sie für Therapieerfolg auch hinreichend sind wenn die Perspektive des Klienten, bzw. dessen Wahrnehmung vom Therapeuten unberücksichtigt bleibt. Wenn das therapeutische Beziehungsangebot von Klienten nicht als solches wahrgenommen wird, dann kann die Beziehung zwischen Therapeut und Klient auch nicht ihre positive Wirkung entfalten und somit auch keinen Prozess anstossen, der eine Persönlichkeitsveränderung des Klienten hervorruft (Auckenthaler, 2001).

3.3.2.4 Neuere Forschungspositionen

In den 1980er und 1990er Jahren erlebt die Klientenzentrierte Therapie laut Garbsch (2000) wieder einen Aufschwung, was damit zusammenhängt, dass der Personenzentrierte Ansatz als eine der bestbeforschten Therapieschulen gilt, dessen Wirksamkeit zweifelsfrei nachgewiesen worden ist (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994; Elliot, 1996; Orlinsky & Howard, 1986). Die Überblicksarbeiten kommen zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass mit der Gesprächspsychotherapie sowohl hinsichtlich des Allgemeinbefindens der Klienten Besserungen erzielt werden, als auch bei spezifischen Symptomen (Grawe et al., 1994). Als nicht ganz so erfolgreich hat sich die Anwendung der Klientenzentrierten Psychotherapie im interpersonalen Bereich und in Hinblick auf Persönlichkeitseigenschaften erwiesen. Grawe, Donati und Bernauer (1994) halten in diesem Zusammenhang fest: „Im Persönlichkeitsbereich und im interpersonalen Bereich sind signifikante Verbesserungen zwar etwas seltener, aber im Vergleich zu den meisten anderen Therapieformen treten auch in diesen Bereichen mit recht grosser Regelmässigkeit positive Veränderungen ein“ (S. 132f.).

Im Rahmen der Weiterentwicklung und Differenzierung der Personenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers sind im Laufe der Jahre verschiedene neue Ansätze entstanden (vgl. Kap. 2.4.5). Mit der Ausarbeitung dieser neuen Konzepte wurde seitens der klientenzentrierten Therapeuten einerseits auf die an Rogers' Therapiekonzept festgestellten Mängel reagiert, andererseits können sie aber auch als Antworten auf die Anforderungen der neuesten Entwicklungen und Forschungstrends, wie etwa „der differentiellen Psychotherapieforschung, die untersucht, welches therapeutische Handeln, welche Effekte bei welchen Klienten zeigt“ (Garbsch, 2000, S. 39) verstanden werden.

Mit dem Bedürfnis nach wissenschaftlicher Überprüfung von Klientenzentrierter Psychotherapie ist in den neueren Strömungen mittlerweile auch wieder die Tendenz zu erkennen, auf die Integration von Methoden aus anderen Therapieschulen zu verzichten und sich stattdessen auf die eigenständigen Entwicklungen zu besinnen (Garbsch, 2000). Damit erscheint der Personenzentrierte Ansatz heute wieder viel selbstbewusster und eigenständiger, was besonders in der „process-experiential psychotherapy“, einem von Rice und Greenberg (1992) entwickelten Ansatz, in dem die emotionalen Prozesse als bedeutsam hervorgehoben werden, zum Ausdruck kommt (Sachse, 1999).

Aus jüngeren empirischen Studien geht sogar hervor, dass die neueren gesprächspsychotherapeutischen Richtungen bessere Erfolge erzielen als die klassische

Rogerianische Psychotherapie (Greenberg, Elliot & Lietaer, 1994). Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Effektivität der Klientenzentrierten Psychotherapie im Laufe ihrer Diversifikation und Weiterentwicklung, sowohl im europäischen, als auch angloamerikanischen Raum gesteigert werden konnte.

3.4 Rogers' Stellenwert im Gesamtkontext der Psychotherapieforschung

Carl Rogers gilt als Pionier der empirischen Psychotherapie-, Prozess- und Wirksamkeitsforschung (Bergin & Garfield, 1994). Seine bahnbrechenden Forschungsarbeiten und nicht zuletzt sein Artikel über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen ziehen sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung. Der Verhaltenstherapeut Marvin Goldfried (2007) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Rogers' 1957 veröffentlichte, nur neun Seiten umfassende Publikation letztlich die Grundlage für all das bietet, was in der zeitgenössischen Psychotherapie existiert. Rogers' Artikel, der über 1000 mal in Fachzeitschriften zitiert wurde ist laut einer Umfrage heute sogar noch populärer als vor 20 Jahren (Goldfried, 2007). Vieles von dem aktuellen Forschungsinteresse geht auf Fragen zurück, die Carl Rogers als erster formuliert hat. Rogers' Ausarbeitung therapieschulenübergreifender Wirkfaktoren und deren Bedeutung für die Psychotherapie wird in der Fachliteratur lobend hervorgehoben (Bergin & Garfield, 1994). Und auch Rogers' Absage an die Schulenorientierung, die sich gegenwärtig z.B. am Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie (vgl. Grawe, 2000) bzw. Integrativen Psychotherapie (vgl. Arkovitz, 1992; Märten & Petzold, 1995) oder dem eklektizistischen Vorgehen vieler Psychotherapeuten (vgl. Garfield, 1982; Bergin & Garfield, 1994; Norcross, 1986, 1995) erkennen lässt, erscheint höchst aktuell, wenn man bedenkt, dass Rogers (2000; Orig. 1961) bereits Anfang der 1960er Jahre darauf hingewiesen hat, dass der Sinn von Forschung v.a darin zu sehen ist, „durch eine Vermehrung des objektiv überprüften Wissen zum allmählichen Ableben der verschiedenen ‚Schulen‘ der Psychotherapie, einschließlich der klientenzentrierten beizutragen“ (S. 264).

Die Entwicklungen und Trends der Psychotherapieforschung des 21. Jahrhunderts, in denen ansatzübergreifende Wirkfaktoren eine zentrale Rolle spielen und die Überwindung des Schulendenkens und stärkere Ressourcenorientierung (Grawe, 2000) gefordert werden, scheinen – trotz der festgestellten Mängel an seinem Therapiekonzept (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994) - ironischerweise Rogers' frühe Erkenntnisse zu bestätigen. Bei der

Veröffentlichung der neuesten Forschungsergebnisse zur Wirkungsweise von Psychotherapie wird häufig auf die Parallelen zu Rogers' aufmerksam gemacht (Ambühl, 1993; Orlinsky & Ronnestad, 2000). Und in der Tat klingen die Befunde aus der Psychotherapieforschung wie mit Rogers abgesprochen, wenn etwa darauf hingewiesen wird, dass die therapeutische Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten als zuverlässiger Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis gilt und Klienten von ihrem Therapeuten u.a. Empathie, Wertschätzung und Echtheit erwarten (Miller, Duncan & Hubble, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986). Auch die Tatsache dass sich das Klientenerleben im Gegensatz zu einer bestimmten Methode oder Technik als wichtiger erwiesen hat, scheint Rogers' (1957) Hypothesen zu untermauern (vgl. Lambert, 1992; Miller et al., 2000).

Aufgrund der oben genannten Trends und der derzeit vorliegenden Forschungsergebnisse verwundert es daher nicht, dass Rogers' Therapiekonzept mittlerweile als Grundlage jener Therapeuten verwendet wird, die ihr therapeutisches Vorgehen selbst als „eklektizistisch“ oder „integrativ“ bezeichnen (vgl. Garfield & Bergin, 1994).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Rogers' Einfluss auf die Psychotherapieforschung weitreichend ist und dass die meisten von Rogers' Wirkannahmen, welche bereits in den 1950er Jahren im Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie formuliert und einer empirischen Forschung unterzogen wurden, auch von den jüngsten Forschergenerationen verschiedenster therapeutischer Ansätze hinsichtlich ihrer ansatzübergreifenden Wirksamkeit bestätigt werden.

In der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, jenen Therapieschulen, die zunächst mit Kritik auf Rogers' Therapiekonzept reagierten, ist bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ebenfalls von „Empathie“, „Akzeptanz“ und „Kongruenz“ die Rede.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich Rogers' Forschungsergebnisse in Bezug auf die therapeutische Beziehung bzw. Therapeutenrolle somit auch auf die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie ausgewirkt haben.

Anhand einer Analyse psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Literatur hinsichtlich der Therapeutenrolle soll daher aufgezeigt werden ob es Anhaltspunkte gibt, aus denen hervorgeht, dass Rogers' Therapeutencharakteristika in die Methodik dieser beiden Therapieansätze eingeflossen sind. Den Ausgangspunkt der Literaturanalyse bildet die Psychoanalyse.

4 Empathie, Akzeptanz und Kongruenz in der Darstellung der Psychoanalyse

4.1 Der Stellenwert der klassisch orthodoxen Psychoanalyse im Rahmen der Entwicklung neuer psychotherapeutischer Ansätze

Die Psychoanalyse ist das älteste Psychotherapieverfahren, sie dominierte bis Anfang der 1960er Jahre das psychologische Feld. Im Zuge der Entwicklung neuer Psychotherapieansätze wie der Personenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und dem Behaviorismus nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Konkurrenz für die Psychoanalyse zunehmend stärker, insbesondere weil diese beiden Therapierichtungen auf empirisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauten und intensiv forschungsorientiert arbeiteten (Garbsch, 2000).

In der Vergangenheit gab es seitens der Personenzentrierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie immer wieder Bemühungen, sich von anderen Therapieschulen, so auch der Psychoanalyse, abzugrenzen (vgl. Eckert & Kriz, 2005; Finke, 1994; Korbei, 2001; Korunka, 2001; Kriz, 2001; Schmid & Keil, 2001). Aus Rogers' Werken (1991, 2001, 2003) und seiner Biographie (vgl. Kirschenbaum, 1979; Groddeck, 2002) geht hervor, dass eine Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse stattgefunden und er den historischen Beitrag Freuds für die Psychotherapie im Allgemeinen durchaus wertgeschätzt hat.

In der Literatur zur Personenzentrierten Psychotherapie mangelt es nicht an Vergleichen mit der Psychoanalyse, in denen freundlich aber bestimmt Rogers' Kritik an den Methoden der klassisch orthodoxen Psychoanalyse zum Ausdruck gebracht wurde (1991, 2000, 2001, 2003). Umgekehrt blieb auch Rogers' Abkehr von der Psychoanalyse seitens der Psychoanalytiker nicht unkommentiert und unkritisiert (vgl. Köhler-Weisker, 1978; Köhler-Weisker, Horn & Schüle, 1993; kritisch dazu: Biermann-Ratjen et al., 2003).

Bei dem Versuch die Psychoanalyse auf die Integration von Rogers Therapeutenbedingungen zu untersuchen, stößt man bei Vertretern der klassisch orthodoxen Psychoanalyse z.B. auf den Vorwurf, dass Rogers in der Klientenzentrierten Psychotherapie Techniken angewendet habe, die bereits bei Freud aufzufinden sind und wesentliche Ingredienzien psychoanalytischer Behandlungstechniken darstellen (Köhler-Weisker, 1978).

Im folgenden Kapitel soll Rogers' Verhältnis zur Psychoanalyse nachgezeichnet werden mit dem Ziel, Antworten auf die Frage zu finden, warum er sich von der Psychoanalyse distanziert hat und ob die Kritik der Psychoanalytiker an Rogers' Behandlungsmethoden gerechtfertigt erscheint oder relativiert werden muss.

4.1.1 Rogers' Verhältnis zur Psychoanalyse

Die Beziehung des Personenzentrierten Ansatzes zur Psychoanalyse stellt sich ähnlich differenziert dar, wie die zur Verhaltenstherapie. Zum Zeitpunkt von Rogers' Ausbildung zum Klinischen Psychologen an der Columbia University in New York befand sich „das Teachers College im Fahrwasser der amerikanischen Psychologie mit der Betonung streng wissenschaftlicher Methodik, operationaler Definitionen und der Verifizierung bzw. Falsifizierung von Hypothesen mit Hilfe verfeinerter statistischer Verfahren“ (Rogers, 1980a, S.191). Im Rahmen seiner einjährigen praktischen Tätigkeit am Child Guidance Institute in New York, kam Rogers mit den klassisch psychoanalytischen Konzepten Freuds in Berührung. Rogers' Ausbildung zum Psychologen in New York lässt sich zusammenfassend als „eine widersprüchliche Mischung aus freudianischem, naturwissenschaftlichen und fortschrittlichem pädagogischen Denken, zusammen mit einer spezifischen Ausbildung in testorientierter klinischer Psychologie“ (Rogers, 1980a, S.191) beschreiben.

Rogers' Verhältnis zur Freudschen Psychoanalyse war nicht von Anfang an negativ akzentuiert. Die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie betreffend stellt Rogers (2003, Orig. 1951) fest, dass sie ohne dem Vermächtnis Freuds hinsichtlich seines Verständnisses, „für die unbewußten Bestrebungen des Menschen und seine komplizierte emotionelle Struktur“ (S. 22) nicht möglich gewesen wäre. Auch Rogers (2000) hat als junger Assistent am Child Guidance Institute zunächst Freuds Ansichten über die menschliche Psyche interessiert aufgenommen. Im Laufe der Jahre, im therapeutischen Kontakt mit seinen Klienten, kam er allerdings zu dem ernüchternden Schluss, dass ein Therapeut, der als Diagnostiker und gefühlsneutraler Beobachter fungiert und zielsichere und nüchterne Deutungen abgibt, therapeutisch kontraproduktiv arbeitet (Finke, 1994). Rogers (2000) erkannte, „daß der Klient derjenige ist, der weiß, wo der Schuh drückt, welche Richtungen einzuschlagen, welche Probleme entscheidend, welche Erfahrungen tief begraben gewesen sind“ (S. 27). Nach Rogers' Meinung soll der Klient die Deutung nicht seinem Therapeuten überlassen, sondern müsse sich seine Interpretationen selbst

geben; die Aufgabe des Therapeuten ist darin zu sehen, diese Fähigkeit in ihm freizusetzen, indem er ihm eine akzeptierende und einführende Haltung entgegenbringt (Finke, 1994).

Zu dieser Erkenntnis gelangte Rogers laut Zottl (1980) nicht nur aufgrund seiner eigenen persönlichen Erfahrung mit seinen Klienten in der Therapiesituation, sondern u.a. auch durch die Ansichten des Psychoanalytikers Otto Rank, der sich aufgrund eines persönlichen Konflikts Anfang der 1920er Jahre von Freud abgewendet hatte. Ranks Einfluss auf Rogers' Denken und die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie ist besonders in der frühen, non-direktiven Phase seines Ansatzes in den 1940er Jahren erkennbar. Rogers arbeitete zu diesem Zeitpunkt in Rochester als Leiter einer Kinderklinik intensiv mit Sozialarbeitern zusammen, von denen er erfuhr, „dass in der School of Social Work in Philadelphia der Schwerpunkt auf die [sic] ‚Beziehungstherapie‘ (‚relationship therapy‘) – anstelle von ‚interpretierender‘ Therapie (‚interpretive therapy‘) – lag“ (Kramer, 2002, S. 7). Der Einladung Rogers folgend, hielt Otto Rank 1936 ein dreitägiges Seminar, in dem er seine Beziehungstherapie vorstellte (Hutterer, 1998). Ranks Überzeugung, „daß die Therapie eher dem Klienten zu dienen habe als der Verbreitung der Theorien des Therapeuten“ (Rogers, 2001, S. 20) hinterließ deutliche Spuren bei Rogers.

Die Auswirkungen dieses Seminars auf Rogers' Theoriegebäude wurde in der Literatur häufig beschrieben (vgl. Evans, 1975; Finke, 1994; Kirschenbaum, 1979; Korunka, 2001; Kramer, 2002; Zottl, 1980). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich Ranks Positionen hinsichtlich der Betonung der realen Beziehung zwischen Therapeut und Klient, des aktiven Zuhörens, der gefühlverbalisierenden Interventionen und des Wachstumspotentials des Einzelnen in Rogers' therapietheoretischen Überlegungen niedergeschlagen haben (vgl. Finke, 1994; Korunka, 2001; Kramer, 2002). Trotz des bemerkenswerten Einflusses des Rankschen Gedankenguts auf die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie wäre es laut Hutterer (1998) aber falsch, Rogers als Schüler von Otto Rank zu bezeichnen. Hutterer (1998) begründet dies folgendermaßen:

Rogers hatte als Begründer der klientenzentrierten Orientierung nicht einen einzelnen Mentor oder Lehrer, er hat aus mehreren Quellen Anregungen erhalten und diese Anregungen zunehmend mit einer antidogmatischen Einstellung integriert. Ein Charakteristikum der klientenzentrierten Psychotherapie liegt darin, daß sie aus einer Verbindung phänomenologischer Theoriebildung mit intensiver empirischer Psychotherapieforschung entwickelt wurde und nicht eine Weiterentwicklung einer bereits vorhandenen Methode darstellt. (S. 141)

Carl Rogers hat eine vielschichtige psychologische Ausbildung aufgrund unterschiedlich orientierter Mentoren erhalten, deren Gedanken und Ideen ihn beeinflusst haben und die er mit einer antidogmatischen Haltung integriert hat. Rogers hat sich aber keinem seiner Lehrer so eng verpflichtet gefühlt, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie etwa als Weiterentwicklung einer bereits bestehenden Therapiemethode wie der Psychoanalyse bezeichnet werden könnte (Hutterer, 1998). Aufgrund der Tatsache, dass Rogers' Ausbildung zum Klinischen Psychologen zu einer Zeit stattgefunden hat, in der die klassisch psychoanalytischen Methoden von Freud dominierten, kam eben auch Rogers mit der psychoanalytischen Lehre in Berührung und setzte sich zwangsläufig mit ihr auseinander (Hutterer, 1998).

Aus Rogers' Werken (1991, 2003) geht weiters hervor, dass er auch nach der Begegnung mit Otto Rank an den neuesten Erkenntnissen der Psychoanalyse interessiert war und sich nicht davor scheute, Übereinstimmungen mit seinem eigenen Denken in der Literatur festzuhalten. Dennoch lag Rogers' Schwerpunkt immer vorrangig auf der subjektiven Erfahrung und der Notwendigkeit empirischer Forschung (Korbei, 2001).

4.1.2 Inhaltliche Differenzen zwischen der Psychoanalyse und Rogers' Therapiekonzept

An der Psychoanalyse kritisierte Rogers (1991) in erster Linie die Tatsache, dass sie zwar viele umfassende und interessante Hypothesen verwende, ohne diese aber jemals empirisch überprüft zu haben. Die Kritik an den Forschungsmethoden der Psychoanalyse scheint in der Tat gerechtfertigt, wenn Reinhard Tausch (1974) nach einer Durchsicht der Forschungsliteratur zur Psychoanalyse feststellt, dass bis Anfang der 1960er Jahre „keine Untersuchungen unter Verwendung des wissenschaftlich beobachteten Verhaltens“ (S. 77) respektive der wesentlichen Variablen psychoanalytischer Therapie vorlagen.

In dieser von Tausch 1974 veröffentlichten Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse zitiert er auch eine Studie der Psychoanalytiker Strupp, Wallach und Wogan (1964), in der beinahe 80 Patienten etwa drei Jahre nach Beendigung der jeweiligen psychoanalytischen Therapie bezüglich der von ihnen wahrgenommenen Verhaltensmerkmale ihres Psychoanalytikers und dem Ausmaß von Veränderungen in ihrem Verhalten und Erleben befragt wurden. Das Ergebnis der Studie ähnelte den Befunden der Klientenzentrierten Psychotherapieforschung, weil aus ihr hervorging, „daß bestimmte Handlungsvariablen der Psychotherapeuten entscheidend mit dem Ergebnis der Psychotherapie, der Modifizierung des Erlebens und Verhaltens zusammenhingen“ (Tausch, 1974, S. 77). Gemäß der

Angaben der Klienten hing „das Ausmaß der konstruktiven Änderung und das Ausmaß der Anpassung . . . signifikant . . . mit der von den Klienten wahrgenommenen emotionalen Wärme ihrer Psychotherapeuten zusammen, sowie mit dem Respekt und dem Interesse des Psychotherapeuten für den Klienten, so wie es die Klienten erfahren hatten“ (Tausch, 1974, S. 212). Strupp und seine Mitarbeiter zogen aus dieser Untersuchung den Schluss, dass bislang das einzige Voraussage-Kriterium für psychotherapeutischen Erfolg die generell positive Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient ist.

Tausch (1974) führt in diesem Zusammenhang eine weitere Studie von Bergin und Solomon an, die bei Truax und Carkhuff (1964) referiert wurde. In dieser Untersuchung wurde das Verhalten psychoanalytisch ausgebildeter Therapeuten mittels der von Truax entwickelten Skala für die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte eingeschätzt. Als Ergebnis dieser Untersuchung ging hervor, dass zwischen der positiven Änderung des Klienten und dem Ausmaß der Verwirklichung der Therapeutenvariablen eine Beziehung bestand (Tausch, 1974). Laut Tausch „bestätigte sich hier die Hypothese von Rogers, daß die von ihm postulierten drei Variablen, wenn sie in einem hohen Ausmaß verwirklicht werden, generell in zwischenmenschlichen Interaktionen, so auch bei Interaktionen anderer psychotherapeutischer Orientierungen, konstruktive Änderungen bedingen“ (S. 77).

Tausch (1974) macht aber noch auf einen weiteren Aspekt bisher durchgeführter psychoanalytischer Studien aufmerksam, nämlich „daß manche theoretischen Aspekte und praktischen Empfehlungen der psychoanalytischen Orientierung wenig effektiv sind oder in deutlichem Gegensatz zu den von den Klienten als effektiv angesehenen Vorgängen stehen“. Tausch (1974) referiert eine Studie, die Feifel und Eells (1963) an über 50 männlichen Patienten durchgeführt haben. Die zentrale Frage, die die beiden Autoren beschäftigte, war laut Tausch, was genau die Patienten an der Psychotherapie als hilfreich empfanden. Das Ergebnis dieser Studie zeigte deutlich, „daß die Klienten das Schwergewicht auf die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und die Möglichkeit des Gesprächs mit ihm über ihre Probleme legten, im Gegensatz zu ihren 28 überwiegend analytisch eingestellten Psychotherapeuten, die gewisse Techniken betonten“ (Tausch, 1974, S. 77).

4.1.3 Kritik der Psychoanalytiker an Rogers' Behandlungskonzept und seine Repliken

Rogers' Vorwürfe an die Psychoanalyse blieben bei ihren Vertretern nicht unkommentiert. Ende der 1970er Jahre verfasste die Psychoanalytikerin Angela Köhler Weisker erstmals

einen Aufsatz, in dem die Freudschen Techniken in der Psychoanalyse mit der sogenannten Rogers-Technik verglichen wurden. Als Ergebnis dieser Untersuchung führt Köhler-Weisker (1978) an, dass Rogers' postulierte Therapieprinzipien letztlich nichts Neues seien, weil diese bereits bei Freud erwähnt werden. Ihrer Meinung nach hätte Rogers „eine im Vergleich mit deren Hauptziel, der Erforschung des Unbewußten, eher ‚randständige‘ Komponente der Freudschen Technik – die Herstellung günstiger Übertragungs- und Arbeitsbedingungen – auf Kosten der übrigen kultiviert“ (Köhler-Weisker, 1978, S. 827).

Die immerwährende Kritik der Psychoanalyse an der Personenzentrierten Psychotherapie richtet sich an die von Rogers postulierten Grundbedingungen für Veränderung. „Diese seien . . . vor der Hauptarbeit der Psychoanalyse anzusiedeln und könnten bestenfalls als unspezifische Wirkfaktoren gelten“ (Korbei, 2001, S.432). Nach Ansicht einiger psychoanalytischer Autoren erreicht das klientenzentrierte Beziehungsangebot eben nicht das Unbewusste (Köhler-Weisker, Horn und Schüle, 1993; Parth 1994). Im Gegensatz dazu erachtet Rogers die Grundeinstellungen als notwendig und hinreichend für konstruktive Veränderung durch Therapie: „Erst die lebendige Erfahrung des Klienten, dass ihn der Therapeut empathisch versteht, ohne ihm Bedingungen zu stellen, lässt die therapeutischen Bedingungen reifen. Durch sie wird die Möglichkeit geschaffen, dass Inkongruenz gewahrt und Selbsterleben authentisch wird“ (Korbei, 2001, S. 432).

