

## 1. EINLEITUNG

Beratung ist eine der wichtigsten Interventionsformen der psychosozialen Versorgung. Die Wurzeln der Beratung als Interventionsform Sozialer Arbeit liegen in der Psychologie. Genauer gesagt, in der klinischen Psychologie und Psychotherapie.

Auch die klientenzentrierte Beratung ist als Gesprächspsychotherapie eine klinisch-psychologische Behandlungsmethode. Als klassisches Psychotherapieverfahren der Humanistischen Psychologie, ist sie Anfang der vierziger Jahre von Carl R. Rogers aus dessen Arbeit in der Erziehungsberatung entstanden.

Heute ist die Gesprächspsychotherapie nach Rogers eines der am weitesten verbreiteten psychotherapeutischen Verfahren in Deutschland.

Im politischen Kontext der USA zur Zeit Roosevelts entstanden, war seine Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse lange Zeit umstritten. Das Ehepaar Tausch hat allerdings sehr erfolgreich zur Verbreitung im deutschsprachigen Raum beigetragen.

Doch nicht nur die Allgemeingültigkeit des Gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes ist umstritten. Welche Aspekte noch immer sehr kontrovers diskutiert werden und in wie weit noch Gemeinsamkeiten zu den psychoanalytischen Wurzeln bestehen, werden Inhalte dieser Arbeit sein.

## 2.1. HISTORIE

Während seiner Assistenzzeit als klinischer Psychologe gab es für Rogers nur ein Kriterium für seine Arbeitsmethode: War die Methode effektiv? Er machte die Erfahrung, daß es keine nachhaltige Wirkung von Zwang und Druck als psychologische Maßnahme gab, und die Klienten oft genau wußten, wo ihr Problem lag.

In Anlehnung an den Psychoanalytiker Otto Rank entwickelte sich Rogers immer weiter weg von der klassischen psychoanalytischen Lehrmeinung. Rank wandte sich in seiner Theorie „gegen die Vormundschaft der außerindividuellen Instanzen des ‚Es‘ und ‚Überich‘“<sup>1</sup>, ohne sich jedoch von Freuds Instanzenmodell zu trennen. Diese Möglichkeit der bewußten Entscheidung des Menschen aus sich selbst heraus wurde zum wesentlichen Bestandteil von Rogers Menschenbild und damit seines Therapieansatzes.

Während Freud sich noch auf die Vergangenheit des Klienten konzentriert, stehen bei Rank und später bei Rogers, die gegenwärtigen Probleme und die aktuelle Situation des Klienten im Fokus. Für Rank sind das derzeitige Erleben des Klienten und dessen Gefühle bereits von großer Bedeutung. Rogers entwickelt dieses Aufkommenlassen bisher unterdrückter Gefühle dann zu einem charakteristischen Merkmal der Gesprächspsychotherapie. Bisher verleugnete Seiten der Persönlichkeit sollen erkannt und angenommen werden. Die Kriterien, die Rank für psychische Gesundheit aufstellt, stimmen ebenfalls weitgehend damit überein, was Rogers später als „fully functioning person“ bezeichnet.

Bis heute läßt sich die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in drei wesentliche Entwicklungsphasen einteilen: Die erste Phase von 1942- 1963 gilt die „Ausformulierung des Konzepts und die Etablierung der Gesprächspsychotherapie als Therapiemethoden“.

Die zweite Phase von 1963-69 wird als „Differenzierung wesentlicher Grundgedanken des Konzepts der Gesprächspsychotherapie“ gekennzeichnet und die dritte Phase ab 1969 wird als „Theoretische Begründung des Konzepts der Gesprächspsychotherapie im Sinne allgemeiner Psychotherapie“ beschrieben.<sup>2</sup>

## 2.2. Kulturelle Verankerung

Rogers war ein Patriot, der fest an die Institutionen, Traditionen und Wertvorstellungen der Vereinigten Staaten glaubte. Er war geprägt von den Wertvorstellungen zeitgenössischer Literatur (Steinbeck, Hemmingway u.a. ) und der allgemeinen politischen Situation. In den Auffassungen des damaligen Präsidenten Roosevelt finden sich zahlreiche Parallelen zu Rogers Menschenbild. Die Politik des New Deal sah eine Verbesserung des Sozialen Netzes in vielfacher Hinsicht vor. Die Politik Roosevelts basierte darauf, daß sich die positiven Fähigkeiten des Individuums unter entsprechenden Bedingungen zeigen würden. Das Klima unter der Regierung Roosevelts trug mit dazu bei, daß sich die Gesprächspsychotherapie so entwickeln konnte. Und so stellt sich die Frage, wie kulturspezifisch, d.h. speziell amerikanisch , Rogers Konzept ist. Letztendlich sind die Ergebnisse der Forschung im Bereich klientenzentrierter Therapie soweit „Allgemeingut psychologischen Wissens zur Gestaltung sozialer Beziehungen geworden, daß eine Ortsbestimmung kaum noch Möglich ist.“<sup>3</sup>

Rogers selbst, zeigt die kulturunabhängigen Gesetzmäßigkeiten seiner Theorie auf, indem er klarmacht, das die Gesprächspsychotherapie im wesentlichen Beobachtungen des menschlichen Verhaltens innerhalb einer Beziehung fokussiert, die bis zu einem gewissen Grad die Grenzen und Einflüsse einer gegebenen Kultur überschreiten.

Minsel allerdings stellt später den Anspruch, Rogers Konzept durch Anpassung an spezifische sozial-historische , aber auch personelle, situative und institutionelle Faktoren immer wieder zu modifizieren.

## 3.1. GRUNDORIENTIERUNG ROGERS

Rogers vermutet in jedem Menschen etwas grundsätzlich positives und konstruktives. Er geht davon aus, daß es in jedem Menschen eine Tendenz in Richtung auf psychisches Wachstum, Reife und Selbstverwirklichung gibt. Diese Selbstverwirklichungstendenz betrachtet er als grundlegende Antriebskraft des Menschen und somit als Basis für seinen Therapieansatz. Menschen während damit von außen nicht steuerbar und alleine durch sich selbst zu jeglicher Problemlösung fähig. Die Ursachen für Probleme liegen daher für Rogers in einer ungünstigen

menschlichen Umgebung. Je mehr ein Individuum also akzeptiert und verstanden wird, desto mehr tritt die „verschüttete“ Selbstaktualisierungstendenz wieder zum Vorschein.

Die Hauptaufgabe des Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie besteht also darin, die Beziehung zum Klienten so zu gestalten, daß dieser sich wertgeschätzt und verstanden fühlt. Eine so gestaltete Beziehung zwischen Therapeut und Klient legt die Selbstheilungskräfte des Klienten frei und erlaubt es ihm sich schließlich selbst so zu sehen und zu behandeln wie es der Therapeut tut, nämlich als wertvollen Menschen. Rogers sieht in seiner Gesprächspsychotherapie vor, eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung durch therapeutische Gespräche zu erreichen. Dabei geht er davon aus, daß sich das Selbstkonzept einer Person ständig in Abhängigkeit von Selbsterfahrungen verändert. Nicht die objektiv meßbaren Umweltgegebenheiten bestimmen ein Verhalten, sondern subjektive Wahrnehmungen. Es gibt also keine verbindliche Realität für alle.

### 3.2. URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN UND DIAGNOSTIK

In der Gesprächspsychotherapie wird eine psychische Störung als Problem der Wahrnehmung und der Verarbeitung von Erfahrungen angesehen. Rogers unterscheidet in seiner Behandlungsmethode nicht nach Krankheits- oder Problembildern, sondern geht davon aus, daß bei allen Formen psychischer Probleme prinzipiell ähnliche Prozesse ablaufen. Also wird eine Diskrepanz zwischen Selbststruktur und Erfahrung als Ursache der Probleme gesehen. So kann keine klare Grenze zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit gezogen werden. „Das Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbst und tatsächlicher Erfahrung gilt als Indikator für die psychische Fehlanpassung.“<sup>4</sup>

Psychische Störungen werden in der Gesprächspsychotherapie als Ausdruck lange verleugneter, aber bedeutsamer Impulse gesehen, die in der aktuellen Situation unkontrollierbar wurden. Meiner Meinung nach ist die klientenzentrierte Theorie in diesem Punkt viel zu allgemein. Auch halte ich es für unerläßlich, Unterschiede in der therapeutischen Intervention, je nach Störung b.z.w. Problem zu machen.

Rogers erachtet allerdings bereits jede Diagnostik über die Art der Störung als schädlich.

Diagnostische Instrumente können seiner Meinung nach nie das leisten, wozu der Klient selbst in der Lage ist.

Außerdem fürchtet er Passivität und Abhängigkeit auf Seiten des Klienten, der durch eine Diagnose die Verantwortung zur Veränderung seiner Situation beim Therapeuten sehen würde. Persönlich kann ich mich in puncto Diagnostik Rogers ebensowenig anschließen wie Bommert, der Diagnostik beispielsweise auch hinsichtlich der Frage nach Therapieindikation, Therapieplanung und Erfolgsmessung für unverzichtbar hält.