Die Psychoanalytiker kritisierten vor allem Rogers' Postulat, dass die von ihm genannten Bedingungen nicht nur notwendig, sondern eben auch hinreichend seien. Rogers (1957b) hat einen allgemeinen Entwurf für Psychotherapie vorgelegt, indem er diejenigen Bedingungen aufgestellt und genannt hat, „die zu *jeder* Situation gehören, in der konstruktive Persönlichkeitsveränderung geschieht, ob wir dabei an klassische Psychoanalyse oder einen ihrer modernen Ableger denken oder an Adlerianische Psychotherapie oder an irgendeine andere“ (S.179f.). Rogers (1957b) hat explizit angemerkt, dass grundsätzlich jede Technik, auch die aus einer anderen Therapieschule, ein Kanal werden kann durch den Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz kommuniziert werden kann. Anhand der Techniken in der Psychoanalyse wie etwa Interpretation, freie Assoziation und Übertragung demonstriert Rogers, dass auch sie möglicherweise Kanäle werden können um die wesentlichen Bedingungen einer Therapie zu erfüllen:

Eine Interpretation kann vielleicht auf eine Weise gegeben werden, die die bedingungslose Zuwendung des Therapeuten mitteilt. Einem Strom freier Assoziationen kann vielleicht in der Weise zugehört werden, die eine vom Therapeuten empfundene Empathie zum Ausdruck bringt. Im Umgang mit der Übertragung kommuniziert ein effizienter Therapeut oft seine eigene Ganzheit und Kongruenz in der Beziehung. (Rogers, 1957b, S.183)

Wenn Psychoanalytiker behaupten, dass „die Erforschung des Unbewussten“ (Köhler-Weisker, 1978) im klientenzentrierten Therapiekonzept nur eine nebensächliche Rolle spiele, dann sei an dieser Stelle Rogers' Selbstentwicklung im psychotherapeutischen Prozess in Erinnerung gerufen, die im Klientenzentrierten Therapieansatz „als ein an bestimmte Bedingungen geknüpfter Prozess konzipiert [wurde], der eine Selbstkonzeptveränderung beinhaltet“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 41).

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zur Psychoanalyse sieht Rogers darin, dass der Therapeut den Klienten dabei unterstützt, sich selbst zu erforschen und zum „voll sich entfaltenden Menschen“ (fully functioning person) zu werden, was aber letztlich einen nicht zu erreichenden Idealzustand beschreibt. Allerdings ist nicht der Therapeut derjenige, der die Expertenrolle für die Psyche des Klienten übernimmt, sondern die Veränderung bewirkende Kraft liegt beim Klienten selbst. Dem Therapeut kommt dabei die Aufgabe zu, durch ein spezifisches Beziehungsangebot die notwendige Voraussetzung zu schaffen, damit ein positiver Veränderungsprozess beim Klienten in Gang gesetzt werden kann.

In der psychoanalytischen Forschung lässt sich heute eher die Tendenz feststellen, dass ihre Ergebnisse Rogers' Theorien bestätigen oder dass zumindest sehr große Ähnlichkeiten im Forschungsvorgehen festzustellen sind – es ist also quasi zu einer Umkehrung der Verhältnisse gekommen (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 42ff.).

4.2 Die Therapeutenrolle in der Darstellung neopsychoanalytischer Strömungen

Eine Untersuchung der gegenwärtigen Psychotherapeutischen Fachliteratur hinsichtlich der Therapeutenmerkmale in der Psychoanalyse zeigt, dass die klassische Freudsche Psychoanalyse laut Mertens (2005) schon seit einem längeren Zeitraum nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form existiert. Wenn es um die Verwirklichung der so genannten reinen psychoanalytischen Lehre geht, werden seitens der praktizierenden Psychoanalytiker viele kontroverse Diskussionen geführt. Während die Anhänger der klassisch orthodoxen

Psychoanalyse die aufkeimenden Neufassungen und Revisionen innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft als Verwässerung bezeichnen und dementsprechend über die Destruktion der Konzepte Freuds klagen, wird gerade das breitgefächerte Angebot neuer Methoden von den so genannten Neoanalytikern als wünschenswert und fortschrittlich hervorgehoben (Korbei, 2001). Die Verslossenheit der Vertreter der klassischen Psychoanalyse zeigt sich somit nicht nur gegenüber den Rezeptionen anderer Therapierichtungen wie etwa der Personenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers, sondern wird auch gegenüber neuen Denkansätzen innerhalb der eigenen Therapieschule deutlich.

Nach Freuds Begründung der Psychoanalyse als psychotherapeutisches Verfahren gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden Konzepte, die sowohl als Weiterentwicklung als auch Abgrenzung von ihr verstanden werden können. Um welche Konzepte es sich dabei handelt, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

4.2.1 Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse

Nach Pine (1990) lassen sich vier Arten Psychoanalytischer Strömungen unterscheiden:

- die Triebpsychologie, die mit dem Triebkonflikt-Modell arbeitet und am stärksten auf die Methoden Freuds zurückgreift;
- die Objektbeziehungspsychologie;
- die Ich-Psychologie und
- die Selbstpsychologie.

Aus diesen vier psychoanalytischen Therapierichtungen gehen jeweils umfassende Theorien hervor, die, nach Streeck (2005), „konzeptuell voneinander zu trennende, einander ergänzende Perspektiven der Dynamik seelischer Prozesse“ (S. 238) aufweisen. Bei den Theorien der Objektbeziehungspsychologie, der amerikanischen Ich-Psychologie der 1960er und 1970er Jahre und der Selbstpsychologie handelt es sich um neoanalytische Konzepte, die sich von den klassisch Freudschen Methoden distanziert haben und die Berührungspunkte zum Klientenzentrierten Beziehungsangebot aufweisen (Finke, 1994).

An Aktivitäten des Analytikers in der Ich-Psychologie, Selbstpsychologie und Objektbeziehungspsychologie werden nach Mertens (2005) folgende Merkmale genannt:

- Einfühlung
- Akzeptanz
- Resonanz
- Prinzip Antwort
- Holding
- Containing

Die Parallelen in den ersten beiden Punkten zu Rogers' Therapeutenhaltungen Empathie und Wertschätzung sind nicht zu übersehen. Die nachfolgende Auseinandersetzung mit den neoanalytischen Strömungen Ich-Psychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie soll zunächst aufzeigen, welche gemeinsamen Merkmale die drei psychoanalytischen Psychotherapierichtungen aufweisen und inwiefern sich diese neueren Konzepte von der Klassischen Psychoanalyse nach Freud distanziert haben.

4.2.2 Gemeinsame Merkmale der Ich-Psychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie

In den 1940er und 1950er Jahren, etwa parallel zu Rogers herausragenden Arbeiten, kommt es innerhalb der Psychoanalyse zu einer Weiterentwicklung von Positionen, die sich – beeinflusst von den beiden Psychoanalytikern Ferenczi und Rank (1924) - von der klassisch orthodoxen Psychoanalyse Freuds abgegrenzt haben und die laut Finke (1994) in unterschiedlicher Akzentsetzung in die drei Strömungen Ich-Psychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie münden:

- Als Ursache für die Neurose wird die Störung in der Beziehung zwischen Mutter und Kind bzw. der fehlenden Empathie früherer relevanter Bezugspersonen gesehen.
- Eine akzeptierende, stützende, verständnisvolle Beziehung wird in den Vordergrund gestellt, während die Einsicht als entscheidende therapeutische Wirkkraft in ihrer Bedeutung herabgesetzt wird.
- Das therapeutische Handeln im therapeutischen Prozess gewinnt zunehmende Bedeutung gegenüber den unbewussten Strebungen im Patienten. Der Therapeut nimmt die Rolle eines aktiven Beziehungspartners ein, während er als diagnostizierender Beobachter nur noch vereinzelt fungiert (Finke, 1994).

Die Parallelen zu Rogers' Therapeuteneinstellungen werden im Folgenden unter dem Aspekt der Therapeutenrolle in den einzelnen Konzepten aufgezeigt und im Anschluss auf eine mögliche Annäherung an die Personenzentrierte Psychotherapie diskutiert. Auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen psychoanalytischen Positionen wird hier verzichtet. Die Literaturanalyse der drei neopsychoanalytischen Strömungen richtet sich auf die Darstellung der Therapeutische Beziehung, insbesondere der Therapeutenrolle, demonstriert am Beispiel jeweils eines Vertreters dieser Konzepte. Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die Ich-Psychologie.

4.2.3 Untersuchung der Ich-Psychologie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers

Zu den wesentlichen Vertretern der Ich-Psychologie zählen Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolph Loewenstein und Gertrude und Rubin Black.

Entscheidender Ansatzpunkt der psychoanalytischen Ich-Psychologie sind die „*Neubestimmungen des Ichs* und seiner Funktionen sowie das *Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt*, letzteres thematisiert als die ‚Objektbeziehungen‘ des Individuums“ (Bastine, 1998, S. 319).

Der Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Theorie besteht darin, dass autonome Ich-Funktionen angenommen werden, die nicht aus der Auseinandersetzung mit Triebimpulsen resultieren (Bastine, 1998). Es kommt zu einer stärker eigenständigen Konzeption der Ich-Funktion in ihrer intrapsychischen Bedeutung. Beim Auftreten von Störungen werden die Ursachen in den interaktionellen bzw. sozialen Faktoren gesucht. In der Therapie wird der Hauptakzent auf die Förderung des Ich-Wachstums gesetzt und auf die Bestärkung von Autonomietendenzen (Finke, 1994).

Die psychoanalytische Entwicklungspsychologie beschreibt den Wachstumsprozeß und die Nahrung, die er braucht. Aus dieser Theorie erwachsen die spezifischen Techniken Hinter dieser Spezifität steht der Gedanke der therapeutischen Förderung des Wachstums als Weg des Patienten zur Identität und zu der Freiheit, in der er das Potential erreichen kann, für das seine Apparate der primären Autonomie ihn ausgestattet haben. (Blanck & Blanck, 1978, S. 370)

In ihrem Werk „Angewandte Ich-Psychologie“ versuchen die Psychoanalytiker Blanck und Blanck (1978) die Theorien der bedeutendsten Ich-Psychologen (siehe oben) als begriffliche Grundlage für die technischen Anregungen zu vereinheitlichen. Als Ergänzung dienen die Theorien von Jacobson, Mahler und Spitz sowie die Theorien von Kernberg und

Kohut, deren Beiträge für die Technik der Behandlung schwerer psychischer Störungen als relevant angesehen werden.

Die beiden Autoren Blanck und Blanck (1978) unterscheiden zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie, letztere bezieht sich auf die Behandlung von Borderline-Fällen und anderen schweren psychischen Störungen.

Im absoluten Gegensatz zu der Grundregel von den freien Assoziationen, deren Anwendung bei der psychoanalytischen Behandlung der Neurose unabdingbar ist, muß der Grenzfall-Patient dazu ermutigt werden, seine Abwehr, die sich in der Aufrechterhaltung des Abstands zeigt, zu respektieren, ja, manchmal muß man ihm sogar versichern, daß er nicht alles zu sagen braucht. Dies baut seine Entscheidungsfähigkeit auf, so daß er schließlich, wenn er sich sicherer fühlt, doch alles sagen wird. Aber dann wird er es freiwillig tun, in der Zusammenarbeit auf das therapeutische Ziel hin, und nicht, weil der Therapeut sich ihm aufdrängen will. (Blanck & Blanck, 1978, S. 226)

Im letzten Kapitel ihres Buches befassen sich Blanck und Blanck (1978) mit den spezifischen Techniken, die in der Psychotherapie zum Einsatz kommen. Der erwachsene Patient macht in der Psychotherapie die Erfahrung, sich in einem beständigen, freundlichen Klima auf seinen Therapeuten verlassen zu können (Blanck & Blanck, 1978). In diesem Zusammenhang halten Blanck und Blanck (1978) fest, dass nicht unterschätzt werden sollte, „daß der Patient auf ein benignes, aber nicht überbefriedigendes therapeutisches Klima reagiert, und daß er anfängt, sich mit Selbstachtung zu begegnen, nachdem Verzerrungen korrigiert worden sind, da er gelernt hat, vom Therapeuten Höflichkeit und Respekt zu erwarten“ (S. 345).

In Hinblick auf die so genannte Ich-Unterstützung stellen Blanck und Blanck (1978) schließlich fest, dass es sich dabei um ein Methode in der Psychotherapie handelt, die zwar am meisten Erwähnung gefunden hat, aber auch in vielfacher Hinsicht missverstanden worden ist, weshalb die beiden Autoren von einer „Technik des ‚Auf-den-Rücken-Klopfens‘“ (S. 351) Abstand nehmen. Die Aufrechterhaltung des Selbstwerts des Patienten stehe natürlich im Vordergrund der psychoanalytischen Behandlung, trotzdem reagieren „internalisierte dürftige Selbst-Bilder . . . nicht auf Komplimente“ (Blanck & Blanck, 1978, S. 351).

Wenn der Therapeut ausreichend Erfahrung hinsichtlich der Ich-Unterstützung gesammelt hat, wird er nach Ansicht von Blanck und Blanck (1978) schon seinen eigenen Zugang zum Patienten finden. „Er darf aber niemals unecht sein“ (Blanck & Blanck, 1978, S. 352).

Die Zielvorstellung der Ich-Psychologischen Behandlung stimmt mit Rogers'(1959) Persönlichkeitstheoretischen Überlegungen überein, wenn dem Patienten im Zuge der Therapie zu mehr Wachstum, Identität und Freiheit verholfen werden soll. Vom Psychotherapeuten werden hier, um es mit gesprächspsychotherapeutischen Termini zu benennen, sowohl unbedingte positive Wertschätzung als auch Kongruenz gefordert. Auf diesen Zusammenhang haben bereits die Gesprächspsychotherapeuten Biermann-Ratjen et al. (2003) hingewiesen.

Obwohl die zitierten Passagen von Blanck und Blanck (1978) Parallelen zu Rogers' Therapeutenhaltungen aufweisen, indem der Therapeut eine non-direktive Haltung einnimmt und als jemand beschrieben wird, der seinem Patienten Respekt entgegenbringen und sich in der therapeutischen Beziehung echt verhalten soll, sind in den Ausführungen der beiden Autoren keine Anhaltspunkte aufzufinden, die darauf hindeuten, dass eine Auseinandersetzung mit Rogers' Therapiekonzept stattgefunden hat. Im Gegenteil: Hinsichtlich der Mittel, die dem Therapeuten zur Verfügung stehen, gibt es nach Ansicht von Blanck und Blanck (1978) „keine bessere Literatur, als Freuds Arbeiten über die Technik“ (S. 164).

4.2.4 Untersuchung der Objektbeziehungspsychologie auf die Therapeuteinstellungen nach Rogers

Zu den wesentlichen Vertretern der Objektbeziehungstheorie zählen laut Bacal und Newman (1994) Ian Suttie, Harry Stuck Sullivan, Melanie Klein, Otto Kernberg, Margret Mahler, Michael Balint, William Ronald Dodds Fairbairn, Harry Guntrip, Donald Wood Winnicott und John Bowlby. Im Zentrum der Objektbeziehungspsychologie steht die Bedeutung der Beziehungserfahrung, die ein so genanntes Selbst zu externen Objekten macht (Bacal, 1994).

Nach Bastine (1998) liegt der Objektbeziehungstheorie die Annahme zugrunde, „daß Menschen primär daran interessiert sind, befriedigende Beziehungen zur Umgebung und zu anderen Menschen (zu anderen ‚Objekten‘) aufzunehmen (und weniger daran, ihrer [sic] triebhaften Wünsche zu befriedigen)“ (S. 320). Im Gegensatz zur Klassischen Psychoanalyse Freuds wird das Interesse, das anderen Menschen entgegengebracht wird, in der Objektbeziehungspsychologie als ein angeborenes, grundlegendes Bedürfnis aufgefasst, das eben nicht erst, wie einst von Freud behauptet, aus der Befriedigung der Triebe resultiert (Bastine, 1998).

Harry Guntrip (1968) wird als bedeutender Vertreter der Objektbeziehungspsychologie angesehen, dessen Hauptaugenmerk dieser Beziehungserfahrung zu anderen galt. Guntrip (1968) vertritt, so wie alle anderen Objektbeziehungstheoretiker, die Auffassung, dass Entwicklungsdefizite bzw. Konflikte auf die früh gestörte Beziehung zwischen Mutter und Kind zurückzuführen sind. Guntrip (1968) hält in Bezug auf die therapeutische Beziehung und die Therapeutenrolle folgendes fest:

The psychotherapist is not a *deus ex machina*, an authority diagnosing and prescribing from some position outside the patient's personal world. . . . He will understand the patient's inner life, not because he has a theory (though if it is a good one, it helps) but because he can feel with and for the patient; and he knows, not just theoretically but in his own experience, what the patient is passing through. Sharing in the same humanity with the patient, he is able to identify with him in order to know him. Only that enables the patient no longer to feel alone. (S. 351)

Aus diesem Kommentar Guntrips (1968) geht hervor, dass sich der Psychotherapeut in der Therapeutischen Beziehung ganz der persönlichen Welt seines Patienten widmen sollte, anstatt als Autoritätsperson oder Fachexperte aufzutreten, der Diagnosen stellt und sagt, was zu tun ist. In Übereinstimmung mit Rogers vertritt Guntrip (1968) die Auffassung, die Konzentration des Therapeuten nicht ausschließlich auf eine Theorie zu richten, sondern auf das Innenleben des Patienten, indem er sich in ihn einfühlt. Die eigene Erfahrung des Therapeuten erweist sich als hilfreich, um nachvollziehen zu können, was der Patient augenblicklich durchmacht. Indem der Therapeut sich in die Lage seines Patienten hineinversetzen kann, identifiziert es sich mit ihm, um ihn zu verstehen. Die Erfahrung seitens des Patienten, von seinem Therapeuten einfühlsam verstanden zu werden, ist ein sehr bestärkendes Erlebnis, weil er nicht mehr das Gefühl hat, mit seinem Problem allein zu sein.

It is the capacity of respect and to be concerned about the other person's reality in himself and apart from oneself, and to find true satisfaction in helping the other person to find and be his own properly fulfilled nature. It is a matter of being a sufficiently real person to the patient to give him a chance of becoming a real person himself and not an assemblage of defences, or a role, or a conforming mask, or a mass of unresolved tension. (Guntrip, 1968, S. 351)

Guntrip (1968) präzisiert die Therapeutenrolle in der Objektbeziehungstherapie indem er weiters festhält, dass der Therapeut die Fähigkeit besitzen sollte, der inneren Realität seines Patienten ausreichend Respekt entgegenzubringen, auch wenn diese nicht mit der Realität des Therapeuten übereinstimmt. Die Aufgabe des Therapeuten ist darin zu sehen,

seinem Patienten dabei zu unterstützen, sein wahres Selbst zu finden und zu sein. Deshalb ist es wichtig, dass der Therapeut von seinem Patienten als reale Person wahrgenommen wird, um selbst die Möglichkeit zu erhalten, eine reale Person zu werden, anstatt aufgrund bestehender Spannungen Verteidigungsmechanismen einzusetzen, eine Rolle zu spielen oder sich hinter einer Maske zu verstecken.

Laut Guntrip (1968) kann der therapeutische Prozess, den Bedürfnissen des Patienten, sofern er sich auf ihn eingelassen hat, in dreifacher Weise gerecht werden. Die nachfolgenden Ausführungen von Bacal (1994) zeigen in gekürzter Form die wesentlichen Ansichten Guntrip's (1968) auf:

1. Durch eine gefühlsmäßige Beziehung zum Therapeuten, der die Rolle einer Elternfigur einnimmt, macht der Patient die Erfahrung, dass man sich intensiv um ihn und seine Probleme kümmert. Im Grunde genommen geht es um das Gefühl des Kindes im Patienten, sich unterstützt und geliebt zu fühlen und um die Befriedigung dieses Bedürfnisses. Unterstützung und Liebe werden hier als elementare Grundvoraussetzung für das Leben und die Entwicklung des Menschen angesehen.
2. Die Beziehungen des Patienten, die in der Kindheit beeinträchtigt wurden, werden durch die Übertragungsanalyse deutlich werden.
3. Durch die Beziehung zum Therapeuten, in der sich der Therapeut seinem Patienten gegenüber aufrichtig verhält und ihn wie einen gleichberechtigten Beziehungspartner behandelt, erhält der Patient die Chance, in seiner Persönlichkeit zu reifen und das Individuum zu werden, das er ist (Bacal, 1994).

Ein Vergleich der Therapeutenhaltungen in der Objektbeziehungstherapie nach Guntrip (1968) mit Rogers' (1957; 1959) Therapeuteinstellungen zeigt oberflächlich zunächst eine große Ähnlichkeit in Bezug auf die Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz. Guntrip (1968) stimmt mit Rogers (1959) entwicklungspsychologischen Überlegungen überein, wenn er ein Bedürfnis nach positiver Wertschätzung annimmt, um das Verlangen des Klienten nach Sicherheit, Unterstützung und Liebe zu stillen.

Ein weiterer Konsens zwischen den Auffassungen Rogers' und Guntrips herrscht in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und im Therapieziel. In der Objektbeziehungstheorie findet man nach der Auffassung Guntrips (1968) einen Patienten vor, der von seinem Therapeuten empathisch verstanden und aufrichtig anerkannt und

akzeptiert wird, damit er als ebenbürtiger Beziehungspartner die Möglichkeit erhält, in seiner Persönlichkeit zu reifen, um das Individuum zu werden, das er ist.

Im Gegensatz zu Rogers' (1959) Definition der Empathie, die bewusst gegenüber der Identifikation mit dem Klienten abgegrenzt wurde, indem die „Als ob“-Position des Psychotherapeuten betont wurde, kommt es bei Guntrip zu einer Identifikation mit seinem Patienten, um ihn empathisch zu verstehen. In diesem Fall bezieht sich Guntrips Darstellung der Empathie allerdings mehr auf die Definition des Psychoanalytikers Greenson (1978), der die psychoanalytische Technik der Empathie als „partielle Identifizierung“ (S. 289) beschrieben hat, als auf Rogers' Empathiekonzept.

Wie auch bei den beiden zuvor genannten Therapeuteneinstellungen „unbedingte positive Wertschätzung“ und „Empathie“ scheint auch in Bezug auf die Kongruenz eine weitere Übereinstimmung zwischen den Auffassungen Guntrips und Rogers gegeben, indem bei Guntrip von der realen Person des Klienten gesprochen wird, der sich nicht hinter einer Maske verstecken soll. Bei genauerem Hinsehen wird aber deutlich, dass es sich auch hier um das von Greenson (1978) entwickelte Konzept der „Realen Beziehung“ handeln dürfte, welches frei ist von Übertragungsverzerrungen und keine „künstlichen“ Beziehungsaspekte enthält wie etwa das Arbeitsbündnis (vgl. dazu genauer: Greenson, 1978).

Trotz einiger inhaltlicher Übereinstimmungen mit Rogers' Therapeuteneinstellungen findet keine Erwähnung Rogers' hinsichtlich der Therapeutenrolle in der Objektbeziehungspsychologie nach Guntrip statt.

4.2.5 Untersuchung der Selbstpsychologie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers

Die Selbstpsychologie ist eng mit dem Namen des Psychoanalytikers Heinz Kohut verbunden, der als ihr Begründer und bekanntester Vertreter angesehen werden kann. Eine kurze und prägnante Beschreibung der Theorieentwicklung Kohuts findet sich bei Allen Siegel (2000): „Seine Theoriereise durch die Psychoanalyse begann mit den Grundlagen der klassischen Theorie, konzentrierte sich auf Forschungsfragen, wie psychoanalytische Untersuchungsmethode, Metapsychologie und Narzißmus, und fand schließlich ihren Höhepunkt im Entwurf einer Psychologie des Selbst“ (S.67).

Im Zentrum von Kohuts Selbstpsychologie steht die Auseinandersetzung mit der „Entwicklung des Selbst“ (Bastine, 1998, S. 320). Im Gegensatz zur Freudschen Trieblehre sieht die Selbstpsychologie nicht die Befriedigung der Triebe als zentrales Motiv des Menschen an, sondern seine Selbstverwirklichung (Bastine, 1998).

Wenn das Selbst sich in der Wechselwirkung von ererbten und Umweltfaktoren einmal herauskristallisiert hat, strebt es nach der Verwirklichung seines spezifischen Handlungsprogrammes, das bestimmt wird durch das spezifische Muster seiner Strebungen, Ziele, Fertigkeiten und Begabungen und durch die Spannungen, die zwischen diesen Bestandteilen bestehen. (Kohut & Wolf, 1980, S.669)

Diese Ähnlichkeit zu Rogers' Selbstkonzept wurde in der Literatur bereits diskutiert (vgl. Stumm, 2001). Weiters nimmt der Begriff Empathie in Kohuts Theorie einen zentralen Stellenwert ein, was in der einschlägigen psychotherapeutischen Fachliteratur – sowohl bei Vertretern der Klientenzentrierten Psychotherapie als auch bei jenen der Psychoanalyse (vgl. dazu Bohart, 1991; Emery, 1987; Finke, 1994; Kahn, 1985, 1987; Korbei, 1997, 2001; Rogers, 1991; Stolorow, 1976; Stumm, 2001; Tobin, 1991) - nicht unbemerkt geblieben ist.

4.2.5.1 Kritik an Kohuts Selbstpsychologie

Heinz Kohut (1988) war sich der Tatsache bewusst, dass es verschiedene Kommentatoren gab, die in Bezug auf die Ergebnisse seiner Arbeit über den Narzißmus Ähnlichkeiten mit den Untersuchungen anderer feststellten und verweist in diesem Zusammenhang auf eine Reihe von Autoren, die in der Psychoanalyse angesiedelt sind - u.a. auch auf Stolorow (1976), der dies in Hinblick auf die Klientenzentrierte Therapie von Rogers getan hat.