Außerdem stimme ich Bommert zu, daß es keine Therapieform gibt, die so effektiv ist, daß sie alle psychischen Störungen und Probleme bei unterschiedlichsten Klienten erfolgreich behandeln kann. Auch die Gesprächspsychotherapie kann das meiner Meinung nach nicht leisten.

### 3.3 ZIELE DER GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

Die Ziele der Gesprächspsychotherapie beziehen sich nicht auf die Ebene konkreten beobachtbaren Verhaltens. Nach Rogers soll sich jeder Klient so Verhalten wie es seiner momentanen Realität entspricht. Das Hauptziel der Gesprächspsychotherapie besteht also darin, die verschütteten Selbstaktualisierungstendenzen des Klienten wieder freizulegen. Es soll kein bestimmter Endzustand erreicht werden, sondern ein Prozeß der Persönlichkeitsweiterentwicklung und Selbstfindung.

Rogers nennt allerdings Richtungen, die für erstrebenswert gelten:<sup>5</sup>

- Weg von den Fassaden,
- Weg vom ‚Eigentlich sollte ich‘
- Weg davon, anderen zu gefallen
- Entwicklung zur Selbstbestimmung
- Entwicklung zur Erfahrungsoffenheit
- Entwicklung zum Akzeptieren der anderen
- Entwicklung zum Selbstvertrauen

Der Therapeut betrachtet es also als seine Aufgabe die Selbstverwirklichungskräfte des Klienten freizulegen und nicht, eine Verhaltensänderung herbeizuführen.

### 3.4. 3 Säulen der Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie ist eine Beziehungstherapie. Die Basis für ein persönliches Wachstum des Klienten ist also die Beziehung zum Therapeuten.

Innerhalb dieser Beziehung gibt es 3 Säulen, die die Gesprächspsychotherapie ausmachen.

- Empathie
- Positive Wertschätzung
- Echtheit / Kongruenz

Rogers ist es wichtig, daß keines der 3 Merkmale nur als Verhaltensweise gesehen wird, es handelt sich hierbei um eine mitmenschliche Grundhaltung.

Echtheit ist für Rogers die Voraussetzung um auch einführend und wertschätzend zu sein, denn nur bei einem aufrichtigen Therapeuten kann sich ein Klient wertgeschätzt und verstanden fühlen.

### 4. Vergleich mit Psychoanalyse

Obwohl die Wurzeln der Gesprächspsychotherapie in der Psychoanalyse liegen, finden sich heute kaum noch Gemeinsamkeiten.

So grenzt sich das Verhalten des Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie deutlich vom Verhalten eines Analytikers ab. In der Gesprächspsychotherapie werden, anders als bei direktiven therapeutischen Methoden, weder Ratschläge noch Anweisungen gegeben.

Daher auch die Bezeichnung Non-direktive Gesprächspsychotherapie.

Dies bedeutet, der Therapeut will den Klienten nicht leiten, sondern ein Stück auf dessen Weg begleiten, ihm folgen. Der Analytische Berater dagegen, will konkrete Hilfestellungen geben, damit der Klient sich selbst besser versteht.

Der klientenzentrierte Therapeut wird aber davon ausgehen, daß der Klient selbst die besten Lösungsmöglichkeiten für sein Problem kennt und diese auch alleine finden wird.

Des weiteren besteht der grundlegende Unterschied, daß der Psychoanalytiker die Vergangenheit fokussiert, der Gesprächspsychotherapeut jedoch die Gegenwart.

Das Phänomen der Übertragung, welches zentral für die Psychoanalyse ist, spielt nach Rogers ebenfalls keine Rolle. Das ist zum einen dadurch bedingt, daß es der Therapeut bei Rogers keine Autoritätsfigur darstellt und sich auf dieser gleichberechtigten Ebene weniger leicht Übertragungsphänomene entwickeln, zum anderen wird Übertragung durch das unmittelbare akzeptierende Eingehen des Therapeuten auf die Gefühle und Wahrnehmungen des Klienten verhindert. Der Therapeut bringt sich als reale Person in die Beziehung mit ein.

## 5. Kritik

Wissenschaftstheoretisch wird die Gesprächspsychotherapie schon lange heftig kritisiert, da der Konflikt zwischen theoretischen Grundlagen, ihrer wissenschaftlichen Überprüfung und ihrer gesellschaftsverändernden Potenz immer unlösbarer scheint.

Eine sehr detaillierte Kritikaufzählung stammt von Ford und Urban :<sup>6</sup>

- Das Abstraktionsniveau bei der Darstellung von Ereignisarten ist zu allgemein[..]
- Bestimmte Begriffe sind nicht empirisch hergeleitet .[..]
- Die Voraussetzungen für Wahrnehmungsprozesse,[...], werden nicht hinreichend berücksichtigt.
- Das objektiv beobachtbare Klientenverhalten wird vernachlässigt, was problematisch erscheint, da eine eindeutige Beziehung zwischen äußerem Verhalten und inneren Prozessen nicht ohne weiteres angenommen werden kann.
- Erkenntnisse anderer Forschungsbereiche [..] werden kaum oder unzureichend in die theoretische Darstellung einbezogen.

Ich persönlich zweifle , ebenso wie Bommert, an, daß in jedem Individuum genügend Tendenz in Richtung konstruktive Verhaltensänderung vorhanden ist. Meiner Meinung nach sind besonders Rand- und Risikogruppen überfordert. Außerdem dürfen soziale Bedingungsfaktoren nicht völlig außer acht gelassen werden. Ebenfalls nicht unberücksichtigt lassen kann man meiner Meinung nach die Tatsache, daß Verhalten zum Teil auch das Ergebnis sozialer Lernvorgänge ist. Ebenso wie die Sozialisation auch Bewertungsprozesse beeinflusst.

Ebenfalls als Schwäche des klientenzentrierten Ansatzes sehe ich die häufig zu allgemein gehaltenen Aussagen. Für mich ist auch nach eingehender Beschäftigung mit Rogers Theorie noch keine Erklärung der therapeutischen Prozesse ersichtlich.

## 6. Fazit

Rogers kämpfte sein ganzes Leben mit dem Widerspruch, einerseits den Menschen in seiner Einmaligkeit zu erforschen und andererseits allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten zu erforschen. Trotz aller Mängel hat sich die Gesprächspsychotherapie nach Rogers zu einem der am weitesten verbreiteten psychotherapeutischen Verfahren entwickelt. Rogers Ansatz wurde zum Allgemeingut hinsichtlich der Gestaltung sozialer Beziehungen.

Trotzdem ist in der Praxis zum elektischen Therapeutischen Vorgehen erkennbar. Unterstützt wird dieser Trend aber auch von der Tatsache, daß viele Berater sich in verschiedenen Therapieformen ausbilden lassen und das Gelernte dann natürlich auch praktisch anwenden.

Ich persönlich favorisiere zum jetzigen Zeitpunkt auch noch ein elektisches Vorgehen, da mich bisher keine Form alleine überzeugen konnte. Ich werde in meiner praktischen Tätigkeit sicherlich bei verschiedenen Klienten mit verschiedenen Problemen auf unterschiedliche Behandlungsmethoden aus verschiedenen Therapiemethoden zurückgreifen.

Sehr gut finde ich den positiven Gedankenansatz eines optimistischen Menschenbildes, obgleich ich ihn nicht völlig teilen kann. Für die praktische Tätigkeit im sozialen Bereich halte ich es jedoch für dringend nötig, jeden Menschen echt anzunehmen und als positives Wesen wertzuschätzen.

Ebenfalls sehr beeindruckt hat mich ein Satz Rogers, der dem vielbesagten Helfersyndrom entgegengesetzt werden kann. Mit diesem Zitat Rogers möchte ich schließen:<sup>7</sup>

„Je mehr ich gegenüber den Realitäten in mir und in anderen offen bin, desto weniger verfalle ich dem Wunsch, herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen.“

---

<sup>1</sup> Rank , 1929, zit. n. Howe / Minsel in Gesprächspsychotherapie. Die Kraft des Guten. o. J.

<sup>2</sup> Minsel / Bente , 1979, zit. n. Howe/ Minsel , ebenda

<sup>3</sup> Howe/ Minsel, ebenda, S.320

<sup>4</sup> Howe/ Minsel, ebenda, S.343

<sup>5</sup> Rogers , 1976, zit. n. Howe/ Minsel, ebenda

<sup>6</sup> Ford / Urban, 1963, zit. n. Howe / Minsel, ebenda S.379

<sup>7</sup> Rogers, 1973, zit.n. Howe/ Minsel, ebenda S. 322

Literaturnachweis:

Kopierter Auszug : Die Gesprächspsychotherapie. Die Kraft des Guten.  
Howe und Minsel, ohne Ort, ohne Jahr, S.309-385