Obwohl Kohut grossen Beifall für sein Konzept erhalten hatte, weil er „die Freudsche Psychoanalyse um einen entscheidenden Schritt weiterentwickelt und einen historisch fälligen Paradigmenwechsel vollzogen habe“ (Köhler, 2000, S.6), wurde auf der anderen Seite häufig kritisiert, dass Kohut keineswegs ein neues Verfahren entwickelt, sondern sich an Konzepten anderer analytischer Theoretiker bedient habe, ohne explizit die jeweiligen Quellen anzuführen (Köhler, 2000). Ob dies auch auf Rogers' Therapiekonzept zutrifft, bleibt offen. Kohut (1988) jedenfalls betonte, dass der Verzicht auf die Integration anderer Beiträge nicht auf irgendeine Form von Ignoranz zurückzuführen sei, sondern lediglich mit der Aufgabe zusammenhänge, die er sich selbst gestellt hatte.

Nach meinem besten Wissen zolle ich jenen meine Anerkennung, deren Arbeit in der Tat meine Methoden und Meinungen beeinflusst hat. Doch im Brennpunkt meiner Bemühungen steht nicht gelehrte Vollständigkeit – sie richten sich auf anderes. Zunächst versuchte ich, mich auf dem Gebiet meines Interesses mit Hilfe der bestehenden psychoanalytischen Literatur zu orientieren. Als ich mich jedoch in einem Wirrwarr einander widersprechender, unzureichend begründeter und häufig

vager theoretischer Spekulationen verloren sah, entschied ich, daß es nur einen Weg gab, um einen Fortschritt zu erreichen: den Weg zurück zu direkter Beobachtung klinischer Phänomene und zur Formulierung neuer Erklärungen, die meinen Funden gerecht würden. Ich sah meine Aufgabe darin, eine Psychologie des Selbst zu umreißen, vor dem Hintergrund einer klaren und konsequenten Definition einer Psychologie komplexer psychischer Zustände im Allgemeinen und psychoanalytischer Tiefenpsychologie im Besonderen. (Kohut, 1988, S. 16f.)

Die Ausarbeitung von Kohuts Selbstpsychologie hat schrittweise zu einer Abwendung von den klassisch psychoanalytischen Positionen, wie etwa der Triebtheorie und Ich-Psychologie geführt, indem das therapeutische Klima und die „Stärkung des Selbst“ (Stumm, 2001, S. 20) noch deutlicher hervorgehoben wurden und die Einsicht in ihrer Bedeutung für den Therapieprozess relativiert wurde.

4.2.5.2 Annäherung der Selbstpsychologie an die Personenzentrierte Psychotherapie

Das Selbstpsychologische Konzept Kohuts wird mittlerweile als „bridge between psychoanalysis and humanistic psychology“ (Kahn, 1985, S. 893) bezeichnet. Stumm (2001) verweist diesbezüglich auf einen Artikel von Tobin (1990), der diese Brückenfunktion zu charakterisieren versucht hat:

Er [Tobin; Anm. A.R.] zählt dazu eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, mit der Betonung von Introspektion und Empathie, eine phänomenologische Annäherung an die menschliche Psyche, das Verständnis der therapeutischen Situation in einem feldtheoretischen, intersubjektiven Bezugsrahmen, eine Auffassung von der Natur des Menschen als im Kern positiv, die Bedeutung des freien Willens und die Beachtung der Werte des Klienten. (Stumm, 2001, S. 22)

Während Rogers (1991; Orig.1987) mit fortgeschrittenem Alter noch selbst Stellung zum Empathiekonzept und der Selbstpsychologie von Kohut genommen hat, sind in Kohuts' Publikationen keine Anhaltspunkte zu finden, die auf eine direkte Auseinandersetzung mit Rogers' Klientenzentrierter Therapie und insbesondere mit seinem Empathiekonzept hindeuten würden. Obwohl Rogers und Kohut gleichzeitig über eine längere Zeitspanne in Chicago gewohnt und gearbeitet haben, kam es nie zu einer dokumentierten persönlichen Begegnung der beiden (Stumm, 2001). Laut Tobin (1991) ist aber bekannt, dass Kohuts' Frau, eine Sozialarbeiterin, die in der Psychiatrie tätig war und Einfluss auf die Theorieentwicklung Kohuts gehabt haben soll, Rogers persönlich gekannt haben dürfte (Stumm, 2001).

Im folgenden Kapitel sollen die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Rogers' Therapiekonzept und der Selbstpsychologie von Kohut aufgezeigt werden.

4.2.5.3 Rogers' Kommentar zur Selbstpsychologie Kohuts

Rogers' (1991) ausführlichste Auseinandersetzung mit der Selbstpsychologie von Kohut findet in Jeffrey Zeigs (1991; Orig. 1987) Werk „Entwicklungsziele der Psychotherapie“ statt. In seinem Beitrag sieht Rogers (1991) die Möglichkeit, wesentliche Bestandteile seiner Therapieform noch einmal darzustellen, von denen er gemeint hat, dass sie oft missverstanden worden sind. Zum anderen nutzt er die Gelegenheit, um auf die Vergleiche seiner Arbeiten mit denen des Psychoanalytikers Kohut näher einzugehen, indem er seine eigene Sichtweise in Bezug auf die Ähnlichkeiten und Unterschiede ihrer Arbeiten darstellt.

4.2.5.3.1 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „Empathie“

In seinen Ausführungen zur Empathie hält Rogers (1991) fest, dass sie, seiner Ansicht nach, den bedeutsamsten therapeutischen Faktor ausmacht und dass Empathie an sich bereits eine heilsame Wirkung auf den Klienten hat. „Sie ist eine der wichtigsten Therapiebestandteile überhaupt, weil sie entlastend und bestätigend wirkt. Sie vermag selbst den eingeschüchterten Klienten wieder in mitmenschlichere Bahnen zu lenken. Wenn jemand *verstanden* werden kann, *gehört sie oder er auch dazu*“ (Rogers, 1991, S. 302).

Bei Kohut (1975) wird die Bedeutung von Empathie, wie er sie im allgemeinen menschlichen Leben sieht, folgendermaßen beschrieben: „Empathie, das annehmende, bestätigende und verstehende menschliche Echo, das vom Selbst hervorgerufen wird, ist eine psychologische Nahrung, ohne die menschliches Leben, wie wir es kennen und schätzen, nicht bestehen könnte“ (S.44). Darin stimmt Rogers mit Kohut (1975) vollkommen überein. Wenn Empathie aber, wie Kohut (1977) schreibt, nur dazu benutzt wird, um Daten über die aktuellen spezifischen Ereignisse aus dem Innenleben des Patienten zu sammeln, um sie dann zu ordnen und wenn der Patient dazu bereit ist, in Form einer Interpretation an ihn mitzuteilen, dann ist das nach Rogers (1991) „der Punkt an dem

sich unsere Wege trennen. Diese kalte, unpersönliche Anwendung unserer Fähigkeit verstehen zu können, bin ich gänzlich abhold“ (S. 303).

Empathie wird bei Kohut als die Methode der Datengewinnung schlechthin für die Psychoanalyse betrachtet, denn eine Erfahrung oder Handlung kann erst dann psychologisch erfasst werden, wenn sie über Introspektion oder Empathie gewonnen wurde (Siegel, 2000).

In der Prüfung der Empathiefähigkeit scheint zunächst eine weiterer Übereinstimmung zwischen Kohut und Rogers gegeben, bei genauerer Betrachtung der dahinterstehenden Absichten zeigen sich aber auch hier Differenzen. Rogers prüft seine Empathiefähigkeit anhand der Zustimmung des Klienten an dem, was er von ihm verstanden hat. Er überprüft also genau, ob das von ihm Verstandene auch mit der Wahrnehmung des Klienten übereinstimmt. Bei Kohut verhält es sich ähnlich, indem er zunächst empathische Tests startet, bevor er seine Interpretationen dem Analysanden mitteilt. Rogers (1991) hält zu Kohuts Vorgehensweise folgendes fest:

Ich glaube, daß ein Transkript einer meiner interpretativen Äußerungen während der Therapie, von der Form her, Kohuts vorläufigen Tests seiner Deutungen ganz ähnlich sein würde. Doch die dahinter stehenden *Absichten* wären dabei vollkommen verschieden. Ich würde herausfinden wollen, ob ich mich in möglichst naher Übereinstimmung mit meinem Klienten befinde, weil ein solches *Übereinstimmen* an sich bereits heilend, stärkend und wachstumsförderlich sein kann. Kohuts Absicht dagegen wäre es, herauszufinden, ob sein Patient, dafür bereit ist, seine Deutung anzunehmen, die nur unter dieser Voraussetzung eine heilsame Wirkung entfalten kann. (S. 303)

Rogers und Kohut teilen die Ansicht, dass dem Wesen des menschlichen Organismus eine positive Veranlagung zugrunde liegt. Rogers (1991) stellt allerdings in der Auseinandersetzung mit Kohuts Therapiekonzept fest, dass das Vertrauen, das er persönlich in jeden Menschen setzt, „zu wachsen, sich zu entwickeln und die ihm gegebenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen“ (S. 301), bei Kohut weitaus weniger vorhanden gewesen sein dürfte. Seine Aussage stützt er auf die Tatsache, dass Kohut dem Analytiker die Verantwortung über das therapeutische Geschehen überträgt und nicht dem Klienten, indem er Deutungen nach genetischen Gesichtspunkten erteilt. Rogers (1991) steht Kohuts Glaube an den heilsamen Effekt der genetischen Deutung des Verhaltens seines Patienten skeptisch gegenüber, weil es für ihn bedeuten würde, „daß der Analytiker dessen [des Patienten; Anm. A. R.] Vergangenheit genau kennen und verstehen muß“ (S. 309). Nach Rogers (1991) wird bei einem solchen Vorgehen aber die Tatsache übersehen,

dass wir über die Vergangenheit des Klienten niemals Kenntnis erlangen werden, sondern nur „die gegenwärtige *Wahrnehmung* der Vergangenheit“ vom Klienten erfahren werden (S. 309). Laut Rogers (1991) ist es in der Praxis unmöglich, Klienten eine „Darstellung ihrer *tatsächlichen* Vergangenheit“ (S. 310) zu liefern.

4.2.5.3.2 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „Kongruenz“

Die therapeutische Beziehung ist eine Erfahrung, an der zwei Personen teilhaben. Damit Psychotherapie wirksam werden kann, bedarf es verschiedener Bedingungen, von denen Rogers (1991) eine als besonders wichtig erachtet, nämlich die Kongruenz, bzw. Echtheit oder Authentizität des Therapeuten, die dem Therapeuten abverlangt, er selbst zu sein, bereit und fähig zu sein, zu seinen wahren Gefühlen zu stehen. Dabei geht es nicht nur darum, sich zu bemühen, den Klienten zu verstehen, sondern auch darum, seine (gegebenenfalls auch negativen) Gefühle verbal zum Ausdruck zu bringen, wenn sie Bestandteil des eigenen Erlebens sind (Rogers, 1991).

Eine therapeutische Beziehung ist nach Rogers' Meinung (1991) dann effektiv, wenn sie durch Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz gekennzeichnet ist und das Beziehungsangebot vom Klienten wahrgenommen wird.

In der Auseinandersetzung mit der therapeutischen Beziehung wie Kohut sie gestaltet, glaubt Rogers (1991) nicht, dass Kohut in seinem Vorgehen „kälter und weniger persönlich war“ (S. 305). Kohut's therapeutische Bemühungen verfolgten das Ziel, via Empathie Daten zu sammeln, um eine Deutung vorzubereiten.

Um den Unterschied zwischen Rogers' und Kohut's therapeutischem Vorgehen noch einmal herauszustreichen, führt Rogers (1991) eine der letzten Fallvignetten von Kohut (1981) an.

In der Therapie mit einer stark depressiven, suizidgefährdeten Frau, musste Kohut seinen üblichen Therapeutenstil aufgeben und persönlicher werden. In einer Phase voller Verzweiflung „fragt Kohut die Patientin, wie es ihr gehen würde, wenn er ihr zwei Finger geben würde, die sie halten könnte, nur für eine Weile, während sie spricht“ (Siegel, 2000, S. 179).

Ein zweifelhaftes Manöver. Ich würde es nicht empfehlen, aber ich war verzweifelt. Ich war zutiefst in Sorge . . . Ich gab ihr meine zwei Finger. Sie ergriff sie, und sofort gab ich mir selbst eine Deutung. Es war der zahnlose Gaumen eines Kleinkindes, der sich an einer leeren Brustwarze festsaugte. Genauso fühlte ich mich.

Ich sagte nichts. Ich weiß nicht, ob ich recht hatte. Aber ich reagierte darauf sogar da, auf mich selbst, als Analytiker. Eine derartige Intervention war danach nie mehr nötig. (Kohut zitiert nach Siegel, 2000, S.179f.)

Während Psychoanalytiker wie Siegel (2000) überlegten, weshalb Kohut gerade diese Fallgeschichte in seinem letzten Vortrag kurz vor seinem Tod gewählt hatte, die ihm die Kritik einbringen könnte, nicht analytisch zu handeln, sieht Rogers (1991) in der Darstellung von Kohut eine „schöne symbolische Geste, die es ihm ermöglichte, etwas von dem auszudrücken, was er fühlte“ (S. 305). Laut Rogers (1991) dürfte sich Kohut nicht im Klaren darüber gewesen sein, „daß, indem er etwas von sich selber und den ihn beherrschenden tiefgehenden Gefühlen offenbarte, er seiner Patientin genaue jene gedeihliche Fürsorge und jenes Mitgefühl angedeihen ließ, deren sie so verzweifelt bedurfte“ (S. 306). Die Entscheidung, dass Kohut seiner Patienten seine Gefühle offenbarte, machten Kohut in höchstem Maße kongruent, ihm dürfte allerdings nicht bewusst gewesen sein, „daß er damit das Heilsamste getan hatte, was ihm zur Verfügung stand“ (Rogers, 1991, S. 306). Den Unterschied zu Kohut sieht Rogers (1991) innerhalb der therapeutischen Beziehung deutlich in der Eigenschaft, mit der ganzen Person er selbst zu sein.

4.2.5.3.3 Untersuchung der Selbstpsychologie auf das Therapeutenmerkmal „unbedingte positive Wertschätzung“

Es erscheint interessant, dass Rogers (1991) die seinem Therapieansatz zugrundeliegenden Therapeuteneinstellungen Empathie und Kongruenz mit dem Selbstpsychologiekonzept von Kohut vergleicht, nicht aber auf die unbedingte positive Wertschätzung eingeht.

Gerhard Stumm (2001), der sich ebenfalls mit einem Vergleich der Personenzentrierten Psychotherapie mit der Selbstpsychologie beschäftigt hat, bemerkt, dass Kohut sich einer humanistischen Position annähert, „wenn er in der Anteilnahme und Wärme eine entscheidende Bedeutung dafür erkennt, ob eine tragfähige ‚reale‘ Beziehung aufgenommen werden kann“ (S. 26). Auch Kahn (1985) hat Rogers' Therapiekonzept mit Kohuts Selbstpsychologie verglichen und hält in Bezug auf Rogers' Therapeutenmerkmal „unbedingte positive Wertschätzung“ folgendes fest: “Unconditional positive regard and prizing (Rogers) are clearly responses made by an empathic selfobject (Kohut). The ‚gleam in the mother's eye‘ (Kohut), although not always unconditional, connotes such prizing and valuing” (Kahn, 1985, S. 895)

Die bedingungslose positive Wertschätzung und Anerkennung, wie Rogers sie beschreibt, sind laut Kahn (1985) Kohuts Antworten eines empathischen Selbstobjekts. Die Anerkennung und Wertschätzung der Mutter spiegelt sich im Strahlen ihrer Augen, kann aber dennoch mit Bedingungen verbunden sein (Kahn, 1985). Was Rogers ein Wertschätzen nannte, war für Kohut ein Spiegeln, das die Weichen für eine Übertragung stellen sollte, aber „nicht der grundsätzlichen Bewunderung des Klienten dient“ (Stumm, 2001, S. 26). „Although the tone of the above communication is certainly empathic, Kohut and his co-workers may not be quite so active in prizing the person in psychoanalytic therapy“ (Kahn, 1985, S.895).

Den Unterschied zwischen Rogers und Kohut sieht Kahn (1985) darin, dass bei Kohut die Kommunikation zwischen Analytiker und Patient zwar einführend ist, aber dass Kohut und seine Mitarbeiter in der Therapie nicht ganz so viel Anerkennung bzw. Wertschätzung zeigen wie Rogers. Auf der anderen Seite kann Kohut laut Stumm (2001) aber der Wertschätzung durchaus Positives abgewinnen, wenn ein Fortschritt in Richtung psychischer Gesundheit des Patienten zu erkennen ist und die Übertragungsarbeit dadurch nicht beeinträchtigt wird.

4.2.6 Zusammenfassende Darstellung der bisherigen Untersuchungsergebnisse

Die Analyse der Literatur zur Ich-Psychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie zeigt, dass die Rolle des Therapeuten innerhalb der therapeutischen Beziehung in den genannten Konzepten in unterschiedlicher Akzentuierung durch Empathie, Akzeptanz/Wertschätzung und Kongruenz gekennzeichnet ist. Allerdings finden nur in einer der drei analysierten Publikationen, nämlich bei dem Objektbeziehungspsychologen Harry Guntrip (1968), alle drei Therapeuteneinstellungen gemeinsame Erwähnung. Eine direkte Bezugnahme dieser neoanalytischen Konzepte auf die Personzentrierte Psychotherapie ist jedenfalls nach einer Durchsicht der analysierten Literatur nicht festzustellen.

Mögliche Gründe, warum das Personenzentrierte Therapiekonzept bei den Neoanalytikern ignoriert wurde, meint Finke (1994) darin zu erkennen, dass die Vertreter der Neoanalytischen Ansätze intensiv bemüht waren, innerhalb der orthodoxen Psychoanalytischen Community, die sich gegenüber der Rezeptionen anderer Therapieschulen aber auch gegenüber den Revisionen des eigenen Ansatzes stets ablehnend zeigten, anerkannt zu werden. Laut Finke (1994) ist der zunehmende Einfluss

der Vertreter dieser neoanalytischen Konzepte erst in den 1970er Jahren erkennbar. Finke (1994) vermutet, „daß dies, neben den Gründen die innerhalb der psychoanalytischen Bewegung selber liegen (Thomä 1983), auch unter dem Eindruck der zunehmenden Verbreitung der Gesprächspsychotherapie ermöglicht wurde“ (S. 26).

Die nachfolgende Auseinandersetzung mit der „Kurzpsychotherapie“ von Strupp und Binder (1991), welche den Schwerpunkt von der Langzeittherapie auf eine verkürzte psychoanalytische Behandlungsdauer verlegt hat, soll im folgenden Kapitel aufzeigen, ob in dieser neueren, verkürzten psychoanalytischen Behandlungsmethode hinsichtlich der Gestaltung der therapeutischen Beziehung möglicherweise Rogers' (1957) Therapeuteneinstellungen Niederschlag gefunden haben.

4.2.7 Untersuchung der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie auf die Therapeuteneinstellungen nach Rogers

Bevor auch hier, wie in den vorigen Kapiteln, ein Vergleich der psychoanalytischen Kurztherapie mit dem Klientenzentrierten Beziehungsangebot von Rogers (1957) stattfindet, soll die Therapeutische Beziehung, bzw. Rolle des Therapeuten in der psychoanalytisch orientierten Kurzpsychotherapie, wie sie bei Strupp und Binder (1991) beschrieben wird, kurz dargestellt werden.

Strupp und Binder (1991) beschreiben die Psychotherapie als eine besondere Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die dazu bestimmt ist, „eine Erfahrung zu vermitteln, die zu konstruktiven Veränderungen im Selbstbild und Verhalten des Patienten führt“ (S. 68). Aus diesem Grund erachten Strupp und Binder (1991) es als wichtig, welche Art des Verhaltens und welche Einstellung der Therapeut gegenüber dem Patienten zum Ausdruck bringt. Allen dynamischen Psychotherapieformen gemeinsam ist das therapeutische Leitprinzip in der Fähigkeit zuzuhören (Strupp & Binder, 1991). Dabei soll der Therapeut ständig reflektieren, wie er die innere Welt des Patienten am besten verstehen kann, und welche therapeutische Intervention gegenwärtig am konstruktivsten sein könnte. Ziel der Psychotherapie ist, nach Ansicht von Strupp und Binder (1991), durch die dem Patienten vermittelte Erfahrung als Therapeut Hilfestellung zu leisten, damit der Patient mehr Selbstvertrauen und Selbständigkeit als auch mehr Befriedigung und Nähe in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen erlangen kann.

Trotz ausgeprägter Ängste und diverser Mechanismen zum Selbstschutz, die in der Therapie seitens des Patienten zum Ausdruck kommen, hofft dieser dennoch „auf eine

liebevolle Beziehung, in der er Rückhalt findet und verstanden wird“ (Strupp & Binder, 1991, S. 69).

Die Haltung des Therapeuten, sollte dem Patienten ständig zeigen, dass er Interesse an ihm hat, „ihn respektiert, ihn nicht verletzen möchte . . ., sich ihm gegenüber einer Kritik und eines moralischen Urteils enthält . . . und wirklich zu helfen bestrebt ist“ (Strupp & Binder, 1991, S. 69). Der Therapeut sollte sich so verhalten, dass seine Handlungen möglichst konstruktiv sind, d.h. er sollte in der Lage sein, alle Mitteilungen seines Patienten aufzunehmen und ihm ruhig zuzuhören und sich bemühen, möglichst alles vom Klienten zum Ausdruck gebrachte, zu verstehen und einfach da zu sein.

Oft hilft die Therapeutin am meisten, wenn sie sich auf ihr Gegenüber einstimmt und aufnahmebereit und ruhig zu verstehen sucht, was der Patient ihr gerade auf symbolische oder verdeckte Art und Weise mitteilt. Insbesondere sollte die Therapeutin nicht dem inneren Drang nachgeben, unbedingt etwas zu tun – vor allem dann nicht, wenn sie sich vom Patienten (und von sich selbst) gedrängt fühlt, einzugreifen, tätig zu werden, zu beruhigen etc. Es wird häufig unterschätzt, wie sehr schon allein die Gegenwart der Therapeutin und ihr empathisches Zuhören eine der stärksten Quellen für Unterstützung und Hilfe darstellt, die ein Mensch einem anderen geben kann. (Strupp & Binder, 1991, S. 69)

Strupp und Binder (1991) vertreten die Ansicht, dass eine konsequente Haltung, die der Therapeut gegenüber seinem Patienten über eine längere Zeitspanne einnimmt, bereits einen machtvollen therapeutischen Faktor ausmacht. Die beiden Autoren empfehlen beim therapeutischen Zuhören, dass der Therapeut dem Patienten mit äußerster Achtung begegnen soll, weil er im Grunde ein Mitmensch ist, wie jeder andere, und sich insofern vom Patienten nicht unterscheidet. Laut Strupp und Binder (1991) wird Achtung vom Therapeuten möglichst durch alle Aspekte seines Verhaltens auf der Basis seiner eigenen Selbstachtung vermittelt. Der Therapeut arbeitet dann am besten, wenn er ganz er selbst ist. Der nachfolgende therapeutische Grundsatz gilt laut Strupp und Binder (1991) für alle zwischenmenschlichen Interaktionen: „Was man durch Haltung und Handlung vermittelt, ist weit wichtiger als das, was man sagt. Was zählt, ist das gesamte Verhalten der Therapeutin und der Geist, in dem sie mit dem Patienten kommuniziert“ (S. 76).

Das empathische, einfühlsame Zuhören ist für Strupp und Binder (1991) womöglich das grundlegendste therapeutische Element, dem alle Psychotherapieansätze folgen, auch wenn die Autoren darauf hinweisen, dass die Meinungen z. B. von Rogers, Kohut oder Fromm-Reichmann diesbezüglich stark auseinandergehen.

Ein Vergleich des psychoanalytisch orientierten Beziehungsangebots in der Kurzpsychotherapie mit dem klientenzentrierten Beziehungsangebot von Rogers zeigt, dass Strupp und Binder (1991) mit Rogers (1957) in der Zielvorstellung der Psychotherapie übereinstimmen. Allen Autoren gemeinsam ist die Auffassung, dass die psychotherapeutische Beziehung dem Klienten eine Erfahrung vermittelt, die zu einer konstruktiven Persönlichkeitsveränderung, einer Änderung im Selbstbild und Verhalten des Klienten führt. Wie auch Rogers betonen Strupp und Binder (1991) in diesem Zusammenhang die Einstellungen, die der Therapeut seinem Klienten gegenüber vermittelt. Insbesondere wird bei Strupp und Binder (1991) die Fähigkeit des therapeutischen Zuhörens hervorgehoben, ein Aspekt, der auch bei Rogers (1997) eine wesentliche Rolle spielt und von ihm folgendermaßen beschrieben wird:

Ich glaube zu wissen, warum es befriedigend für mich ist, jemanden zu hören. Wenn ich jemanden wirklich hören kann, komme ich in Kontakt mit ihm, es bereichert mein Leben. Durch Zuhören habe ich all das gelernt, was ich über den einzelnen, über die Persönlichkeit, über zwischenmenschliche Beziehungen weiß . . . Wenn ich sage, daß ich es genieße, jemanden zu hören, dann meine ich natürlich ein tiefes Hören. Ich meine damit das Aufnehmen seiner Worte, seiner Gedanken, seiner Gefühlsnuancen und deren persönliche Bedeutung, ja sogar der Bedeutung, die unterhalb der bewußten Intention des Sprechers liegt. Manchmal höre ich auch in einer Äußerung, die oberflächlich nicht sehr wichtig erscheint, einen erschütternden menschlichen Schrei, der unerkannt in der Tiefe vergraben liegt. (S. 19f.)

In der analytisch orientierten Kurzpsychotherapie nach Strupp und Binder (1991) wird darauf hingewiesen, dass ein Klient, der eine Psychotherapie aufsucht, trotz seiner Ängste die Hoffnung hat, in einer liebevollen Beziehung beim Therapeuten Rückhalt zu finden und von ihm verstanden zu werden. Rogers (1959) geht in seiner Persönlichkeitstheorie davon aus, dass ein Individuum mit dem Gewahrwerden des Selbst ein Bedürfnis nach positiver Beachtung entwickelt. Laut Rogers (1959) ist dieses Bedürfnis allgegenwärtig und ein besonderer Wesenszug des Menschen. Rogers (1987) hebt bei der unbedingten positiven Wertschätzung des Therapeuten gegenüber dem Klienten besonders die emotionalen Aspekte wie Liebe, Wärme, Sympathie, Respekt und positive Beachtung hervor. Wenn ein Klient die bedingungslose Wertschätzung seines Therapeuten wahrnimmt, dann fühlt er sich in der Beziehung zu ihm geborgen und sicher. Diese Sicherheit, als Mensch wertgeschätzt und verstanden zu werden, ist für Rogers (2000) ein wesentliches Merkmal einer hilfreichen Beziehung.

Wie auch in der Personenzentrierten Psychotherapie verzichtet der Therapeut in der analytisch orientierten Kurzpsychotherapie auf jegliche Kritik und moralische Urteile und bringt seinem Klienten eine nicht an Bedingungen gebundene, respektvolle Haltung entgegen. Auch stimmen Strupp und Binder (1991) mit Rogers (1957; 1997) überein, dass Empathie bzw. empathisches Zuhören und die Gegenwart bzw. Anwesenheit des Therapeuten wohl die hilfreichsten therapeutischen Faktoren darstellen. Und wie bei Rogers wird auch in der Kurzpsychotherapie darauf hingewiesen, dass die Achtung oder Wertschätzung, die der Therapeut seinem Klienten entgegenbringt, möglichst durch alle Facetten seines Verhaltens vermittelt wird auf der Basis eigener Selbstwertschätzung. Wenn Strupp und Binder (1991) darauf aufmerksam machen, dass ein Therapeut dann am erfolgreichsten arbeitet, wenn er ganz er selbst wird, dann stimmen sie auch in diesem Punkt mit Rogers (2001) überein, der die Kongruenz des Therapeuten, im Sinne einer Übereinstimmung mit sich selbst, beschrieben hat. Der therapeutische Grundsatz in der Kurzpsychotherapie von Strupp und Binder, die Haltungen des Therapeuten seien viel wichtiger als, das was man dem Klienten sagt, erinnert frappant an Rogers Beschreibung seines Therapieansatzes als „eine Seinsweise [*way of being*], die ihren Ausdruck in Einstellungen und Verhaltensweisen findet, die ein wachstumsförderndes Klima schaffen“ (1986, S.243). Rogers (1986) wollte seine Klientenzentrierte Psychotherapie immer als grundlegende Philosophie, die in der Therapie gelebt wird, nicht aber als verbale Technik oder Methode verstanden wissen.

Wenn Strupp und Binder das empathische Zuhören zum wahrscheinlich wichtigsten therapeutischen Element erheben, mit dem Hinweis, dass unterschiedliche therapeutische Schulen diesbezüglich unterschiedliche Auffassungen vertreten, sei auch an dieser Stelle auf Rogers (1991, Orig. 1987) verwiesen, der die Empathie schon allein für sich als therapeutisches wirksames Agens bezeichnet hat.

Eine Gegenüberstellung der Auffassungen bezüglich der therapeutischen Beziehung in der Personenzentrierten Psychotherapie und Kurzpsychotherapie zeigt, dass auch in der psychoanalytisch orientierten Kurzpsychotherapie der Therapeut gegenüber seinem Klienten eine empathische, wertschätzende und kongruente Haltung einnimmt mit dem Ziel beim Klienten konstruktive Veränderungen im Selbstbild anzuregen.

Obwohl Hans Strupp sich nach seiner psychoanalytischen Ausbildung intensiv mit der empirischen Psychotherapieforschung beschäftigte und seine Arbeit insbesondere auf Therapieprozess und -ergebnis „der psychodynamischen Psychotherapie, unter besonderer Berücksichtigung der Person des Therapeuten“ (Kächele, 2005, S. 466) fokussierte, ist in

diesem Vergleich bis auf die Erwähnung Rogers' hinsichtlich der Empathie - trotz Übereinstimmungen mit den von Rogers' postulierten Therapeuteneinstellungen, Forschungsvorgehen und Therapieziel - keine Bezugnahme auf Rogers ersichtlich.

4.3 Anerkennung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots in der Psychoanalyse

Die Vergleiche des psychoanalytischen Beziehungsangebots mit den Therapeuteneinstellungen in der Personenzentrierten Psychotherapie haben bislang auf keine, in der Literatur festgehaltene Integration der gesprächspsychotherapeutischen Therapeuteneinstellungen schließen lassen. Dennoch gibt es Psychoanalytiker, die Rogers' Therapiekonzept mittlerweile entsprechend würdigen.

Erste Ansätze einer expliziten Anerkennung der Personenzentrierten Psychotherapie innerhalb der Psychoanalyse finden sich beim Psychoanalytiker Robert Stolorow:

The analytic therapist . . . may fruitfully turn to Rogers' presentation of client-centered therapy for suggestions as to the therapeutic attitudes and techniques . . . Rogers' suggestions are especially helpful in regard to the initial phase of treatment, in which the establishment of a therapeutic alliance is paramount (Greenson, 1968). . . . Rogers' discussion of the critical importance of the communication of acceptance and empathy in client-centered therapy, and his suggestions as to how this communication may be achieved, are probably unsurpassed in the clinical literature. (1976, S. 28f.)

Stolorow (1976) empfiehlt dem Psychoanalytiker, sich bezüglich der Therapeuteneinstellungen und Therapietechniken Rogers' Vorschlägen in der Klientenzentrierten Psychotherapie zuzuwenden, die vor allem für die Anfangsphase der Behandlung als hilfreich erscheinen, in der es nach Greenson (1968) in erster Linie darum geht, eine therapeutische Allianz zu schaffen. Für Stolorow (1976) steht fest, dass Rogers' kritische Diskussion und die Betonung wie Akzeptanz und Empathie in der Klientenzentrierten Therapie kommuniziert werden sollen, bzw. seine Vorschläge, wie dies erreicht werden kann, in der klinischen Literatur wahrscheinlich unübertroffen sind.

Die Forschungsliteratur der letzten Jahre ist gekennzeichnet von Metaanalysen, in denen Rogers' Therapeuteneinstellungen einen hohen Stellenwert einnehmen. Bei der Diskussion, ob es sich um notwendige und hinreichende Bedingungen handelt, haben sich Forscher und Vertreter verschiedener Ansätze einigen können, dass es sich bei Rogers' Therapeutenhaltungen um förderliche Therapeutenmerkmale handelt, die, wie Rogers

bereits 1957 konstituiert hat, schulenübergreifend wirksam sind. Von Seiten der Psychoanalytiker wird gegenwärtig sogar darauf hingewiesen, dass auch im Zuge der „psychoanalytischen Ausbildung seit geraumer Zeit Kenntnisse in GT [Gesprächstherapie] nachgewiesen werden“ müssen (Meine, 1986, S. 3).

In der Fachzeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ (2004), in der die Therapeutische Beziehung umfassend dargestellt wird, antwortet der Psychoanalytiker Holm-Hadulla (2004) auf die Frage nach der Therapeutischen Beziehung aus der Sicht seiner vertretenen Schulrichtung: „Aus schulenübergreifender Sicht stellt die Trias von Rogers (1957) immer noch eine brauchbare Grundlage dar“ (S.325). Er verweist auf Rogers' Therapeutenhaltungen „Empathie“, „Unbedingte Wertschätzung“ und „Kongruenz“, möchte sie aber vielmehr als „Respektvolle Akzeptanz“, „Verständnisvolle Empathie“ und „Positive Wertschätzung“ (Holm-Hadulla, 2004, S. 325) modifiziert wissen. Inwiefern die von Holm-Hadulla (2004) modifizierten Begriffe sich von Rogers' Therapeuteneinstellungen unterscheiden, wird hier vom Autor nicht näher erörtert. Aus personenzentrierter Sicht sind jedenfalls keine offenkundigen, neuen Ergänzungen der Psychoanalyse, die nicht schon in Rogers' Therapiekonzept berücksichtigt worden wären, festzumachen.

Holm-Hadulla (2004) hält in Bezug auf die oben genannten Therapeutenhaltungen fest, dass diese Grundlage zur Charakterisierung der therapeutischen Beziehung letztlich nicht ausreichend ist, weil im Wesentlichen „*unbewusste Interaktionsprozesse*“ (S. 325), die selbst dem Therapeuten nicht immer bewusst sind, auf das Therapiegeschehen Einfluss nehmen. Aus diesem Grund empfiehlt Holm-Hadulla (2004) dem Therapeuten zwecks „Verständnis und zur Handhabung dieser Interaktionsprozesse“ (S. 325) auf das psychoanalytische Konzept der Übertragung-Gegenübertragung zurückzugreifen.

Eine auf Achtung und Verständnis basierende Beziehung zwischen Therapeut und Klient scheint heutzutage für alle psychotherapeutischen Schulen zum Therapiealltag zu gehören (Korunka, 2001). Die meisten Psychotherapieansätze bezeichnen Rogers' (1957) Therapeuteneinstellungen heute als selbstverständliche Voraussetzung für therapeutischen Erfolg. Dennoch kommt in der Psychoanalyse der Therapeutischen Beziehung nicht derselbe Stellenwert zu wie in der Personenzentrierten Psychotherapie. Rogers' Therapeuteneinstellungen erscheinen den Psychoanalytikern speziell für den Therapiebeginn bzw. für den Aufbau der therapeutischen Beziehung als nützlich, um die Weichen für das Übertragungsgeschehen und die Deutungsarbeit zu stellen (Greenson, 1968; Holm-Hadulla, 2004; Waterhouse & Strupp, 1984). Insofern kommt ihnen, wie

Schmid (2001b) formuliert hat, „so etwas wie eine propädeutische Funktion zu, eine Bedeutung als allgemeine Grundlage“ (S. 74). Der Personenzentrierte Ansatz hingegen versteht sich nicht als Vorbedingung oder Basis auf der diverse Techniken oder Methoden angewendet werden, „sondern die Beziehung ist Therapie“ (Schmid, 2001b, S. 74).

5 Empathie, Akzeptanz und Kongruenz in der Darstellung der Verhaltenstherapie

5.1 Zum Stellenwert der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie

Die Bedeutung der Therapeut-Klient-Beziehung für den Therapieerfolg wurde in den drei großen Therapieschulen Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie kontrovers diskutiert. Während in der Gesprächspsychotherapie der therapeutischen Beziehung seit jeher ein zentraler Stellenwert als therapeutisches Agens beigemessen wurde und die Psychoanalyse die therapeutische Beziehung als notwendige Voraussetzung für den Einsatz spezifischer Techniken ansah, ist in der Verhaltenstherapie ein wachsendes Interesse an dieser Thematik erst seit Mitte der 1970er Jahre zu erkennen. Die Gründe, weshalb die klassische Verhaltenstherapie der therapeutischen Beziehung und der Rolle des Therapeuten lange Zeit nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt hat, sollen im nachfolgenden Kapitel aufgezeigt und erörtert werden.

5.1.1 Die Vernachlässigung der therapeutischen Beziehung zugunsten der Therapietechniken

Die Entwicklungsgeschichte der Verhaltenstherapie lässt erkennen, „daß sich die Frage nach der Rolle des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie nicht global beantworten läßt, sondern daß sich bezüglich dieses Problemkreises im Laufe der letzten Jahre ebenfalls ein Wandel vollzogen hat“ (Seiderer-Hartig, 1980b, S. 84). In den Anfängen der Verhaltenstherapie wurde im Vergleich zu den Therapietechniken der Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine eher nebensächliche Rolle zugeschrieben. Seiderer-Hartig (1980b) verweist auf einige Verhaltenstherapeuten (Lazarus, 1958; 1960; Skinner, 1953; Wolpe, 1958), bei denen zwar Erwähnungen in Bezug auf die Therapeutische Beziehung zu finden sind, dennoch wurde diese Thematik

seitens der Verhaltenstherapie nie einer theoretischen oder empirischen Bearbeitung unterzogen. In der Verhaltenstherapie wurde lange Zeit die Auffassung vertreten, dass es extrem unwahrscheinlich sei, dass der Klient seine Verhaltensprobleme ausschließlich in der Beziehung zum Therapeuten lösen könne (Bandura, 1969). Die Verhaltenstherapeuten versuchten in den frühen Jahren auch als Abgrenzung zu anderen Psychotherapieverfahren in erster Linie nachzuweisen, dass positive Verhaltensänderungen seitens des Klienten nicht mit allgemeinen Beziehungsvariablen zusammenhängen, sondern vielmehr auf spezifische Therapietechniken zurückzuführen sind (Zimmer, 1983).

Nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) liegt die Konzentration der theoretisch orientierten Arbeiten bei den Verhaltenstherapeuten, häufig losgelöst vom jeweiligen Setting und von der Person des Therapeuten, bis Mitte der 1970er Jahre vornehmlich auf den Therapietechniken. Diese technikorientierte Position verfolgte in erster Linie das Ziel, „exakt beschreibbare, d.h. *lernbare* Prozeduren herauszuarbeiten, deren Wirksamkeit, unabhängig von der jeweiligen Therapeuten-Person nachweisbar sein sollte“ (Kanfer et al., 1996, S. 62). Bis dahin galt die Qualität der therapeutischen Beziehung als so genannte unspezifische Hintergrundvariable, weil seitens der Verhaltenstherapeuten darauf verzichtet wurde, „die für die therapeutische Beziehungsgestaltung relevanten Variablen zu präzisieren und theoretisch zu explizieren“ (Reinecker, 2005, S. 271).

Mögliche Motive, die in den Verhaltenstherapeuten ein Umdenken bezüglich der Relevanz der therapeutischen Beziehung und der Therapeutenrolle ausgelöst haben, sollen im nächsten Kapitel Gegenstand der Betrachtung werden.

5.1.2 Gründe für das ansteigende Interesse der Verhaltenstherapeuten an der therapeutischen Beziehung

Während andere Therapieschulen, insbesondere die Klientenzentrierte Psychotherapie, bereits anhand zahlreicher Forschungsbefunde belegen konnten, dass die therapeutische Beziehung einen wesentlichen Beitrag zum Therapieerfolg leistet und hinsichtlich der Untersuchungen zur Gesprächsführung (vgl. Carkhuff, 1969; Pope und Siegman, 1968; Rogers, 1957; Strupp, 1960) aufgezeigt werden konnte, dass sich besonders effektive Therapeuten von ihren weniger erfolgreichen Kollegen hinsichtlich bestimmter Kennzeichen in der Kommunikation unterscheiden, standen die Verhaltenstherapeuten vor dem Problem, dass sie zwar ein vielfältiges Repertoire an Interventionsmethoden zur Verfügung hatten, aber konkrete Instruktionen für die formale Gesprächsführung bislang fehlten (Seiderer-Hartig, 1980a; 1980b). Obwohl Verhaltenstherapeuten sonst strenge

Forderungen nach „Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Kontrolle in Theorie und Praxis“ (Seiderer-Hartig, 1980a, S. 54) stellen, gab es für Therapeuten keinerlei Hilfestellung, wie sie sich in schwierigen Therapiesituationen ihren Klienten gegenüber verhalten sollen bzw. eine für Therapieverlauf und –ergebnis optimale Therapeut-Klient-Beziehung gestalten und sicherstellen können.

Die Tatsache, dass der sprachliche Austausch zwischen Therapeut und Klient entscheidenden Einfluss auf das Interaktionsgeschehen ausübt, und eine effektive Gesprächsführung für den Ablauf und das Ergebnis der psychotherapeutischen Bemühungen von Bedeutung ist, wurde auch in der Verhaltenstherapie zunehmend erkannt. Da es aber an eigenständiger Forschung hinsichtlich der Interaktionsvariablen mangelte, begannen die Verhaltenstherapeuten in der Zwischenzeit, Anleihen bei anderen Psychotherapieansätzen, insbesondere bei der Gesprächspsychotherapie, zu machen.

Das folgende Kapitel soll zeigen, warum das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot für die Verhaltenstherapie angemessen erschien, die bisherigen Lücken der verhaltenstherapeutischen Gesprächssituation zu füllen.

5.2 Die Rolle des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots für die Gestaltung der verhaltenstherapeutischen Beziehung

Der Umstand, dass Rogers seine therapeutischen Bedingungen für Psychotherapie generell postuliert hatte und im Vergleich zu anderen Therapierichtungen die umfassendsten Forschungsergebnisse zu den Interaktionsvariablen vorlegen konnte, dürfte erklären, weshalb Verhaltenstherapeuten nach der so genannten Kognitiven Wende - jenem Zeitabschnitt Ende der 1960er Jahre, in dem Kognitionen in die Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie als verhaltenssteuernde Elemente Einzug fanden (Schuch, 2000) - mit der zunehmenden Hinwendung zu den Interaktionsvariablen ab Mitte der 1970er Jahre begannen, Therapieprinzipien aus der Klientenzentrierten Therapie zu übernehmen. Eine Auseinandersetzung mit der verhaltenstherapeutischen Literatur lässt erkennen, welche weiteren Motive für den Einsatz des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots gesprochen haben.

Zunächst brachte eine Therapievergleichsstudie (Sloane, Staples, Christol, Yorkston & Whipple, 1975) zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, gemessen an den Gesprächspsychotherapie-Skalen, das Ergebnis hervor, dass die Verhaltenstherapeuten einerseits einen hohen Anteil an Klientenzentrierten Äußerungen zeigten und andererseits

die klassischen Therapeutenvariablen nach Rogers in einem höheren Maße als die Psychoanalytiker realisierten.

Die Tatsache, dass auch die Verhaltenstherapeuten begannen, eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Klient als bedeutsam hervorzuheben, hängt womöglich auch damit zusammen, dass die Verhaltenstherapeuten den wiederholten Vorwürfen des inhumanen und mechanischen Vorgehens entgegenwirken wollten.

Weiters gab es Vorschläge innerhalb der Verhaltenstherapie, vielseitig, flexibel und technisch eklektizistisch vorzugehen, d.h. hilfreiche Verfahren zu übernehmen und anzuwenden, deren Wirksamkeit nachgewiesen werden konnten, unabhängig davon, in welcher Therapieschule sie ursprünglich entstanden sind (Lazarus, 1967).

Ein weiterer Grund der Verhaltenstherapeuten auf das Klientenzentrierte Beziehungsangebot zurückzugreifen hängt mit einer Gruppe von Gesprächspsychotherapeuten (Bommert, 1975; Helm, 1978; Martin, 1975; Tausch, 1973; Truax und Carkhuff, 1967) zusammen, die sich selbst darum bemühten von den Verhaltenstherapeuten anerkannt zu werden, indem sie „das gesprächspsychotherapeutische Geschehen zumindest teilweise mit Hilfe von lernpsychologischen Modellen zu beschreiben bzw. zu erklären“ (Schwab, 1980, S. 77) versuchten.

Die nachfolgenden Ausführungen verdeutlichen anhand einiger Beispiele, wo Verhaltenstherapeuten konkret der Ansicht sind, die Prinzipien der Gesprächstherapie mit dem Vorgehen der Verhaltenstherapie verbinden zu können.

5.2.1 Der Rückgriff der Verhaltenstherapeuten auf das Klientenzentrierte Beziehungsangebot

Die Bemühungen, das Klientenzentrierte Beziehungsangebot für die Verhaltenstherapie zu nutzen, erscheinen aus Gesprächspsychotherapeutischer Sicht fragwürdig, da sich nicht nur die Menschenbilder der Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie (vgl. Rogers & Skinner, 1956) und das therapeutische Vorgehen (Direktivität versus Non-Direktivität), sondern auch die Veränderungsziele (Verhaltensänderung versus Persönlichkeitsveränderung) der beiden Therapieansätze grundlegend voneinander unterscheiden. Die Problematik der Verbindung verhaltenstherapeutischer und gesprächspsychotherapeutischer Prinzipien war einigen Verhaltenstherapeuten durchaus bewusst, eben weil die den beiden Therapierichtungen zugrunde liegenden Modelle und Anforderungen an den Therapeuten sehr unterschiedlich sind. Die Kenntnis dieser

Differenzen trug aber nicht dazu bei, die Frage der Vereinbarkeit oder Unvereinbarkeit zwischen den beiden Therapieansätzen weiter zu verfolgen (Auckenthaler, 1981).

Die Verhaltenstherapeutin Petra Halder (1977) widmet in ihrem Werk „Verhaltenstherapie und Patientenerwartung“ ein Kapitel dem Gespräch in der Verhaltenstherapie. Darin betont sie, dass kein Therapieansatz „ohne ein Minimum an verbaler Kommunikation“ (Halder, 1977, S. 81) auskommt, weshalb sie auch bedauert, dass immer noch keine allgemeingültigen Leitlinien der verhaltenstherapeutischen Gesprächsführung vorliegen. Deshalb müsse für die Beschreibung der Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie nach Fiedler (1974) auf Klientenzentrierte Konzepte recurriert werden. Allerdings ist, laut Halder (1977), der Rückgriff der Verhaltenstherapeuten auf Gesprächspsychotherapeutische Prinzipien nur eingeschränkt möglich, weil der Verhaltenstherapeut immer wieder die nicht-direktive Haltung aufgeben müsse, um dem Klienten auch direkte Anweisungen und Ratschläge geben zu können. Das Einsetzen der Gesprächspsychotherapeutischen Therapieprinzipien sei nur in bestimmten Situationen sinnvoll, wenn z.B. unklare Therapieziele des Patienten konkreter gefasst werden sollen bzw. der Klient zur Therapie motiviert werden soll (Halder, 1977). Der Umgang mit Krisensituationen in der Therapie verläuft generell unstrukturiert und bleibt dem Verhaltenstherapeuten überlassen. Halder (1977) verweist auf den Gesprächspsychotherapeuten Reinhard Tausch (1973) und hält fest, dass der Verhaltenstherapeut auch hier auf gesprächspsychotherapeutische Prinzipien zurückgreift, „innerhalb derer auch Lernprozesse wirksam sind, wie verbale Bekräftigung, Dekonditionierung von Angst, Modelllernen u.a.“ (S. 91).

Da die Verhaltenstherapeuten den Interaktionsvariablen vermehrt Aufmerksamkeit schenken, wurde die Rolle des Therapeuten als sozialer Verstärker wichtig. Nach Seiderer-Hartig (1980b) spielen soziale, selektive Verstärkungen z.B. in Form von Zuwendung, Lob, Aufmerksamkeit, Interesse usw. in jeder Psychotherapie eine wesentliche Rolle. Seiderer-Hartig (1980b) hebt Rogers' drei Therapeutenmerkmale - positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz - als Basis „jeder erfolgreichen therapeutischen Kommunikation und Intervention“ (S.94) hervor. Sie vermerkt, dass von Seiten der Verhaltenstherapeuten (Kanfer und Phillips 1970; Mahoney 1974; Marks und Gelder 1966) darauf aufmerksam gemacht wurde, dass sich Rogers Therapeutenmerkmale

sehr gut mit den Verhaltenstherapeutischen Annahmen hinsichtlich der sozialen Verstärkung in Einklang bringen lassen.

Die Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung wird auch in Beate Wilkens Werk „Methoden der Kognitiven Umstrukturierung“ (1998) behandelt. In Bezug auf die Kognitiven Therapien hält die Verhaltenstherapeutin fest, dass trotz der teilweise recht konfrontativen Interventionen auch in diesen Verfahren eine vertrauensvolle, gute Beziehung zwischen Therapeut und Klient unerlässlich ist und diese die Grundlage therapeutischer Arbeit bildet. Wie diese vertrauensvolle Beziehung im Einzelfall aufzubauen ist, kann allerdings von Klient zu Klient verschieden sein. Wesentlich ist, dass der Therapeut „sensibel und flexibel auf das jeweilige ‚Beziehungsangebot‘ des Klienten“ (Wilken, 1998, S. 174) eingehen kann. In diesem Zusammenhang verweist Wilken (1998) auf Literatur zu den Kognitiven Therapien (Beck et al. 1981, S. 79f.; 1991; Walen et al. 1982, S.44f.; Meichenbaum 1991, S. 34f.), in denen Rogers’ Aussagen zu den Therapeutenhaltungen ihrer Ansicht nach ebenfalls betont werden.

5.2.1.1 Das frühe Verständnis der Verhaltenstherapeuten vom klientenzentrierten Beziehungsangebot

Eine Auseinandersetzung mit den ersten Vorschlägen, Prinzipien der Gesprächspsychotherapie für die Verhaltenstherapie zu nutzen, zeigt deutlich, dass die Bemühungen um die Integration der Klientenzentrierten Therapie in die Verhaltenstherapie häufig mit einem falschen Verständnis der Klientenzentrierten Therapie zusammenhing, was sich, laut Auckenthaler (1981) an „einer falschen Verwendung von Begriffen oder des ‚Übersehens‘ wesentlicher Unterscheidungsmerkmale“ (S.12), erkennen lässt. Im Folgenden sollen zwei der zuvor angeführten Beispiele aufzeigen, wo diese Missverständnisse anzutreffen sind.

Kehrt man zu den Ausführungen der Verhaltenstherapeutin Petra Halder (1977) zurück, dann wird deutlich, dass die Autorin in der Klientenzentrierten Therapie eine Technik zu erkennen meint, die neben andere Therapietechniken gesetzt und mit ihnen kombiniert werden kann und somit durchaus brauchbar für verhaltenstherapeutisches Vorgehen erscheint (Auckenthaler, 1981). Wenn also die Rede davon ist, dass der Therapeut zwischen einer klientenzentrierten, non-direktiven Haltung und einem direktiven, verhaltenstherapeutischen Vorgehen einfach wechseln kann, dann liegt die Annahme nahe,

dass die klientenzentrierten Haltungen als Techniken aufgefasst werden, die zusätzlich zu Verhaltenstherapietechniken eingesetzt werden können (Auckenthaler, 1981). Das klientenzentrierte Beziehungsangebot lässt sich aber nicht auf eine Technik reduzieren; darunter versteht man vielmehr „(d)ie notwendigen und hinreichenden Bedingungen konstruktiver Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie“ (Rogers, 1957b). Biermann-Ratjen (1979) zufolge besteht also der Anspruch, jede Form von Psychotherapie einzuschließen – somit kann die Klientenzentrierte Therapie auch nicht neben andere Psychotherapieansätze gestellt werden. Auckenthaler (1981) äußert in Bezug auf die Darstellung von Halder (1977) den Verdacht, dass sie unter Klientenzentrierten Therapieprinzipien ohnehin nur die so genannte Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) versteht, d.h. dass das Gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot auf jenen Aspekt reduziert wird, der in Bezug auf die Äußerlichkeiten des Verhaltens erfasst und gemessen werden kann. Klientenzentrierte Therapeuten verbalisieren aber nicht bloß, sondern bemühen sich kontinuierlich um Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz (Auckenthaler, 1981). Die einzige Funktion der VEE besteht in der Personenzentrierten Psychotherapie darin, dem Klienten die Therapeutenhaltungen zu vermitteln und dessen Selbstexploration zu fördern, um ihn dabei zu unterstützen, selbstempathisch, selbstwertschätzend und kongruent zu werden (Biermann-Ratjen et al., 1979).

Was die Rolle des sozialen Verstärkers in der Verhaltenstherapie betrifft, verweist Seiderer-Hartig (1980b) darauf, dass es auf Seiten der Verhaltenstherapeuten erst wenige Untersuchungen gibt, die sich ganz konkret mit den Verstärkungsvorgängen in Bezug auf das verhaltenstherapeutische Geschehen befassen. Die Tatsache, dass innerhalb der Verhaltenstherapie die gesprächspsychotherapeutischen Merkmale Wertschätzung, Empathie und Kongruenz als geeignet für selektive Verstärkung angesehen werden, deutet auf eine Auseinandersetzung mit den lerntheoretischen Erklärungsversuchen der Gesprächspsychotherapeuten hin (vgl. Martin 1975; Tausch, 1973). Nach Martin (1975) arbeitet „die Gesprächspsychotherapie nach den gleichen Prinzipien, . . . die auch der Verhaltenstherapie zugrunde liegen“ (S. 162). Schwab (1980) nennt in diesem Zusammenhang folgende Prinzipien:

die Gegenkonditionierung der Ängste des Klienten durch die emotionale Wärme des Therapeuten in einer Atmosphäre der Sicherheit und Entspannung; selektives

Verstärken, d.h. der Therapeut wendet sich selektiv vor allem gefühlsmäßigen Äußerungen des Klienten zu, oder er verstärkt durch ‚Mhm‘, ‚Ja‘ u.ä. positive oder gegenwartsbezogene Äußerungen des Klienten und läßt negative bzw. vergangenheitsbezogene Äußerungen unberücksichtigt (verbales Konditionieren). (S.77)

Schwab (1980) macht darauf aufmerksam, dass, im Falle eines bewussten Einsatzes der eigenen Verhaltensweisen (z.B. Nicken, Lächeln, Mhm, etc.) durch den Therapeuten zum Zwecke der Gegenkonditionierung oder selektiven Verstärkung verschiedener Verhaltensweisen des Klienten der Therapeut rational gesteuert und planmäßig vorgehen muss. In diesem Fall, erhebt sich nach Schwab (1980) die Frage, „ob und wie weit sich bei diesem Rollenverständnis die von *Rogers* als notwendig und hinreichend erachteten einstellungsmäßigen Bedingungen, vor allem die Echtheit verwirklichen lassen, ob der Therapeut dabei seine Aufgabe nicht etwas zu ‚technisch‘-nüchtern- auffaßt“ (S. 78).

Dass es sich hierbei keineswegs um das Therapieverständnis von *Rogers* handelt, ist offensichtlich. Hinsichtlich der Therapeutenrolle hat *Rogers* (2001) dezidiert diverse Verstärkungsmechanismen abgelehnt und folgendes festgehalten:

Als Therapeut ermutige ich meinen Klienten nicht zu ‚Selbstmitleid‘ oder ‚Vertrauen‘ und ich ‚verstärke‘ bei ihm auch nicht irgendwelche bestimmten Gefühle oder Verhaltensweisen. Ich ermutige und akzeptiere den freien Ausdruck aller Gefühle. Meine Haltung ist weder patriarchalisch noch gefühlvoll noch oberflächlich freundschaftlich oder liebenswürdig – ich schlüpfe nicht in eine Rolle. Meine Haltung ist entgegenkommend, positiv, warm, aber nicht besitzergreifend, nicht einschränkend und nicht wertend. Ich akzeptiere, das was *ist*. Wenn ich in dieser Weise erlebe – dieses Klima schaffe -, höre ich von meinen Klienten, daß sie in der Lage seien, über das zu sprechen, was ihnen wirklich Probleme bereitet. (S.154f.)

Rogers hat sich bereits in frühen Publikationen, insbesondere nach den Begegnungen mit dem Lerntheoretiker *Skinner*, die im Zeitraum von 1956 bis 1962 stattgefunden haben, von einer derartigen Beeinflussung eines anderen Menschen abgewendet, weil er sie als nicht kompatibel mit dem Klientenzentrierten Therapiekonzept ansah (Schwab, 1980).

5.2.1.2 Auseinandersetzung mit den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen in der Selbstmanagement-Therapie

Eine Auseinandersetzung mit dem Klientenzentrierten Beziehungsangebot findet auch im Selbstmanagementansatz von *Kanfer*, *Reinecker* und *Schmelzer* (1996) statt. Das Selbstmanagement-Therapiekonzept geht davon aus, dass der Klient im Laufe des Therapieprozesses effektive Methoden zur Selbstkontrolle und Selbststeuerung entwickeln

kann. Der wichtigste Grundgedanke der Selbstmanagement-Therapie besteht darin, den Klienten die Möglichkeit zu bieten, ihr Leben zukünftig eigenständig zu gestalten und vom Therapeuten bzw. der Therapie Unabhängigkeit zu erlangen (Kanfer et al., 1996). Im Selbstmanagementansatz wird die Therapeutenrolle folgendermaßen beschrieben:

Die Hauptaufgabe eines guten Therapeuten besteht darin, im Kontakt zu Klienten eine ausgewogene Balance zu finden – eine Balance zwischen (a) einer positiv-empathischen Haltung gegenüber dem Klienten samt aller Möglichkeiten und Begrenzungen seiner Person und seinem sozialen Kontext und (b) der Fähigkeit, auf systematische Weise Änderungen anzuregen, mit denen der Klient fähig wird, seine Lebenssituation in Richtung seiner Wünsche zu verbessern. (Kanfer et al., 1996, S. 5f.)

Damit der Klient seine Lebensumstände den eigenen Wünschen entsprechend positiv verändern kann, wird vom Selbstmanagement-Therapeuten in der therapeutischen Beziehung zu seinem Klienten ein ausgewogenes Verhältnis zwischen einer empathischen Haltung gegenüber dem Klienten und der Anwendung systematischer Techniken, die den Klienten zur Änderung motivieren sollen, vorausgesetzt. Das Selbstmanagementmodell versucht seit jeher jene Vorgehensweisen, die sich in der Forschung als effektiv erwiesen haben, in ihren Ansatz mit einzubeziehen. Kanfer et al. (1996) betonen die pragmatische Nutzung solcher Merkmale, die sich in anderen (z.B. humanistischen) Therapieschulen als gemeinsame Wirkfaktoren bewährt haben.

Wir sehen keinen Grund, auf nützliche Konzepte und Methoden zum Erreichen bestimmter Zwecke zu verzichten, nur weil sie ursprünglich in einem anderen therapeutischen Bezugssystem entstanden sind. Eine unserer generellen Botschaften lautet folglich: Jede Methode, die effektiv sein könnte, um bestimmte (für den Therapieerfolg notwendige) Ziele zu erreichen, ist OK – insbesondere, wenn ihre praktische Anwendung im Einzelfall auf Erfolg überprüft (evaluiert) wird. (Kanfer et al., 1996, S.20)

Die Selbstmanagement-Therapeuten nehmen hinsichtlich effektiver Methoden, die ursprünglich in einem anderen therapeutischen Kontext entstanden sind, eine eklektizistische Position ein, vorausgesetzt diese Methoden aus anderen Therapieschulen wurden empirisch auf Erfolg überprüft. Die Selbstmanagement-Therapeuten positionieren sich in Bezug auf die Gestaltung der Therapeutischen Beziehung in der Mitte zwischen jenen Positionen, die den Beziehungsfaktoren wesentliche Bedeutung beimessen (dazu

zählen Kanfer et al. das Therapiekonzept von Rogers), und jenen, die den Therapietechniken Vorzug geben. Rogers' (1957) Behauptung, die therapeutische Beziehung gelte als notwendige und hinreichende Bedingung für Therapieerfolg, wurde laut Kanfer et al. (1996) seitens der empirischen Forschung zwar heftig widersprochen, dennoch bleibe die Tatsache bestehen, „daß sich alle therapeutischen Schulen hinsichtlich ihrer Betonung von Beziehungsaspekten jeweils auf bestimmte Positionen der Dimension ‚Therapeut – Technik‘ einordnen lassen“ (S. 62).

Wenn der Selbstmanagement-Therapeut eine therapeutische Beziehung zu seinem Klienten eingeht, dann realisiert auch er bei der technologischen Umsetzung gewisse therapeutische Basisvariablen. Dazu zählen laut Kanfer et al. (1996): „persönliche Zuwendung, das Schaffen einer ruhigen und sanktionsfreien Gesprächsatmosphäre, emotionale Wärme, Echtheit und Kongruenz im verbalen, paraverbalen und nonverbalen Ausdruck etc.“ (S.157).

Ein Vergleich der Klientenzentrierten Psychotherapie und der Selbstmanagement-Therapie hinsichtlich der Menschenbildannahmen zeigt, dass sich Selbstmanagement-Therapeuten humanistischen Vorstellungen annähern, indem sie Selbstkontrolle und Selbststeuerung in ihrem Konzept zentrale Bedeutung beimessen.

Kanfer et al. (1996) sehen in der Selbstmanagement-Therapie eine Mischung aus jenen Positionen, die die Beziehungsfaktoren als grundlegend erachten, wie die Personenzentrierte Psychotherapie von Carl Rogers, und solchen, die die Anwendung von Therapietechniken propagieren. Obwohl sich die Autoren Kanfer et al. (1996) provokant in Bezug auf Rogers' Therapiekonzept äußern, in dem sie von Rogers' Beziehungsaspekten als „*notwendige* (nicht aber schon hinreichende!) Voraussetzungen für Therapieerfolg“ (S.62) sprechen, erscheinen Rogers' Komponenten der Therapeutischen Beziehung gleichzeitig evident, wenn es um die technologische Umsetzung therapeutischer Basisvariablen geht und um das therapeutische Bestreben, die Eigenaktivität und Eigenverantwortung des Klienten zu maximieren. Analog zu Rogers bemüht sich auch der Selbstmanagement-Therapeut darum, im therapeutischen Kontakt zu seinem Klienten eine empathische Haltung einzunehmen und dem Klienten emotionale Wärme und Kongruenz entgegenzubringen.

Allerdings reichen diese Variablen im Sinne von Verhaltensvariablen „als exakte Parameter einer Technik“ (Kriz, 2001, S. 177) allein für den Therapieerfolg nicht aus, sondern müssen durch andere kognitive Techniken ergänzt werden. Im Grunde sehen die

Selbstmanagement-Therapeuten in Rogers' Therapeutenbedingungen nichts anderes als Basisvariablen, die mit Verhaltenstechniken gleichgesetzt werden, und mit anderen, kognitiven Techniken kombiniert werden müssen, damit es zu einer Besserung der Lebenssituation des Klienten kommen kann. Rogers hingegen wollte seine Therapeutenbedingungen weniger als Verhaltensvariablen, sondern vielmehr als „Aspekte eines zwischenmenschlichen Beziehungsangebots für therapeutisch wirksame Veränderungen“ (Kriz, 2001, S. 177) verstanden wissen.

5.2.1.3 Auseinandersetzung mit den klientenzentrierten Therapeutenhaltungen in den Kognitiven Therapien

Im Folgenden sollen zwei Beispiele Kognitiver Therapien, die von Wilken (1998) angeführt wurden und die ihrer Ansicht nach die so genannten Basisvariablen von Rogers betonen, auf den Stellenwert der Therapiebeziehung und der Therapeutenrolle hin untersucht werden. Dabei handelt es sich um die Publikationen „Kognitive Therapie der Depression“ (Beck et al., 1992) und „Intervention bei Streß“ (Meichenbaum, 1991). Obwohl Wilken (1998) bei Beck et al. (1992) und Meichenbaum (1991) darauf aufmerksam macht, dass Rogers' Therapeuteneinstellungen in deren Publikationen betont werden, findet man bei Meichenbaum (1991, S. 34ff.) in seiner Darstellung der Therapeutischen Beziehung und im Literaturverzeichnis keinen Verweis auf Rogers. In der Auseinandersetzung mit der Therapeutischen Beziehung und ihrer Bedeutung für die Kognitive Therapie wird Rogers (1951) bei den Autoren Beck et al. (1992, S.82) lediglich einmal in Bezug auf die Empathie erwähnt. Dieser Sachverhalt macht neugierig, ob sich die beiden Autoren bei ihren Ausführungen tatsächlich auf Rogers' Beziehungsangebot stützen.

5.2.1.3.1 Kognitive Therapie der Depression nach Beck et al.

Bei Beck et al. (1992) wird die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung innerhalb der Kognitiven Therapie der Depression folgendermaßen erörtert: Dem kognitiven Therapeuten steht eine Anzahl besonderer Behandlungstechniken zur Verfügung, „die planvoll und logisch eingesetzt und auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden“ (S. 79). Nach Beck et al. (1992) beeinflusst der Einsatz dieser Techniken die Therapeut-Patient-Beziehung direkt, und vice versa. An erwünschten Therapeutenmerkmalen, welche die Anwendung verschiedener Techniken begünstigen und die Durchführung der

Kognitiven Therapie erleichtern, werden „Wärme“, „Empathie“ und „Aufrichtigkeit“ (Beck et al., 1992, S.79) genannt. Die hier angeführten Therapeutenmerkmale könnten in Form von unangebrachten, übertriebenen Äußerungen zwar Schaden anrichten, aber wenn man sie sorgfältig anwendet, nützen sie, um die Effektivität des Therapeuten zu steigern. Die Therapeutenmerkmale werden hier als notwendig, nicht aber als hinreichend betrachtet, um eine „optimale therapeutische Wirkung“ (Beck et al., 1992, S.80) zu erzielen. Werden die oben genannten Merkmale jedoch offen vom Therapeuten zum Ausdruck gebracht, kann ein therapeutisches Klima entstehen, in dem die kognitiven Veränderungstechniken am wirkungsvollsten eingesetzt werden können.

Laut Beck et al. (1992) vermittelt der Therapeut Wärme bzw. Annahme in der Art, wie er sich in der Beziehung zum Patienten gibt und ausdrückt und „durch den Klang seiner Stimme“ (S. 81). Allerdings warnen die Autoren Beck et al. ausdrücklich davor, dieses Merkmal kontinuierlich einzusetzen, weil es auch negative Reaktionen beim Patienten auslösen könne, z.B. wenn der Patient glaubt, dass er soviel Fürsorge gar nicht verdient. Es sollte sorgfältig abgewogen werden, ob die fürsorgliche Haltung des Therapeuten und das seinem Patienten entgegengebrachte Interesse im jeweiligen Moment auch angemessen erscheint: Der Therapeut ist daher laut Beck et al. (1992) „gut beraten, Wärme behutsam und vorsichtig zu zeigen“ (S. 80). Nach Ansicht der Autoren Beck et al. (1992) sollte immer bedacht werden, „daß die Reaktionen des Patienten eher dadurch bestimmt werden, wie er Wärme *wahrnimmt* als durch die tatsächlich vom Therapeuten gezeigte Wärme“ (S. 80). Der erfahrene Therapeut variiert je nach Therapiestand das Ausmaß seiner Fürsorglichkeit. Der Therapeut ist angehalten, ein gutes Mittelmaß zu finden, wenn er Wärme zeigt und sollte immer „sorgfältig auf Signale achten, die nahe legen, daß seine Haltung hemmend wirkt“ (Beck et al., 1992, S. 81).

Das Therapeutenmerkmal Empathie wird bei Beck et al. (1992) mit einem Verweis auf Rogers (1951) folgendermaßen erörtert:

Richtige Empathie bezieht sich darauf, wie gut sich der Therapeut in die Welt des Patienten hineinversetzen und das Leben in gleicher Weise wie der Patient sehen und erfahren kann. Der Therapeut wird bis zu einem gewissen Grad die Gefühle des Patienten tatsächlich erleben. In dem Maße, wie seine Einfühlung einigermaßen stimmig ist, wird der Therapeut verstehen können, wie der Patient bestimmte Ereignisse strukturiert und auf sie reagiert. Ferner kann der Therapeut signalisieren, daß er gewisse Nöte des Patienten teilen kann. Diese Signale helfen dem Patienten,

den Therapeuten als verständnisvoll zu erleben, und erleichtern es ihm, weitere Gefühle und Gedanken zu enthüllen. In dieser Hinsicht fördert die richtige Empathie die therapeutische Zusammenarbeit (S.81).

Der Vorteil der Empathie wird von Beck et al. (1992) darin gesehen, dass der Therapeut die unproduktiven Verhaltensweisen eines Patienten besser verstehen kann und sie weniger streng beurteilen wird. Allerdings wird auch hier vor zu viel Vertrauen in das Einfühlungsvermögen gewarnt, weil der Therapeut verleitet sein könnte, „die automatischen, negativen Selbst- und Fremddarstellungen des Patienten als zutreffend anzunehmen“ (Beck et al., 1992, S. 83). Der Therapeut soll darum bemüht sein, beim Patienten nach Informationen zu suchen, die er bislang noch nicht spontan geäußert hat, „sonst könnte er zu der Überzeugung kommen, daß die Ansichten des Patienten eine exakte Darstellung seiner realen Lebenssituation sind. Daher sollte er sein empathisches Verständnis dadurch ausbalancieren, daß er die Introspektionen des Patienten mit anderen Informationsquellen vergleicht und die Logik der Schlüsse und Folgerungen des Patienten überprüft“ (Beck et al. 1992, S. 83).

Wesentlich ist, dass der Therapeut, nicht aus den Augen verliert, zwischen Empathie und Sympathie zu unterscheiden. Beck et al. (1992) beschreiben Sympathie als ein „Gefühl des Mitleids und ein aktives Teilhaben am Schmerz des Patienten“ (S.83). Bei der Empathie hingegen, welche sowohl intellektuelle als auch emotionale Aspekte aufweist, handelt es sich laut Beck et al. (1992) um „das Verstehen der kognitiven Basis der Gefühle des Patienten“ (S. 83).

Als drittes Therapeutenmerkmal nennen Beck et al. (1992) die Aufrichtigkeit, die als wichtige Ingredienz aller Psychotherapieformen angesehen wird. „Ein aufrichtiger Therapeut ist sich selbst und dem Patienten gegenüber ehrlich“ (Beck et al., 1992, S. 83). Aufrichtigkeit wird hier mit „Direktheit“ gleichgesetzt, die jedoch „nicht plump“ oder gar „verletzend“ sein darf, weil der Patient sie als Kritik, Abweisung usw. missverstehen könnte (Beck et al., 1992, S. 83). Vielmehr sollte der Therapeut „Diplomatie mit Ehrlichkeit“ (Beck et al., 1992, S. 83f.) verbinden und die Fähigkeit besitzen seine Aufrichtigkeit dem Patienten mitzuteilen.

Eine Auseinandersetzung mit der Therapeutenrolle in der Kognitiven Therapie der Depression nach Beck et al. (1992) gibt zunächst Aufschluss darüber, weshalb Wilken (1998) die Auffassung vertritt, dass auch bei Beck et al. (1992) Rogers' (1957)

Therapeutenbedingungen Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz betont werden. Das Merkmal Empathie wird bei Beck et al. (1992) mit Rogers (1951) in Verbindung gebracht; bei den beiden anderen, von Rogers postulierten Therapeutenbedingungen Wertschätzung und Kongruenz verwenden Beck et al. (1992) andere Begriffe, nämlich Annahme bzw. Wärme und Aufrichtigkeit. Dennoch liegt die Annahme nahe, dass bei Beck et al. (1992) Rogers' Therapeutenvariablen gemeint sind, insbesondere da von ihnen, in Zusammenhang mit therapeutischem Erfolg, von notwendigen, nicht aber hinreichenden Bedingungen die Rede ist.

Bei Beck et al. (1992) werden die Therapeutenmerkmale Wärme, Empathie und Aufrichtigkeit als wünschenswert und notwendig für die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung erachtet, auf der dann die spezifischen kognitiven Techniken effektiv eingesetzt werden können. Die Therapeutische Beziehung wird hier als Grundlage benutzt, auf der dann die eigentliche Kognitive Verhaltenstherapie stattfinden kann. Im Gegensatz zu Rogers (1957) werden die Therapeutenbedingungen hier nicht als gefühlsmäßige Einstellungen aufgefasst, sondern als Verhaltensweisen, die insbesondere auf der verbalen Ebene Niederschlag finden. In diesem Zusammenhang sprechen die Autoren Beck et al. (1992) eine Warnung bezüglich des kontinuierlichen Einsetzens der oben genannten Therapeutenmerkmale aus, weil diese in Form von übertriebenen Äußerungen auch Schaden in der Therapie anrichten können. Annahme und Wärme kommen laut Beck et al. (1992) im Verhalten des Therapeuten zum Ausdruck und durch den Klang seiner Stimme.

In der Personenzentrierten Psychotherapie wurden Rogers' Therapeutenbedingungen aus Forschungsgründen in beobachtbare Verhaltensweisen übersetzt, um diese dann in Form von Skalen messen zu können (Garbsch, 2000). Deswegen wurde auch die bedingungslose positive Wertschätzung in „emotionale Wärme“ umbenannt, weil die Meinung vertreten wurde, diese beispielsweise an der Stimmlage des Therapeuten recht gut messen zu können (Schwartz, 1983). Wenn Beck et al. (1992) also von Annahme und Wärme sprechen, beziehen sie sich hier lediglich auf das äußere beobachtbare und messbare Therapeutenverhalten, das am Tonfall des Therapeuten festgemacht werden kann. Rogers' Therapeutenbedingung unbedingte positive Wertschätzung geht aber weit mehr über das auf Skalen messbare Therapeutenverhalten hinaus, was bereits im Kapitel über die Therapeuteneinstellungen (vgl. Kap. 2.2.3.2) deutlich gemacht wurde.

Während Rogers' Therapiekonzept nur besagt, dass der Therapeut seinem Klienten gegenüber Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz entgegenbringen soll und dieses Beziehungsangebot auch vom Klienten in einem Mindestausmaß wahrgenommen

werden muss, tritt bei Beck et al. (1992) die Störung des Klienten, die Depression, in den Vordergrund der Behandlung, auf die dann die Annahme und Wärme seitens des Therapeuten vorsichtig abgestimmt werden muss. Mit Rogers (1957) stimmen Beck et al. (1992) überein, dass für den erfolgreichen Verlauf einer Therapie weniger die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich des Erlebens seiner Wertschätzung bzw. Wärme von Bedeutung ist, als die tatsächliche Wahrnehmung des Klienten. Während bei Beck et al. (1992) die Wärme und die kognitiven Techniken seitens des Therapeuten strategisch auf die Störung des Klienten zugeschnitten werden, hat sich Rogers gegenüber Diagnosen und störungsspezifischem Wissen ablehnend geäußert (vgl. Kap. 2.4.4).

Beim Definitionsversuch des Therapeutenmerkmals Empathie stützen sich die Autoren Beck et al. (1992) eigenen Angaben zufolge, auf Rogers (1951) Ausführungen zur Empathie. Es erscheint interessant, dass nach Ansicht der Kognitiven Therapeuten Beck et al. (1992, S. 81) „richtige Empathie“ offensichtlich nur in Rogers (1951) Therapiekonzept erörtert wird. Der Grund, weshalb Beck et al. (1992) auf Rogers (1951) frühe Erläuterungen der Empathie zurückgreifen, kann darin gesehen werden, dass Rogers (1951) zu diesem Zeitpunkt noch stark auf die Klärung der Gefühle des Klienten konzentriert war. Die Therapeutenrolle wurde von Rogers (1951) unter anderem durch die Aufgabe beschrieben, die inneren Einstellungen des Klienten zu klären. Der Therapeut sollte, soweit es ihm möglich ist, das innere Bezugssystem des Klienten übernehmen und die Welt des Klienten so sehen, wie dieser es tut. Der Rückgriff der Kognitiven Therapeuten Beck et al. (1992) auf Rogers (1951) Empathiekonzept hat hier nicht zufällig, sondern bewusst stattgefunden, da es speziell in der Kognitiven Therapie darum geht, die negativen Gedanken, Einstellungen, Überzeugungen und Bewertungen des Klienten zu erfassen und zu klären, um die irrationalen Einstellungen des Klienten im Zuge der Verhaltenstherapie mit geeigneten Veränderungstechniken zu korrigieren.

Auch wenn sich Beck et al. (1992) in ihrer Beschreibung des Therapeutenmerkmals Empathie auf Rogers (1951) beziehen und ihre Ausführungen zur Empathie mit Rogers (1951) übereinzustimmen scheinen, ist das Verständnis von Empathie dennoch ein anderes. Bei Beck et al. (1992) wird die Empathie, wie auch die Annahme und Wärme im Sinne einer Verhaltenstechnik des Therapeuten verstanden, mit der die kognitiven Erlebnisinhalte des Klienten verbalisiert werden können. Der Vorteil dieser Technik wird bei Beck et al. (1992) darin gesehen, dass der Klient seinen Therapeuten aufgrund seiner verbalen Mitteilung als verständnisvoll erleben kann mit dem Ziel, dass sich der Klient öffnet und seinem Therapeuten weitere Gedanken und Gefühle offenbart. Das Therapeutenmerkmal

Empathie wird in der Kognitiven Therapie als Mittel zum Zweck verwendet um die negativen Gedanken, die das unproduktive Verhalten beim Klienten auslösen, besser verstehen zu können und ihn weniger streng zu beurteilen. Wenn allerdings in der Kognitiven Therapie das unproduktive Verhalten des Klienten vom Therapeuten beurteilt wird, dann liegt der Verdacht nahe, dass die Annahme und Wärme, die der Therapeut seinem Klienten entgegenbringt, hier nicht ganz so werturteilsfrei ist wie bei Rogers (1957) gefordert. In der Klientenzentrierten Psychotherapie hingegen schafft der Therapeut ein empathisches Klima, das nicht von einem urteilenden, sondern akzeptierenden Charakter gekennzeichnet ist, mit dem Ziel, dass der Klient eine Persönlichkeitsveränderung im Sinne einer größeren Übereinstimmung zwischen seinem Selbst und seinem Erleben erreicht, indem er sich selbst gegenüber mit mehr Wertschätzung begegnet, sich selbst genauer zuhört und sich seinem innersten Erleben mit mehr Empathie zuwendet (Rogers, 1980b). In der Kognitiven Therapie nach Beck et al. (1992) wiederum geht es nicht um die Persönlichkeitsveränderung des Klienten, sondern um die Verhaltensänderung, im Sinne des Umstrukturierens irrationaler Gedanken. Empathisches Verstehen wird in der Kognitiven Therapie zum Sammeln von Daten und Informationen des Klienten benutzt, welche Einsicht in die Introspektion und Schlussfolgerungen des Klienten liefern sollen, um die kognitiven Veränderungstechniken auf dessen verzerrte Kognitionen möglichst exakt abstimmen zu können. Bei der Empathie in der Kognitiven Verhaltenstherapie handelt es sich also um eine strategische Methode, welche, im Gegensatz zur Sympathie, ausschließlich auf das Verstehen der Kognitionen und Emotionen des Klienten ausgerichtet ist.

Wenn bei Beck et al. (1992) als drittes Therapeutenmerkmal „Aufrichtigkeit“ genannt wird, dann dürfte damit Rogers' (1957b) Therapeutenbedingung „Echtheit“ gemeint sein. Aufrichtigkeit wird in der Kognitiven Therapie eher in einem alltagsprachlichen Gebrauch verwendet und mit Ehrlichkeit und Direktheit gleichgesetzt. Der Rückgriff auf Rogers' (1957b) Therapeuteneinstellung Kongruenz wird allerdings erschwert, weil es sich dabei um die am schwierigsten von außen messbare Therapeutenvariable handelt. In Rogers' (2001) Kongruenzkonzept geht es darum, dass dem Therapeuten die Gefühle in seinem Erleben zugänglich sind, er mit sich selbst übereinstimmt und nichts vor sich selbst verleugnet.

Bei Beck et al. (1992) wird in Bezug auf das Therapeutenmerkmal Aufrichtigkeit festgehalten, dass der kognitive Therapeut sich selbst und seinem Klienten gegenüber ehrlich sein sollte. In der Kognitiven Therapie wird somit vom Therapeuten ebenfalls

kongruentes Erleben sich selbst und dem Klienten gegenüber erwartet. Der Schwerpunkt wird auch hier, wie bei den anderen Therapeutenmerkmalen Annahme und Empathie zuvor, auf die verbale Mitteilung des Therapeutenverhaltens gelegt. Allerdings darf die Direktheit des Therapeuten, im Sinne einer ehrlichen verbalen Mitteilung dessen, was er augenblicklich denkt, nicht hölzern oder verletzend sein, damit sich der Klient nicht kritisiert oder abgewiesen fühlt. Vielmehr wird der Therapeut in der Kognitiven Therapie dazu aufgefordert, dem Klienten gegenüber seine Ehrlichkeit diplomatisch zum Ausdruck zu bringen (Beck et al. 1992).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Depression Rogers' (1957) Therapeutenbedingungen tatsächlich, wie von Wilken (1998) behauptet, Niederschlag finden. Allerdings beschränken sich Beck et al. (1992) auf das empirisch gesicherte, von außen messbare Therapeutenverhalten, das dem Klienten verbal mitgeteilt werden soll. Das Therapeutenverhalten in der Kognitiven Therapie wird im Gegensatz zu Rogers (2001) ganz auf die Störung abgestimmt und strategisch verwendet, um zu einer Verhaltensänderung im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung der unproduktiven Gedanken und Gefühle des Klienten beizutragen.

5.2.1.3.2 Stressimpfungstraining nach Meichenbaum

Das zweite von Wilken (1998) angeführte Beispiel Kognitiver Therapien, das Stressimpfungstraining von Meichenbaum (1991), soll in einem nächsten Schritt auf eine mögliche Integration der Therapeutenbedingungen nach Rogers (1957) untersucht werden. Nach Meichenbaum (1991) werden in den meisten Stressmanagementprogrammen viele spezifische Interventionen angeboten, während „die wichtige Rolle der Klient-Trainer-Beziehung, die überhaupt erst den Rahmen abgibt, in dem Bewältigungsstrategien aufgebaut und stabilisiert werden können“ (S. 34), vernachlässigt wird.

Um die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung auch für das Stressimpfungstraining hervorzuheben, verweist Meichenbaum (1991) auf die Autoren Waterhouse und Strupp (1984), die die Patient-Therapeut-Beziehung aus psychodynamischer Perspektive erforscht haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen laut Meichenbaum (1991), dass die Fähigkeit des Therapeuten, eine stützende therapeutische Beziehung aufzubauen, eine zentrale Rolle bei der Verhaltensänderung spielt. Die Qualität der therapeutischen Beziehung, die am Beginn der Behandlung aufgebaut wird, gilt, so Meichenbaum (1991)

als „wichtige Prädiktorvariable für therapeutischen Erfolg“ (S. 34). Wenn sich die Klienten vom Therapeuten anerkannt, akzeptiert und verstanden fühlen, dann sind die Weichen dafür gestellt, dass die Behandlung erfolgreich verlaufen kann (Meichenbaum, 1991). In diesem Zusammenhang verweist Meichenbaum (1991) auf Rodin (1979), der die Bedeutung der Wertschätzung hervorhebt, weil sie auf Seiten des Klienten „den Wunsch nach Verhaltensänderung fördert“ (S. 35).

Meichenbaum (1991) zieht daraus für sein Stressimpfungstraining folgenden Schluss: „Wenn sich ein Klient verstanden und angenommen fühlt, stärkt dies sein Selbstvertrauen und fördert positive Erwartungen gegenüber dem Trainingsprogramm“ (S. 35).

Besonders für Patienten, die an posttraumatischen Stresssymptomen leiden, ist es laut Meichenbaum (1991) wichtig, „in den Trainingssitzungen ein entspanntes Klima aufzubauen, in dem der Trainer bzw. Therapeut sich die Zeit nimmt, in Ruhe die vom Klienten erzählten Stressepisoden anzuhören und sich empathisch auf ihn einzulassen“ (S. 35). Der Trainer versucht den Klienten zu verstehen, indem er Verständnisproben bei ihm einholt, z. B. in Form von Fragen, wie, „Ich habe das Gefühl, daß ... Sehen Sie dies genauso?“ (Meichenbaum, 1991, S. 36). Diese Verständnisproben helfen dem Therapeuten bei der Entwicklung eines empathischen, kooperativen Stils gegenüber dem Klienten, um seine Stressreaktionen besser verstehen zu können. „Der Trainer versucht, die Welt durch die Augen des Klienten zu sehen, um sich in die momentanen Sorgen und Ängste des Klienten einzufühlen“ (Meichenbaum, 1991, S. 36). Dabei fragt sich der Trainer, welche Ereignisse den Stress auslösen und überlegt, wie die Situation geändert werden kann. Dem Trainer steht zur Behandlung der Stressreaktionen ein breites, spezifisches Interventionsrepertoire zur Verfügung, das der individuellen Situation des Klienten angepasst wird, mit dem Ziel, dass der Klient in zukünftigen Stresssituationen „eine bessere Problemlösungskompetenz“ (Meichenbaum, 1991, S. 37) entwickeln kann. Obwohl das therapeutische Vorgehen im Stressimpfungstraining relativ strukturiert und handlungsorientiert ist, betont Meichenbaum (1991), dass der Trainer auch „ein sensibler, wertschätzender Kliniker“ (S. 37) sein muss.

Dieser Auszug aus dem Kapitel über die therapeutische Beziehung bei Meichenbaum (1991, S. 34ff.) zeigt deutlich, dass sich Wilken (1998) irrt, wenn sie darauf aufmerksam macht, dass Rogers' (1957) so genannte Basisvariablen der therapeutischen Beziehung auch bei Meichenbaum (1991) betont werden. Abgesehen davon, dass sich Meichenbaum (1991) nicht einmal selbst auf Rogers' Therapiekonzept bezieht, sondern sich auf die Ergebnisse der Untersuchungen von Waterhouse und Strupp (1984) und Rodin (1979)

beruft, wird hier einmal mehr deutlich, welches Verständnis von Klientenzentrierter Therapie, in diesem Fall bei Wilken (1998), vorliegt. Wenn bei Meichenbaum (1991, S.35) davon die Rede ist, „daß sich die Klienten vom Therapeuten angenommen und verstanden fühlen“, die „Wertschätzung . . . den Wunsch nach Verhaltensänderung fördert“, und sich der Therapeut empathisch auf den Klienten einlässt, dann liegt die Annahme nahe, dass Wilken (1998) hier Rogers' Therapeutenhaltungen „unbedingte positive Wertschätzung“ und „Empathie“ zu erkennen meint. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Kongruenz bzw. alternative Begriffe im Kapitel über die therapeutische Beziehung bei Meichenbaum (1991) keinen Niederschlag finden.

Die Bedeutung, die der Wertschätzung bzw. Anerkennung und Empathie bei Meichenbaum zukommt, ist eine andere als bei Rogers. Die Wertschätzung, auf die sich Meichenbaum (1991) bezieht, entspricht offensichtlich eher einem alltagsprachlichen Gebrauch und wird nicht näher definiert. Ihre Bedeutung wird nach Meichenbaum (1991, S.35) darin gesehen, dass sie zwecks Therapiemotivation eingesetzt werden kann, weil sie den „Wunsch nach Verhaltensänderung“ und „positive Erwartungen gegenüber dem Trainingsprogramm“ auf Seiten des Klienten fördert. Die Empathiedefinition bei Meichenbaum (1991), „die Welt durch die Augen des Klienten zu sehen, um sich in die momentanen Sorgen und Ängste des Klienten einzufühlen“ (S. 36), klingt dem Empathieverständnis von Rogers zunächst sehr ähnlich. Wenn Empathie aber dann strategisch verwendet wird, um die Fragen zu beantworten, welche Ereignisse den Stress auslösen und wie die Situation geändert werden kann, dann ist keine Verbindung mehr zu Rogers zu erkennen. Empathie und Wertschätzung haben hier einen anderen Stellenwert als bei Rogers. Während Rogers die Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz als die Bedingungen auf Seiten des Therapeuten ansieht, deren einziges Ziel darin besteht, konstruktive Persönlichkeitsveränderungen beim Klienten anzuregen, helfen Empathie und Anerkennung im Verständnis von Meichenbaum (1991) dem Therapeuten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung, auf der dann Stressinterventionen eingesetzt werden können, um zu einer Verhaltensänderung im Sinne einer „besseren Problemlösekompetenz“ (Meichenbaum, 1991, S.37) beizutragen.

Eine Definition der Personenzentrierten Psychotherapie, die in diesem Zusammenhang wohl am besten den Unterschied zwischen den Auffassungen von Rogers und Meichenbaum zum Ausdruck bringt, stammt von Schmid (2001b): „Personenzentrierte Psychotherapie ist, wie der Name sagt, nicht problemorientiert oder lösungsorientiert,

sondern personorientiert. Das heißt, dass der verbesserte Umgang mit oder die Lösung von Problemen dadurch erwartet wird, dass der Klient in seiner Person reift“ (S.87).

5.3 Gegenwärtige Darstellung der Personenzentrierten Therapeuteneinstellungen in der Verhaltenstherapie

Anna Auckenthaler (1981) ist eine gesprächspsychotherapeutische Autorin, die die Bemühungen der Verhaltenstherapeuten, ein gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen zu verbinden, aufmerksam verfolgt hat. In einem Artikel mit dem Titel „Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie?“ gehen die Gesprächspsychotherapeutinnen Anna Auckenthaler und Jeanette Bischkopf (2004) der Frage nach, ob in der Verhaltenstherapie die häufige Verwendung von Begriffen, „die der Sprache der Gesprächspsychotherapie entlehnt zu sein scheinen“ (S. 388), dahingehend interpretiert werden kann, dass Verhaltenstherapeuten inzwischen gesprächspsychotherapeutische Konzepte in die Verhaltenstherapie integriert oder sogar die Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie übernommen haben. Eine Auseinandersetzung mit dem verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Verständnis von Empathie und Akzeptanz sollte anhand einer Analyse von Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie und Verhaltenstherapie Aufschluss darüber geben, welche Rolle Empathie und Akzeptanz/Wertschätzung in der Darstellung der gegenwärtigen Verhaltenstherapie spielen und welche Bedeutungen innerhalb der Verhaltenstherapie diesen Eigenschaften zugeschrieben werden.

5.3.1 Empathie und Akzeptanz in den Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie

Der Diskussion um das Rollenverständnis von Empathie und Akzeptanz/Wertschätzung in der gegenwärtigen Darstellung der Verhaltenstherapeuten ging nach Auckenthaler und Bischkopf (2004) zunächst eine Analyse von Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie voraus. Das Ziel war, „neben Fundstellen zum verhaltenstherapeutischen Verständnis von Empathie und Wertschätzung auch Antworten auf die Frage, ob sich die empirischen Befunde zum Stellenwert von Empathie und Akzeptanz inzwischen auch auf *konzeptueller* Ebene niederschlagen“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 388), zu finden. Die Auswahl der Lehrbücher für Klinische Psychologie und Psychotherapie stützte sich

auf die in mehreren Umfragen am häufigsten genannte Literatur, die in Deutschland für die universitäre Lehre und Diplomprüfung in Klinischer Psychologie verwendet werden.

Als Grundlage ihrer Analyse dienten, nach Auckenthaler und Bischof (2004, S. 389) in alphabetischer Reihenfolge die neuesten Auflagen der Lehrbücher folgender Autoren: Bastine (1998, 1992), Baumann u. Perrez (1998), Comer (2001), Davison u. Neale (2002), Margraf (2000) und Reinecker (2003). Die Ausgangslage der Untersuchung bildeten in den Schlagwortverzeichnissen bzw. Glossaren der jeweiligen Werke die Stichworte „Empathie“, „Akzeptanz“ und „Wertschätzung, bedingungslose (positive/unbedingte)“. Des Weiteren wurde nach den Begriffen „Wirkfaktoren“, „Therapeut-Klient(bzw. Patient)-Beziehung“, „Beziehung, (psycho)therapeutische“, „Veränderungsprozess(e)“, „Veränderungstheorie(n)“ gesucht, in der Hoffnung, weitere Hinweise in Bezug auf Empathie und Wertschätzung/Akzeptanz zu finden (Auckenthaler & Bischof, 2004, S. 389). Entgegen der Erwartungen fand man, laut Auckenthaler und Bischof, ausführliche Darstellungen von Empathie und Akzeptanz/Wertschätzung nach wie vor nur in den Kapiteln über Gesprächspsychotherapie, bis auf die Lehrbücher von Bastine (1992) und Baumann und Perrez (1998), wo die Therapeuteinstellungen in Zusammenhang mit psychotherapeutischen Prozessen oder den allgemeinen Ablauf von Psychotherapie gebracht werden. Während sich nach Auckenthaler und Bischof (2004) Bastine (1992, S. 238ff.) auf die Originalliteratur von Rogers (1957, 1959) bezieht und Empathie, Wertschätzung und Kongruenz zwar als für die Therapie förderliche (nicht aber als notwendige und hinreichende) Bedingungen für konstruktive Veränderungen im Erleben und Verhalten der Klienten betrachtet, stellen Auckenthaler und Bischof (2004) in den Ausführungen von Perrez und Baumann (1998, S. 395f.) fest, dass ein Verwirklichen von Empathie und Wertschätzung in der Anfangsphase der Therapie, beim Aufbau der therapeutischen Beziehung, als wichtig erachtet wird.

Im Glossar bei Margraf (2000) ist nach Auckenthaler und Bischof (2004) überhaupt kein Verweis mehr auf Rogers ersichtlich. Bei Margraf (2000) wird Empathie im Sinne eines alltäglichen Sprachgebrauchs als „Erkennen und Verstehen der Gefühle anderer, Fähigkeit zur Einfühlung“ (S. 570) erörtert. Bastine (1992) hingegen hält sich, nach Auckenthaler und Bischof (2004) auch hier, als einzige Autorin, an die Empathiedefinition von Rogers (1975).

In allen anderen Publikationen, so Auckenthaler und Bischof (2004), „werden Empathie und Wertschätzung *durchgängig*, also auch dann, wenn sie im Rahmen der Abschnitte über die Gesprächspsychotherapie dargestellt werden, anders verstanden als bei Rogers“ (S.

389). In der gemeinsam von Auckenthaler und Bischkopf (2004) analysierten Literatur werden Empathie und Wertschätzung z.B. bei Reicherts (1998) weiterhin als „Basisvariablen“ (S. 431) bezeichnet oder bei Comer (2001) als „Eigenschaften“ (S.54) des Therapeuten.

Nach Auckenthaler und Bischkopf (2004) mit Verweis auf Reicherts (1998, S. 432) und Revenstorf (1998, S. 325) findet sich, selbst in aktuellen Auflagen dieser Lehrbücher, immer noch eine Gleichsetzung der Empathie mit dem so genannten Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte. Eine ähnliche Auffassung dürften laut Auckenthaler und Bischkopf (2004) wohl auch die Autoren Davison und Neale (2002) vertreten, wenn empathisches Verstehen seitens des Therapeuten dazu benutzt wird, um dem Patienten seine Emotionen und Kognitionen zu verdeutlichen.

Das Fazit, das Auckenthaler und Bischkopf (2004, S. 389) aus ihrer Analyse der Lehrbücher ziehen, ist der Eindruck, „auf Empathie zu setzen, sei für eine Therapie keinesfalls ausreichend“ (S. 389). Ihre Einschätzung stützen die Autorinnen auf das Beharren der einzelnen Autoren am Konzept der so genannten Basisvariablen:

In diesem Konzept liegt vermutlich auch der Schlüssel für das Verständnis dessen, dass (auch) Verhaltenstherapeuten keine Schwierigkeit haben, ‚Empathie‘ und ‚Wertschätzung‘ in ihre eigenen Vorstellungen von einer guten Therapeut-Klient-Beziehung zu integrieren: Sie verwenden zwar ähnliche, oder sogar dieselben Begriffe wie die Gesprächspsychotherapeuten, verbinden damit aber andere Bedeutungen. (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 389)

5.3.1.1 Zum Empathieverständnis der Verhaltenstherapie: Empathie als instrumentelle Fertigkeit

In einem nächsten Schritt wurde bei der Untersuchung Auckenthalers und Bischkopfs (2004) die Bedeutung von „Empathie“ und „Wertschätzung“ in der Verhaltenstherapie erhoben. Unter Einbezug der medizinischen und psychologischen Datenbanken „Medline“, „PsycLit“ und „Psyndex“ wurde mit Hilfe der Suchbegriffe „Behavior/Cognitive Therapy (BCT) & Empathy“, „BCT & Acceptance“/“Prizing Attitude/Positive Regard“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 389) recherchiert. Als Zeitspanne dienten die letzten fünf Jahre vor Publikation dieses Artikels, wobei auch ältere einschlägige Fachartikel, die in der recherchierten Literatur angeführt wurden, verwendet wurden, inklusive der Selbstmanagementtherapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996). „Ziel des zweiten Analyseschrittes war es, neben *Explikationen* bzw. *Definitionen* der

Begriffe nach Aussagen zur *Funktion* und zum *Stellenwert* von Empathie und Wertschätzung zu suchen“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 389). Aus diesem Grund wurde das bereits untersuchte Lehrbuch von Margraf (2000) erneut in den weiteren Analyseschritt miteinbezogen. Ein typisches Merkmal für das Verständnis der Verhaltenstherapie von Empathie meinen Auckenthaler und Bischkopf (2004) in der engen Verbindung mit „Bestätigung, Zustimmung und Gewährenlassen“ (S. 390) zu erkennen, was sich anhand der Tatsache, dass Empathie häufig gemeinsam mit einer nicht näher erläuterten Akzeptanz in Verbindung gebracht wird, unterstreichen lässt.

Auckenthaler und Bischkopf (2004) schließen daraus, dass „demnach ‚Akzeptanz‘ in einem alltagssprachlichen Sinn gemeint sein dürfte und daher, so wie in gängigen Wörterbüchern erörtert, mit ‚billigen‘, ‚bejahen‘, ‚gutheißen‘, ‚freie Hand lassen‘ und sogar mit ‚ja und amen sagen‘ assoziiert werden kann“ (S. 390). Eine derartige Auffassung von Empathie, die einer „Laissez-faire-Haltung“ (Auckenthaler und Bischkopf, 2004, S. 390) gleichkommt, würde erklären, weshalb z. B. die Autoren Kanfer et al. (1996) in ihrem Selbstmanagementansatz vor zu viel Empathie und der damit verbundenen Stagnation ausdrücklich warnen. Die Meinungen der Verhaltenstherapeuten in Bezug auf die Empathie divergieren, wenn es um die Verhaltensänderung geht. Während manche Autoren Empathie außerhalb der eigentlichen Verhaltenstherapie ansiedeln, sehen andere die Phasen, in denen der Therapeut empathisch ist, als Teil der Verhaltenstherapie (Auckenthaler & Bischkopf, 2004). Allen Autoren der von Auckenthaler und Bischkopf (2004) analysierten Literatur ist die Auffassung gemeinsam,

dass Empathie ein- und ausschaltbar ist . . . und dass sie vorwiegend Mittel zum Zweck ist. Sie dient dem Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung . . ., sie kann zur Steuerung der Aufnahmebereitschaft und Motivation des Klienten für therapeutische Interventionen eingesetzt werden . . ., ist also eine therapiebegleitende Maßnahme, die dem Therapeuten dabei hilft, die Therapie in Gang zu setzen bzw. in Gang zu halten. (S. 390)

Während in der Klientenzentrierten Psychotherapie auf eine Veränderung durch Verstehen gesetzt wird (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003), geht es bei der Verhaltenstherapie, so Auckenthaler und Bischkopf (2004), „offenkundig um Veränderung *oder* Verstehen“ (S. 390). Bei diesem Rollenverständnis von Empathie in der Verhaltenstherapie handelt es sich also um nichts anderes als eine therapeutische Strategie (Auckenthaler & Bischkopf, 2004).

5.3.1.2 Zum Empathieverständnis der Gesprächspsychotherapie: Empathie als kommunikativer Prozess

Das Empathieverständnis der Gesprächspsychotherapeuten hingegen basiert auf einem interaktionellen Geschehen mit einem kommunikativen Aspekt. Im Unterschied zur Verhaltenstherapie erteilt die Personenzentrierte Psychotherapie strategischen Haltungen und Handlungen eine klare Absage (Korbei, 2001). Nur wenn der Klient wenigstens ansatzweise wahrnimmt, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und bedingungslos wertschätzt, kann man annehmen, dass der Therapeut empathisch ist, und nur in diesem Fall kann Empathie als therapeutisches Agens wirksam werden. Das empathische Verstehen des Therapeuten trägt dazu bei, sich gemeinsam an das Erleben des Klienten heranzutasten. Im Therapieprozess „gilt der Klient als Experte seines Erlebens“, während der Therapeut dem „Klienten im Prozess der *Selbstveränderung*“ hilft, „sich selbst besser zu verstehen und anzunehmen“ (Auckenthaler, 2004, S. 390). Empathie bildet gemeinsam mit der unbedingten positiven Wertschätzung und Kongruenz das Agens der Veränderung. Die Tatsache, dass nicht nur der Empathiebegriff sondern auch die Veränderung in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Verhaltenstherapeuten anders verstanden wird, ist nach Auckenthaler und Bischkopf (2004) offensichtlich: Ziel der Personzentrierten Therapie „ist die Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst. Veränderungen im Verhalten, in der Beziehung zu anderen und die Reduktion von Symptomen gelten als *Folge* der veränderten Beziehung des Klienten zu sich selbst“ (S. 391).

5.3.2 Ergebnisse der Analyse

Auckenthaler und Bischkopf (2004) kommen nach ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Ausgangsfrage, „ob die Verhaltenstherapie mit der Aufwertung von Empathie und Akzeptanz möglicherweise gesprächspsychotherapeutische Konzepte und Wirkannahmen übernommen hat“ (S. 391), klar verneint werden muss. Ein Vergleich der Gesprächspsychotherapeutischen mit der Verhaltenstherapeutischen Literatur hat gezeigt, dass Empathie und Akzeptanz „in den beiden Ansätzen unterschiedliche Bedeutung, unterschiedliche Funktionen und einen anderen Stellenwert“ haben (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 391). Verhaltenstherapeuten verwenden Empathie eher in einem alltagssprachlichen Sinn und sehen in ihr die Möglichkeit einer „Art Auszeit von der ‚eigentlichen‘ Therapie“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 391). In diesem Fall werden dem Klienten Pausen gegönnt - die professionelle Haltung, die im Klienten

aufgrund der angestrebten Verhaltensänderungen auch Widerstände auslösen kann, wird vorübergehend zugunsten eines Wechsels in „zwischenmenschliche Fertigkeiten“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 391) aufgegeben.

In der Klientenzentrierten Psychotherapie hingegen ist das Empathieverständnis bewusst von einem alltagssprachlichen Gebrauch abgegrenzt worden. Die Konzentration des Therapeuten richtet sich auf die Empathie, die im Verständnis der Gesprächspsychotherapie als entscheidender Wirkfaktor gilt. Aufgabe des Therapeuten ist es, sich während des gesamten Therapieprozesses kontinuierlich um Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz zu bemühen (Auckenthaler & Bischkopf, 2004).

Das gesprächspsychotherapeutische Empathiekonzept kann also nicht gemeint sein, wenn Verhaltenstherapeuten sagen, dass sie zwischendurch auch gesprächspsychotherapeutisch vorgehen. Viel wahrscheinlicher ist, dass ‚gesprächspsychotherapeutisch‘ in diesem Fall für das verhaltenstherapeutische Verständnis von Empathie steht. (Auckenthaler & Bischkopf, 2004, S. 391)

Wenn Empathie aus verhaltenstherapeutischer Sicht an bestimmte Therapiephasen und an bestimmte Themen gebunden ist (was dem Verständnis der Gesprächspsychotherapie widerspricht), wenn also eine konzeptuelle Annäherung zur Gesprächstherapie derartig fragwürdig erscheint, wäre eine Stellungnahme der Verhaltenstherapeuten interessant, inwiefern sie es als gerechtfertigt ansehen, zu behaupten, im Therapiegesehen gesprächspsychotherapeutische Prinzipien zu berücksichtigen (Auckenthaler, 1981). Die Tatsache, dass in den gegenwärtigen, modernen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie nach wie vor veraltete Darstellungen der Klientenzentrierten Psychotherapie anzutreffen sind, wird jedenfalls kaum dazu beitragen derartige Missverständnisse zu beseitigen (Auckenthaler & Bischkopf, 2004).

Obwohl die zuvor analysierten Beispiele verhaltenstherapeutischer Literatur nicht mit der von Auckenthaler und Bischkopf (2004) durchgeführten Untersuchung in Verbindung stehen, sind die Ergebnisse dennoch dieselben: Die Verwendung der Begriffe aus der Gesprächspsychotherapie, bedeutet in keinsten Weise, dass die Verhaltenstherapeuten damit auch die Kernannahmen des Klientenzentrierten Ansatzes übernommen haben. Vielmehr konnte anhand der Analyse ausgewählter Beispiele verhaltenstherapeutischen Literatur inklusive der Untersuchungsergebnisse von Auckenthaler und Bischkopf (2004) verdeutlicht werden, dass Rogers' Begriffe dort zwar Niederschlag finden, aber zur Gänze anders verstanden werden, eine andere Aufgabe erfüllen und anders gewichtet werden.

6 Zusammenfassung und Schlussbilanz

Carl Rogers formulierte 1957 sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, die seiner Ansicht nach nicht nur für den Klientenzentrierten Therapieansatz allein, sondern einen Gültigkeitsanspruch für jede Form von Psychotherapie erheben. Damit hat er die Aufmerksamkeit in der Psychotherapie auf den Aspekt der Therapeutischen Beziehung gelenkt, der bis zu diesem Zeitpunkt keine wesentliche Beachtung als therapeutisches Agens beigemessen wurde. Von den sechs von Rogers formulierten Bedingungen wurden aufgrund zahlreicher empirisch-wissenschaftlicher Arbeiten besonders die drei Therapeutenbedingungen „Empathie“, „Unbedingte positive Wertschätzung“ und „Kongruenz“ populär. Die Schwerpunktsetzung auf das Therapeutenverhalten trug allerdings auch dazu bei, dass die beiden anderen auf Klientenseite postulierten Bedingungen - Kontakt und Wahrnehmung – vernachlässigt wurden, was dazu führte, dass Rogers' Therapiekonzept auf die so genannten Triasvariablen reduziert wurde.

Der hohe Stellenwert von Rogers' Therapeuteneinstellungen, insbesondere von Empathie und Wertschätzung, konnte in den letzten Jahren der Psychotherapieforschung ansatzübergreifend nachgewiesen werden. Wenn es um die Gestaltung einer erfolgreichen Therapeutischen Beziehung geht, wird fast immer auf Rogers verwiesen und mittlerweile wird sogar von einer Assimilation der gesprächspsychotherapeutischen Methoden durch andere Therapieansätze gesprochen. Den Klienten gegenüber empathisch, kongruent und wertschätzend zu sein, scheint heute – über 50 Jahre nach Rogers' Aufsehen erregender Publikation über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen, den Idealvorstellungen der meisten Psychotherapeuten zu entsprechen.

Von der positiven Resonanz auf Rogers' postuliertes Klima förderlicher psychologischer Haltungen war Ende der 1950er Jahre allerdings noch nichts zu erkennen. Besonders die Vertreter aus den beiden anderen „grossen“ Therapieschulen, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, begegneten Rogers' therapieschulenübergreifenden Postulat anfangs mit Geringschätzung und übten daran Kritik. Umso auffälliger erscheint es, dass auch in der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in Bezug auf die Therapeutische Beziehung beziehungsweise der Therapeutenrolle von „Empathie“, „Akzeptanz“ und „Kongruenz“ gesprochen wird.

Aufgrund dieses Sachverhalts ergibt sich folgende zentrale Fragestellung, die diese vergleichende Literaturanalyse initiiert und geleitet hat: Deutet die ähnliche Verwendung

von Begriffen, die der Klientenzentrierten Psychotherapie entnommen zu sein scheinen, auf eine Annäherung beziehungsweise auf Integrationsbemühungen der Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie hin?

Sowohl in der Literatur zur Psychoanalyse als auch zur Verhaltenstherapie und deren modernen Ablegern wird untersucht, ob es Beweise dafür gibt, dass Rogers' Therapeuteneinstellungen in die Methodik der Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie Eingang gefunden haben. Dabei wird ein wesentlicher Schwerpunkt auf die Klärung der Begriffe gesetzt, die in Bezug auf die Therapeutenrolle in den beiden Richtungen genannt werden, um zu zeigen ob diese auch im Sinne Carl Rogers' verwendet oder aber umgedeutet werden.

Den Ausgangspunkt der Literaturanalyse bilden Rogers' phänomenologische Beschreibungen seines Therapiekonzepts anhand einer umfassenden Darstellung seiner sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. Dabei werden zwei Aspekte besonders berücksichtigt: Die Gesamtdarstellung aller sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen – trotz des Themenschwerpunkts dieser Arbeit auf den drei Therapeuteneinstellungen – und das Heranziehen von Rogers' Originaldefinitionen, auf die sich die untersuchten Therapierichtungen – wenn überhaupt - beziehen. Rogers' persönlichkeits-theoretische Annahmen in Hinblick auf die Entwicklung des therapeutischen Prozesses, des Prozesskontinuums und des Konzepts der so genannten voll funktionierenden Persönlichkeit finden in diesem Themenkomplex ebenfalls Niederschlag. Weiters wird diskutiert, welche Mängel bzw. Unstimmigkeiten seitens der Personenzentrierten Therapeuten an Rogers' Therapiekonzept und seiner Erläuterungen zu den Therapeuteneinstellungen festgestellt wurden und inwiefern die Lücken in seinem Konzept aufgearbeitet werden konnten. Dabei wird auch kurz auf die Weiterentwicklung von Positionen innerhalb des Klientenzentrierten Therapieansatzes eingegangen – auch wenn die Konzepte dieser neueren Strömungen bei der Bearbeitung der oben genannten Fragestellungen keine Rolle spielen.

Rogers' Einfluss auf die empirische Psychotherapieforschung ist weitreichend. Er war der erste Therapeut der mit Hilfe von Tongeräten Therapiesprache in voller Länge aufzeichnete und damit zur Entmystifizierung und Objektivierung der Therapiesituation beitrug. Er hat bereits in den 1950er Jahren zentrale Forschungsaspekte vorweggenommen,

die bis heute Gültigkeit besitzen und therapieschulenübergreifend von Bedeutung sind. Daraus ergibt sich für diese Arbeit die Notwendigkeit, Rogers' Beitrag zur Psychotherapieforschung im Allgemeinen und die Forschungsarbeiten zu den Therapeutenhaltungen im Besonderen zu umreißen.

Die Psychoanalyse, als das älteste Psychotherapieverfahren, hat aufgrund ihrer dominanten Stellung alle nachfolgenden Therapierichtungen beeinflusst. Rogers kam im Zuge seiner Ausbildung mit den klassisch orthodoxen Methoden Freuds in Kontakt. Sein eigenes Konzept entwickelte er jedoch nicht in bewusster Abkehr zur Psychoanalyse, sondern aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen in der Therapiesituation mit seinen Klienten, bzw. seinem Interesse, seine therapietheoretischen Annahmen empirisch zu überprüfen. Eine wichtige Verbindung zur Psychoanalyse ist Otto Rank mit seinen Therapievorstellungen, sowie dessen Einfluss auf die Entwicklung neoanalytischer Konzepte, deren Beginn etwa zeitgleich mit Rogers' ausgearbeiteten Therapiekonzept angesetzt werden kann. Wer letztlich wen beeinflusst hat, ist aus der Literatur nicht herauszulesen, da es gegenseitig keine dokumentierten Bezugnahmen gegeben hat – dennoch liegt die Vermutung nahe, dass Rogers' umfangreiche, kreative Forschungsmethoden, die bereits Mitte der 1950er Jahre in der Fachwelt ausgezeichnet worden sind, mit Sicherheit in der Psychoanalytischen Community bekannt waren und womöglich einen Anstoß gegeben haben, empirische Forschung in der Psychoanalyse in Gang zu setzen.

Die Vertreter der klassisch orthodoxen Psychoanalyse waren der Auffassung, dass die von Rogers postulierten Bedingungen in Bezug auf die Therapeutenrolle ansatzweise bereits bei Freud anzutreffen sind. Die Psychoanalytiker vertraten die Ansicht, dass Rogers' Behandlungstechniken jedoch nur eine Vorbedingung für gelingende Psychotherapie darstellen. Rogers hingegen kritisierte an der Psychoanalyse in erster Linie die fehlende empirische Forschung und die mangelnde Transparenz in Bezug auf die Wirkungsweise und Ergebnisse psychoanalytischer Therapie. Für Rogers ist die Rolle des Therapeuten nicht die eines Experten, der die Empfindungen und Äusserungen des Patienten/Klienten deutet, sondern er teilt die Verantwortung für Therapieprozess und -erfolg mit dem Klienten. Diese Entwicklung, ein humanistisches Menschenbild in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses zu stellen, zeigt sich auch in den neueren psychoanalytischen Strömungen, die damit gleichzeitig auch eine Abkehr von einer pathologisch orientierten Sichtweise auf den Menschen vollziehen. Nicht nur in diesem Punkt ist zu erkennen, dass

Rogers' Therapiekonzept Einfluss auf psychoanalytische Ansätze genommen hat: Im Bereich der empirischen Forschung zeigen sich Ähnlichkeiten zu den Vorgangsweisen von Rogers, und auch die Begriffe, die nach Rogers die Rolle des Therapeuten beschreiben, lassen sich in einigen Konzepten auffinden. Die Darstellung der neopsychoanalytischen Strömungen Ichpsychologie, Objektbeziehungspsychologie und Selbstpsychologie zeigt, dass zwar nach wie vor auf die Ausführungen von Freud zurückgegriffen wird, in der konkreten Beschreibung der Therapeutenrolle werden jedoch Rogers' Bezeichnungen oder sehr ähnlich lautende Termini verwendet. An dieser Stelle gilt es zu differenzieren, wie und warum Rogers' Bedeutung für die Psychotherapeutische Forschung bzw. seine Begriffe in die Psychoanalyse integriert wurden. Erstens werden in den verschiedenen psychoanalytischen Richtungen unterschiedliche Akzentuierungen auf die drei Therapeuteneinstellungen gesetzt. Zweitens werden manchmal die gleichen Begriffe verwendet aber unterschiedlich verstanden. Drittens werden zunehmend ähnliche Begriffe verwendet, die eine große Nähe zu Rogers' Konzept erkennen lassen – es wird aber vermieden, direkt auf ihn Bezug zu nehmen. In diesen Fällen liegt die Vermutung nahe - und wird auch von einigen Autoren geäußert -, dass die Vertreter dieser Richtungen den direkten Verweis auf Rogers scheuen, um nicht aus der psychoanalytischen Community, die anderen psychotherapeutischen Strömungen nicht gerade offen gegenüber stand, ausgeschlossen zu werden. Die vergleichende Literaturanalyse ergab jedoch keine eindeutigen Beweise, inwieweit Rogers' Grundannahmen die Psychoanalyse direkt beeinflusst haben. Im etwas jüngeren Konzept der psychoanalytisch orientierten Kurzpsychotherapie ist der Rückgriff auf Rogers am deutlichsten sichtbar, weshalb auch dieser Ansatz ausführlich dargestellt wird. Hier ist auch die Tendenz zu erkennen, dass die weite Verbreitung der Gesprächspsychotherapie und ihr – nicht zuletzt auch wissenschaftlich belegter – Erfolg dazu führen, dass Teile von Rogers' Konzept zunehmend in andere Therapierichtungen integriert werden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auch von psychoanalytischer Seite Rogers' Beitrag zur Forschung und sein Stellenwert in der Klinischen Psychologie sowie der Bedeutung, die dem Therapeutenverhalten für das Gelingen von Psychotherapie beikommt, zunehmend Anerkennung gezollt wird. Heute wird die Trias von Rogers als wesentlich für den Aufbau einer Therapeut-Klient-Beziehung erachtet, Rogers wird namentlich in der psychoanalytischen Literatur angeführt und es geht sogar so weit, dass in der psychoanalytischen Ausbildung Kenntnisse über Gesprächspsychotherapie nachgewiesen werden müssen.

Aus den Anfängen der Verhaltenstherapie, der zweiten hier untersuchten Therapierichtung, geht hervor, dass der therapeutischen Beziehung im Gegensatz zur Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse zunächst nur eine untergeordnete Rolle zugeschrieben wurde. Die Verhaltenstherapeuten konzentrierten sich in erster Linie auf die Therapietechniken, weil sie die Ansicht vertraten, dass die Verhaltensprobleme seitens des Klienten nicht ausschließlich in der Therapeutischen Beziehung gelöst werden können. Aufgrund der Forschungsergebnisse anderer Therapieschulen, aus denen hervorging, dass die therapeutische Beziehung einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat und sich die verbale Kommunikation entscheidend auf das Interaktionsgeschehen auswirkt, wurde die Relevanz der Therapeutischen Beziehung und der Rolle des Therapeuten jedoch auch von den Verhaltenstherapeuten zunehmend erkannt. Da es aber an eigenständiger Forschung hinsichtlich der Beziehungsvariablen mangelte, begannen die Verhaltenstherapeuten in der Zwischenzeit ihre Forschungslücken bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bzw. verbalen Gesprächsführung zu füllen, indem sie technisch-eklektizistisch vorgehen und wirksame Verfahren aus anderen Therapieschulen, wie etwa der Klientenzentrierten Psychotherapie, übernahmen und anwendeten.

Es konnten mehrere Motive aufgezeigt werden, weshalb der Einsatz des klientenzentrierten Beziehungsangebots in die Verhaltenstherapie angemessen erschien. Ein wesentlicher Grund kann darin gesehen werden, dass Rogers seine Interaktionsbedingungen für Psychotherapie generell postuliert und im Vergleich zu anderen Therapierichtungen die umfangreichsten Studien zur Wirksamkeit der Therapeutischen Beziehung bzw. der Interaktionsvariablen vorgelegt hatte und dass seine Forschungsmethode, mit dem das Therapeutenverhalten einzeln operationalisiert und gemessen wurde, ganz dem naturwissenschaftlichen Verständnis der Verhaltenstherapeuten entsprach.

Anhand einiger ausgewählter Beispiele konnte verdeutlicht werden, wo konkret die Verhaltenstherapeuten der Meinung sind, ihre Methoden mit klientenzentrierten Prinzipien verbinden zu können. Dabei hat sich gezeigt, dass sie in Rogers' Therapeutenhaltungen letztlich nichts anderes als Verbaltechniken sehen, die zwar für die Gesprächsführung notwendig und förderlich, aber keineswegs ausreichend sind um eine optimale therapeutische Wirkung zu erzeugen, weshalb auch betont wird, dass sie mit verhaltenstherapeutischen Therapietechniken ergänzt werden müssen.

Unter dem klientenzentrierten Beziehungsangebot ist aber keine Therapietechnik zu verstehen, sondern die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, die ihrem Anspruch zufolge jede Form

von Psychotherapie einschliessen und somit nicht neben andere Therapieansätze gestellt werden können. Diese Fehlinterpretation von Rogers' Therapiekonzept führte dazu, dass seitens der Klientenzentrierten Therapeuten berechtigte Zweifel an den Integrationsbemühungen der Verhaltenstherapeuten erhoben wurden. Weiters konnte aufgezeigt werden, dass den beiden Therapierichtungen nach wie vor ein unterschiedliches Therapieziel, therapeutisches Vorgehen und Menschenbild zugrundeliegt und dass selbst den Verhaltenstherapeuten die Problematik der Verbindung verhaltenstherapeutischer und gesprächspsychotherapeutischer Therapieprinzipien bewusst war. Die Kenntnis dieser Differenzen trug seitens der Verhaltenstherapeuten aber nicht dazu bei, die Frage der Vereinbarkeit oder Unvereinbarkeit zwischen den beiden Therapieansätzen weiter zu verfolgen.

Allen analysierten, verhaltenstherapeutischen Therapieströmungen ist die Auffassung gemeinsam, dass Rogers' Beziehungsfaktoren zwar als notwendig für den Aufbau der Beziehung betrachtet werden, allein jedoch nicht ausreichen, um Therapieerfolg zu gewährleisten. Ihr einziger Nutzen wird darin gesehen, dass sie zur Schaffung eines therapeutischen Klimas beitragen, in dem die verhaltenstherapeutischen Techniken am effektivsten eingesetzt werden können. Sie werden speziell für den Therapiebeginn als förderlich erachtet und bilden die Grundlage, auf der dann die eigentliche Verhaltenstherapie stattfinden kann. Im Gegensatz zu Rogers, der strategischen Haltungen und Handlungen einer klare Absage erteilte, nimmt der Therapeut in der Verhaltenstherapie die Expertenrolle ein, indem er das Problem oder die Störung seines Patienten erkennt und darauf gezielt seine Techniken einsetzt, um zu einer Problemlösung bzw. Verhaltensänderung beizutragen.

Obwohl die Verhaltenstherapeuten bei der Gestaltung der verhaltenstherapeutischen Beziehung in fast allen angeführten Beispielen direkt oder indirekt auf Rogers' Therapeutenhaltungen verweisen und auch dieselben Begriffe wie er verwenden, werden sie dennoch anders verstanden: Erstens indem sie auf Therapietechniken reduziert werden und ausschließlich mit dem, am Therapeuten von außen messbaren Verbalverhalten gleichgesetzt werden. Zweitens indem sie je nach Therapiesituation und Störung ein- und ausgeschaltet werden. Drittens indem sie in einem alltagssprachlichen Sinn verwendet werden.

Rogers' Therapeutenhaltungen kommt in den untersuchten verhaltenstherapeutischen Ansätzen bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung somit nicht nur eine unterschiedliche Bedeutung und Funktion zu, indem sie als strategische Techniken

verwendet und an bestimmte Therapiephasen und Themen gebunden werden, sondern sie nehmen dort auch einen anderen Stellenwert ein.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dem Klientenzentrierten Therapiekonzept innerhalb der Verhaltenstherapie große Bedeutung beigemessen wird. Rogers' Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung, insbesondere seine Studien zur Wirksamkeit der Therapeutischen Beziehung bzw. zu den Interaktionsvariablen, waren für die Verhaltenstherapie von grossem Nutzen, weil damit ihre eigenen Forschungslücken gefüllt werden konnten. Allerdings werden Rogers' Triasvariablen in der Verhaltenstherapie, wie auch in der Psychoanalyse, nur als bedeutsam für den Therapiebeginn und dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung erachtet.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit, ob die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie Rogers' Therapeuteneinstellungen integriert hat, ist demnach grundsätzlich mit „Ja“ zu beantworten. Sowohl die Psychoanalyse als auch die Verhaltenstherapie wurde von Rogers' Therapiekonzept und seinen Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung beeinflusst. Allerdings bedeutet dies nicht, dass die von ihm postulierten insgesamt sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Gelingen von Psychotherapie auch in dieser Form integriert wurden. Vielmehr gilt nach wie vor in beiden Therapieansätzen, dass Rogers' Annahmen zur Therapeutenrolle bzw. seine als Techniken degradierten Therapeutenhaltungen Vorbedingungen darstellen, die dann mit psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Techniken ergänzt werden müssen. So gesehen werden weder die Psychoanalyse, noch die Verhaltenstherapie dem eigentlichen Konzept von Rogers gerecht.

7 Literaturverzeichnis

Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 41 (2), S. 285-303.

Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In: D. K. Freedheim (Hrsg.). History of Psychotherapy (S. 261-303). Washington: American Psychiatric Association.

Auckenthaler, A. (1981). „Integrations“-Verweigerung: Gegen den Einsatz von Klientenzentrierter Psychotherapie als Hilfsmethode der Verhaltenstherapie. In: GWG-info 42, S. 12-26.

Auckenthaler, A. (2001). Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 2/2001, S. 98-102.

Auckenthaler, A. & Helle, M. (2001). Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. In: P. Frenzel, W. W. Keil, Schmid, P. F. & N. Stölzl (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen (S. 393-411). Wien: Facultas.

Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? In: Psychotherapie im Dialog (PiD). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie (S. 388-392). 4/2004, 5. Jahrgang. Stuttgart: Thieme Verlag.

Bacal, H. A. (1994). Harry Guntrip. In: H. A. Bacal & K. M. Newman. Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie (S. 197-227). Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

Bacal, H. A. & Newman, K. M. (1994). Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Barrett-Lennard, G. (1959). *Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change*. Unveröffentlichte Dissertation. University of Chicago.

Barrett-Lennard, G. (1962). *Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change*. In: *Psychological Monographs*, 76 (43, Whole No. 562).

Bastine, R. (1992) (Hrsg.) *Klinische Psychologie*. Band 2. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie*. Band 1. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage)

Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.) (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Klassifikation, Diagnostik, Ätiologie, Intervention*. Bern. Hans Huber Verlag. (2. vollständig überarbeitete Auflage)

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. (3. Auflage)

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds.) (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons. (3rd ed.)

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons. (4th ed.)

Biermann-Ratjen, E-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. (9., überarbeitete und erweiterte Auflage).

Blanck, G. & Blanck, R. (1978). Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Verlagsgemeinschaft Ernst Klett.

Blaser, A. (1982). Wirkfaktoren der Psychotherapie. In: R. Bastine, P.A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie (S. 455-458). Weinheim; Deerfield Beach, Florida; Basel: Edition Psychologie.

Bohart, A. C. (1991). Empathy in client-centered therapy: A contrast with psychoanalysis and self-psychology. In: Journal of Humanistic Psychology 31, (1). S. 34-48.

Bohart, A. C, Elliot, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. S. (2002). Empathy. In: J. C. Norcross (Ed.). Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients (S. 89-108). New York: Oxford University Press.

Bommert, H. (1975). Der therapeutische Prozeß unter dem Gesichtspunkt des Lernens. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (Hrsg.). S. 79-85.

Bohnsack, R. (2005). Standards nicht-standardisierter Forschung in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Beiheft 4, 8. Jahrgang. S. 63-81.

Bozarth, J. D. (1983). Gegenwärtige Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie in den USA. In: GwG-info 51, S. 38-51.

Bozarth, J. D. & Wilkins, B. (2001). Rogers' therapeutic Conditions. Evolution, Theory and Practice. Volume 3. Unconditional Positive Regard. United Kingdom: PCCS Books.

Breuer, J. & Freud, S. (1895). Studien über Hysterie. Leipzig, Wien: Deuticke.

Bundschuh-Müller, K. (2004). "Es ist was es ist sagt die Liebe...". Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personzentrierten und Experientiellen Psychotherapie. In: T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch (S. 405-456). Tübingen: dgvt-Verlag.

Carkhuff, R. F. (1969). Helping and human relations. New York: Holt, Rinehard and Winston.

Comer, R. J. (2001). Klinische Psychologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag. (2. deutsche Auflage)

Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). Klinische Psychologie. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz, Psychologie Verlags Union. (6. vollständig. überarbeitete und aktualisierte Auflage)

Eckert, J. (2001). Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung. In: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 2/2001, S. 27-29.

Eckert, J. & Kriz, J. (2005). Humanistische Psychotherapieverfahren. In: W. Senf & M. Broda.. Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (S. 328-348). Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag.

Elliot, R. (1996). Are client-centered/experimental therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In: U. Esser, H. Papst, G. W. Speierer (Hrsg.). The power of the person centered approach. New challenges, perspectives, approaches (S. 125-137). Köln: GwG.

Emery, E. J. (1987). Empathy: Psychoanalytic and client-centered. In: American Psychologist 5, S. 513-515.

Evans, R. (1975). Carl Rogers: The man and his ideas. New York: E. P. Dutton.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. In: Journal of Consulting Psychology 16, S. 319-324.

Feifel, H. & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. In: *Journal of Consulting Psychology* 27, S. 310-318.

Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis.* Leipzig; Wien; Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Fiedler, P. A. (1974). *Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen.* In: D. Schulte. *Diagnostik in der Verhaltenstherapie.* München; Berlin; Wien: Urban & Schwarzenberg.

Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Thieme.

Franke, A. (1983). *Konzepte und Modelle der therapeutischen Schulen.* In: D. Zimmer. *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung* (S. 63-81). Tübingen: Edition Psychologie.

Garbsch, M. (2000). *Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierten Ansatzes.* In: *Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung.* 1/2000, S. 32-42.

Garfield, S. L. (1982). *Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz.* Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

Geller, S. & Greenberg, L. (2002). *Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter.* In: *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 1, (1&2) S. 71-86.

Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning.* New York: Free Press of Glencoe.

Giddens, A. (1976). *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies.* London: Hutchinson.

Giddens, A. (1984). *Interpretative Soziologie. Eine kritische Einführung*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Goldfried, M. R. (2007). What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? In: *Psychotheraerapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 44, No. 3 (S. 249-252). Washington: American Psychological Association.

Grawe, K. (1988). Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In: F. Pfäfflin, H. Appelt, M. Krausz & M. Mohr (Hrsg.). *Der Mensch in der Psychiatrie* (S. 243-258). Berlin: Springer.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle. Hogrefe Verlag.

Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 31 (S.185-199). Tübingen: dgvt-Verlag.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag. (2. korrigierte Auflage)

Greenberg, L., Elliot, R., Lietaer, G. (1994). Research on Expeiential Psychotherapies. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 509-539). New York: John Wiley & Sons. (4th edition)

Greenson, R. R. (1968). *The technique and practice of psychoanalysis*. Vol. 1. New York: International Universities Press.

Greenson, R. R. (1978). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primus-Verlag.

Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. London: Hogarth Press.

Gutberlet, M. (2003). Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft? Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution. In: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 1/2003, S. 15-23.

Habermas, J. (1981). Theorie des kommunikativen Handelns. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung (Bd. 1). Frankfurt/Main: Suhrkamp. (1. Auflage)

Halder, P. (1977). Verhaltenstherapie und Patientenerwartung. Bern; Stuttgart; Wien: Hans Huber Verlag.

Haugh, S. & Merry, T. (2001). Empathy in Context: The joining of the Streams. In: S. Haugh & T. Merry (Hrsg.). Rogers' Therapeutic Conditions. Evolution, Theory and Practice. (S. 240-249) Vol. 2: Empathy. United Kingdom: pccs-books.

Helm, J. (1978). Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausbildung. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.

Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.). Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie (S. 197-222). Heidelberg: Asanger.

Holm-Hadulla, R. M. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? In: Psychotherapie im Dialog (PiD). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie (S. 321-333). 4/2004. 5. Jahrgang. Stuttgart: Thieme.

Huf, A. (1992). Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: PVU.

Hutterer, R. (1992). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In: R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.). Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie (S.146-171). Wien: WUV-Verlag.

Hutterer, R. (1998). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien; New York: Springer.

Hutterer, R. (2000). Non-direktiv. In: G. Stumm & Pritz, A. (Hrsg.). Wörterbuch der Psychotherapie (S.466f.). Wien; New York: Springer.

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. Klärungen und Problematisierungen. In: Person. Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 1/2005, S. 21-41.

Jandl-Jager, E. (1998). Psychotherapieforschung und Psychotherapeutische Praxis. In: Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze. 1/98, S. 69-74.

Kächele, H. (2005). Strupp, Hans H.. In: G. Stumm, A. Pritz, P. Gumhalter, N. Nemeskeri, & M. Voracek, M. (Hrsg.). Personenlexikon der Psychotherapie (S. 466). Wien; New York: Springer.

Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. In: American Psychologist 40, S. 893-904.

Kahn, E. (1987). A reply to Emery's comments. In: American Psychologist 5, S. 515-516.

Kanfer F. H. & Phillips, J. S. (1970). Learning foundations of behavior therapy. New York: John Wiley.

Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag.

Keil, W. W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen (S. 119-146). Wien: Facultas.

Keil, W. W. & Stölzl, N. (2001). Beziehung, Methodik und Technik in der Klientenzentrierten Therapie. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.).

Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen (S. 226-271). Wien: Facultas.

Keil, W.W., & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien. New York: Springer.

Kierkegaard, S. (1924). Die Krankheit zum Tode. Jena: Eugen Diederichs.

Kirschenbaum, H. (1979). On becoming Carl Rogers. New York: Delacorte Press.

Köhler, L. (2000). Die von Heinz Kohut begründete Selbstpsychologie – umstrittenes Neuland der Psychoanalyse. In: P. Kutter (Hrsg.). Psychoanalytische Selbstpsychologie: Theorie, Methode, Anwendungen (S. 5-27). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

Köhler-Weisker, A. (1978). Freuds Behandlungstechnik und die Technik der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Band 32 (S. 827-847). Stuttgart: Klett-Cotta.

Köhler-Weisker, A. , Horn, K. & Schüle, J. A. (1993). Auf der Suche nach dem wahren Selbst. Eine Auseinandersetzung mit Carl Rogers. Frankfurt: Suhrkamp.

Kohut, H. (1975). Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Kohut, H. (1977). Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zur Pädagogik und Forschung zur Psychologie der Kunst. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kohut, H. & Wolf, E. S. (1980). Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: U. H. Peters (Hrsg.). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band X (S. 667-682). Zürich: Kindler.

Kohut, H. (1981). On Empathy. In P. Ornstein (Hrsg.) (1990). The Search for the Self. Bd. 4 (S. 525-535). New York: International Universities Press.

- Kohut, H. (1988). Die Heilung des Selbst. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 3. Auflage.
- Korbei, L. (1997). Der Personzentrierte Ansatz und die Psychoanalyse. In: C. Korunka (Hrsg.). Begegnungen. Psychotherapeutische Schulen im Gespräch: Dialoge der Person-Centered Association in Austria (PCA) (S. 38-58). Wien: Facultas.
- Korbei, L. (2001). Die Personzentrierte Psychotherapie im Verhältnis zu anderen Schulen. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen (S. 427-442). Wien: Facultas.
- Korunka, C. (2001). Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen (S. 33-53). Wien: Facultas.
- Kramer, R. (2002). „Ich wurde von Rank’schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personzentrierten Ansatzes. In: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 2/2002, S. 5-18.
- Kriz, J. (1989). Entwurf einer systemischen Theorie Klientenzentrierter Psychotherapie. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.). Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie (S. 168-196). Heidelberg: Asanger.
- Kriz, J. (2001). Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Kwiatkowski, E. (1980). Psychotherapie als subjektiver Prozess. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung. Weinheim: Beltz.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin A. E. (1986). The effectiveness of Psychotherapy. In: A. E. Bergin & S. L Garfield. (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behavior change (S.157-212). New York: John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic theories. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.). Handbook of psychotherapy integration. (S. 94-129). New York: Basic Books.

Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: a case study. In: South African Medical Journal 32, S. 660-664.

Lazarus, A. A. (1960). The elimination of children's phobias by deconditioning. In: H. J. Eysenck (Ed.). Behaviour therapy and the neuroses. London: Pergamon Press.

Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. Psychological Reports 21, S. 415-416.

Lietaer, G. (1990). The client-centered approach after the Wisconsin project. A personal view on its evolution. In: G. Lietaer, J. Rombauts. & R.van Balen (eds.). Client-centered and experiential therapy in the nineties (S. 19-45). Leuven: Leuven University Press.

Luborsky, L. & Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapy: is it true that „everybody has won and all must have prizes“? In: Archives of General Psychiatry 32, S. 995-1008.

Mahoney, M. J. (1974). Cognition and Behavior Modification. Cambridge: Ballinger.

Margraf, J. (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin: Springer-Verlag.

Marks, J. M. & Gelder, M. G. (1966). Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. In: British Journal of Medical Psychology (39), S. 11-23.

Märtens, M. & Petzold, H. (1995). Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. In: Integrative Therapie. 1/95, S. 7-44.

Martin, D. G. (1975). Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß. Salzburg: Otto Müller Verlag.

Mearns, D. (1994). *Developing Person-Centred Counselling*. London: Sage.

Mearns, D. (1997). *Person-Centred Counselling Training*. London: Sage.

Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß – Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings*. Bern; Stuttgart; Toronto: Hans Huber Verlag.

Meine, D. (1986). Möglichkeiten und Grenzen der Integration von Klientenzentrierter Psychotherapie (Rogers) und Analytischer Psychologie (C.G. Jung). In: *GwG-Info* 65, S. 3-9.

Mertens, W. (2005). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: W. Senf & M. Broda. *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 196-231). Stuttgart; New York: Thieme.

Miller, S. D, Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Norcross, J. C. (Hrsg.) (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner & Mazel.

Norcross, J. C. (1995). Psychotherapie-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose. In: *Integrative Therapie* 1/95, S. 45-62.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (S. 311-381). New York: JohnWiley & Sons.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield. (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 270-376). New York: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research : Rogers, Bordin, and the shape of things that came. In: *Journal of Clinical Psychology* 56 (7), S. 841-851.

Parth, W. (1994). Diskussion der Falldarstellung unter Berücksichtigung einer psychoanalytischen Auffassung des Problems von Übertragung und Gegenübertragung. In: *Psychotherapie Forum* 2, S. 87-91.

Pavel, F. G. (1978). Die klientenzentrierte Psychotherapie. Entwicklung – gegenwärtiger Stand – Fallbeispiele. München: Pfeiffer.

Pine, F. (1990). Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. In: *Forum der Psychoanalyse. Zeitschrift für klinische Theorie und Praxis*. Bd. 6 (S. 232-249). Berlin; Heidelberg: Springer Verlag..

Pope, B. & Siegman, A.W. (1968). Interviewer warmth in relation to interviewee verbal behavior. In: *Journal of consulting Clinical psychology* (32), S. 588-595.

Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Raskin, N. J. (2001). The History of Empathy in the Client-Centered Movement. In: S. Haugh & T. Merry (Hrsg.). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. Vol. 2: Empathy (S. 1-15). United Kingdom: pccs-books.

Reichert, M. (1998). Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Intervention. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Klassifikation, Diagnostik, Ätiologie, Intervention* (S. 430-447). Bern; Göttingen; Toronto. Huber.

Reinecker, H. (2003) (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe. (4. überarbeitete und erweiterte Auflage)

Reinecker, H (2005). Verhaltenstherapie. In: W. Senf. & M. Broda. Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (S. 260-305). Stuttgart; New York: Thieme Verlag.

Revenstorf, D. (1998). Richtungen und Ansätze der Psychotherapie. In: R. Bastine (Hrsg.). Klinische Psychologie. Band 2 (S. 309-360). Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. In: D. Freedheim (Hrsg.). History of psychotherapy: A century of Change (S. 197-224). Washington: American Psychological Association.

Rodin, J. (1979) (Speaker). Cognitive behavior therapy for obesity (Cassette Recording No. 4). New York: BMA Audio Cassettes.

Rogers, C. R. (1942). Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach. Chicago: University of Chicago Press.

Rogers, C. R. & Skinner, B. F. (1956). Some issues concerning the control of human behavior. A symposium. In: Science Vol.124, No. 3231, S. 1057-1066.

Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of consulting psychotherapy. Vol. 21 (2). S. 95-103.

Rogers, C. R. (1957b). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (1991). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 165-184). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag..

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.). Psychology. A study of science. Vol. III (S. 184-256). New York: McGraw Hill.

Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1973). Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler.

Rogers, C. R. (1980a). Klientenzentrierte Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (1991). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 185-237). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Rogers, C. R. (1980b). Empathie – Eine unterschätzte Seinsweise. In: C. R. Rogers & R. L. Rosenberg. Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit (S. 75-93). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C. R. (1982). Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. In: GwG info, 48, S. 18-35.

Rogers, C. R. (1986). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid (1991). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 238-256). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Rogers, C. R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.

Rogers, C. R. (1991). Rogers, Kohut und Erickson. Eine persönliche Betrachtung über einige Ähnlichkeiten und Unterschiede. In: J. Zeig (Hrsg.). Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte (S. 299-313). Tübingen: dgvt-Verlag.

Rogers, C. R. (1992). Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. In: P. Frenzel, Schmid, P. F., M. Winkler (Hrsg.). Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie (S. 21-29). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Rogers, C. R. (1997). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta. 6. Auflage.

Rogers, C. R. (2000). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (13. Auflage)

Rogers, C. R. (2001). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag. (16. Auflage; dt. Erstausgabe: 1977)

Rogers, C. R. (2003). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag. (16. Auflage)

Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag.

Sauer, J. (1993). *Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie*. In: *Psychotherapie Forum* 1. S. 67-80.

Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. Bd. 1.: *Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Schmid, P. F. (2001a). *Die Grundlagen und die Vielgestaltigkeit Person- bzw. Klientenzentrierter Psychotherapie*. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 11-14). Wien: Facultas.

Schmid, P. F. (2001b). *Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie*. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57-95). Wien: Facultas.

Schmid, P. F. & Keil, W. W. (2001). *Zur Geschichte und Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes*. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 15-32). Wien: Facultas.

Schuch, B. (2000). Kognitive Wende. In: G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.). Wörterbuch der Psychotherapie (S. 353). Wien; New York: Springer.

Schütz, A. (1971). Gesammelte Aufsätze. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Band 1. Den Haag: Nijhoff.

Schwab, R. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die Therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In: H. Petzold (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (S. 57-82). Paderborn: Junfermann.

Schwartz, H.-J. (1983). Psychotherapie versus Sozialarbeit. Ein Beitrag zur Diskussion um eine differentielle Psychotherapie. In: D. Tscheulin (Hrsg.). Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie (S. 89-103). Weinheim; Basel: Beltz.

Seiderer-Hartig, M. (1980a). Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Theorie – Praxis – Fallbeispiele. München: Pfeiffer.

Seiderer-Hartig, M. (1980b). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. In: H. Petzold (Hrsg.). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (S. 83-104). Paderborn: Junfermann.

Siegel, A. M. (2000). Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York: Macmillan.

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, K. (1975). Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge: Harvard University Press.

Standal, S. W. (1954). The Need for Positive Regard. A contribution to client-centered theory. Universität von Chicago: Unveröffentlichte Dissertation.

Stolorow, R.D. (1976). Psychoanalytic reflections on client-centered therapy in the light of modern conceptions of narcissism. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 13 (1) S. 26-29.

Streeck, U. (2005). Psychodynamische Therapieverfahren. In: W. Senf & M. Broda. *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S.238-242). Stuttgart; New York: Thieme.

Strupp, H. H. (1960). *Psychotherapists in action*. New York: Grune and Stratton.

Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strupp, H. H., Wallach, M. S. & Wogan, M. (1964). Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. In: *Psychology Monographs* 78 (11) Whole No. 588.

Stubbs, J. P. & Bozarth, J. D. (1994). The dodo bird revisited. A qualitative study of psychotherapy efficiency research. In: *Journal of Applied and Preventive Psychology* (special issue). 3(2), S. 109-120.

Stumm, G. (2001). Der Personzentrierte Ansatz und die Selbstpsychologie. In: *Person. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze*. 1/2001, S. 19-31.

Stumm, G. & Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In: W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.) *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1-64). Wien. New York: Springer.

Tausch, R., Zehelin, H., Fittkau, B. & Minsel, W. (1969). Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. In: *Zeitschrift für Psychologie*, 176 (S. 499-504). Göttingen: Hogrefe.

Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. (5. Auflage)

Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. (6. Auflage)

Thomä, H. (1983). Erleben und Einsicht im Stammbuch psychoanalytischer Techniken und der „Neubeginn“ als Synthese im Hier und Jetzt. In: S. O. Hoffmann (Hrsg.). Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Fischer.

Thorne, B. (1992). Carl Rogers. London: Sage.

Tobin, S. A. (1990). Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis. In: Journal of Humanistic Psychology 30 (1), S. 14-63.

Tobin, S. A. (1991). A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers' person-centered therapy. In: Journal of Humanistic Psychology 31(1), S. 9-33.

Truax, C. B. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. In: Psychiatric Institute Bulletin, 1 (12). University of Wisconsin.

Truax, C. B. (1962a). A tentative scale for the measurement of depth of therapist genuineness or self-congruence. In: University Psychiatric Institute. Wisconsin: Discussion Papers

Truax, C. B. (1962b). A tentative scale for the measurement of unconditional positive regard. In: University Psychiatric Institute. Wisconsin: Discussion Papers.

Truax, C. B & Carkhuff, R. R. (1964). Significant developments in psychotherapy research. In: L. E. Abt & B. F. Riess (Eds.). Progress in clinical psychology. Vol. 7. New York: Grune and Stratton.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1965a). Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter. In: Journal of Counseling Psychology 12, S. 3-9.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1965b). Experimental manipulation of therapeutic conditions. In Journal of Consulting Psychology 29, S. 119-124.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

Walen, S. R., DiGiuseppe, R. & Wessler, R. L. (1982). *RET-Training. Einführung in die Praxis der rational-emotiven Therapie*. München: Pfeiffer.

Warner, M. (2002). *Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie*. In: *Person. Internationale Zeitschrift für personenzentrierte und experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 1/2002. S. 45-58.

Waterhouse, G. & Strupp, H. (1984). *The patient-therapist relationship: Research from the psychodynamic perspective*. In: *Clinical Psychology Review* 4, S. 77-92.

Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Wood, J. K. (1988). *Menschliches Dasein als Miteinandersein. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen*. Köln: Edition humanistische Psychologie.

Zeig, J. K. (Hrsg.) (1987). *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. K. (Hrsg.) (1991). *Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Zierhofer, W. (2002). *Gesellschaft: Transformation eines Problems*. Oldenburg: BIS.

Zimmer, D. (Hrsg.) (1983). *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim; Deerfield Beach, Florida; Basel: Edition Psychologie.

Zinschitz, E. (2002). Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal. Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente. In: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung. 2/2002, S. 45-54.

Zottl, A. (1980). Erfahrung und Gegenwärtigkeit. Dialogische Folien über die Anthropologie von Carl Rogers. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

Kurzfassung

Die Güte der Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird heute, 51 Jahre nach Rogers' Aufsehen erregender Publikation über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, therapieschulenübergreifend als entscheidender Wirkfaktor für eine erfolgreiche Psychotherapie angesehen.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt gegenwärtig als bedeutsamer Prädiktor des Behandlungsergebnisses; sowohl die Person des Therapeuten, aber auch bestimmte Klientenvariablen haben entscheidenden Einfluss auf das Veränderungspotential. Die empirische Psychotherapieforschung kommt somit zu Ergebnissen, die wie mit Carl Rogers abgesprochen klingen. Es verwundert daher nicht, dass, wenn es um die Bestimmung der allgemeinen Charakteristika geht, die eine gute therapeutische Beziehung ausmachen, häufig auf die von Rogers formulierten Therapeuteneinstellungen „Empathie“, „unbedingte positive Wertschätzung“ und „Kongruenz“ zurückgegriffen wird.

Rogers' postuliertes Klima förderlicher psychologischer Haltungen hat jedoch nicht seit jeher positive Resonanz nach sich gezogen. Besonders die Psychoanalytiker, aber auch viele Verhaltenstherapeuten, standen Rogers' Therapiekonzept bzw. den Veränderungsbedingungen mit Skepsis gegenüber und reagierten darauf mit Kritik.

Umso interessanter erscheint es, dass auch in Publikationen der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in Zusammenhang mit der Therapeutischen Beziehung von Empathie, Wertschätzung/Akzeptanz und Echtheit die Rede ist.

Dieser Sachverhalt führt zu der Frage, ob die in der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie festgestellte Affinität in Bezug auf die von Rogers postulierten Therapeuteneinstellungen auf Integrationsbemühungen oder sogar auf Annäherungen der drei Therapieansätze hindeutet. Ausgehend vom Therapiekonzept der Klientenzentrierten Psychotherapie soll ein Vergleich mit der psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Literatur zeigen, welche Rolle der therapeutischen Beziehung, insbesondere der Rolle des Therapeuten, in den beiden Therapieschulen beigemessen wird. In jenen Fällen, in denen scheinbar die von Rogers geprägten Begriffe verwendet werden, wird zu prüfen sein, ob sie im Sinne der klientenzentrierten Theorie rezipiert werden oder ob eine Umdeutung stattgefunden hat.

Abstract

Even today, 51 years after Rogers' sensational publication on necessary and sufficient conditions of personality change, the climate of kindness ruling the relationship between therapist and client is recognized as decisive factor for a successful psychotherapy by all schools of thoughts.

At present the quality of the therapeutic relationship is considered as significant for the treatment's result; in particular the person of the therapist, but also certain client variables have an important influence on the potential of change. Empiric psychotherapy research comes to results, that seem to be arranged with Carl Rogers. It is therefore not surprising, that Rogers' therapeutic conditions – "empathy", "unconditional positive regard" and "congruence" – are often used, when it comes to determination of general characteristics fundamental of a good therapeutic relationship.

However, Rogers' postulated climate of beneficial psychological attitudes has not always met with approval. In particular, psychoanalysts, as well as behavior therapists were sceptical about Rogers' concept of therapy respectively about the conditions of change and criticized him.

It is therefore even more interesting that even publications in the field of psychoanalysis and behavior therapy talk about empathy, respect and congruence when discussing therapeutic relationship.

This fact leads to the question if the tendency to quote Rogers' attitude towards therapy observed in psychoanalysis and behavior therapy is a sign that an effort is made to combine both therapeutic point of views.

Taking Rogers' concept of therapy as a starting point the following thesis will examine literature of psychoanalysis and behavior therapy to show how much importance is attached to the role of therapeutic relationship, particularly of the therapist, by both schools of thoughts, and if there is a tendency to apply Rogers' concept of therapy.

In case Rogers' terminology is obviously used, the author has to examine whether it is used in the sense of Rogers' client-centered theory or not.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Astrid Reininger

Geburtsdatum: 17.05.1977

Geburtsort: Mistelbach

Staatsangehörigkeit: Österreich

Familienstand: verheiratet

Schulbildung

1983-1987: Volksschule in Großkrut / NÖ

1987-1995: Bundesgymnasium Laa/Thaya (neusprachlicher Zweig)

1995-1996: Medizinisch Technische Akademie für Laboratoriumsdienst (AKH Wien)

Studium

1996-2008: Diplomstudium Pädagogik / Sonder- und Heilpädagogik (Studienplan 1986)
Universität Wien

Praktikum

Februar 2000: Sonderschule für Körperbehinderte Kinder (Hans-Radl-Schule)
1180 Wien

Bisherige Tätigkeiten

2001-2005: Anstellung im Kulturbereich des Technischen Museum Wien

seit 2005: Assistentin der Impfambulanz am Institut für Reise- und Tropenmedizin