

Der folgende Artikel ist erschienen in der Zeitschrift  
*Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 2000, Band 7, Heft 5, S. 5-17.

## **„Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie<sup>1</sup>?**

(Diether Höger, Mai 2000)

„Ist das noch GT, wenn ich einem Klienten<sup>2</sup> eine Hausaufgabe gebe oder wenn ich mit ihm eine Entspannungsübung mache – oder ist das schon VT?“ „Darf ich in der GT auch Träume bearbeiten – oder ist das schon psychoanalytisch?“ Merkwürdigerweise scheint die Gesprächspsychotherapie (GPT<sup>3</sup>) bei vielen den Ruf zu haben, ein System von Regeln darüber zu sein, was (Gesprächs-)Psychotherapeuten alles nicht tun dürfen, sei es, weil es sich um Interventionen handelt, die in anderen psychotherapeutischen Verfahren „üblich“ sind, sei es, weil gesprächspsychotherapeutische Interventionen angeblich nicht „direktiv“ sein dürfen. Vor allem scheint dies in bezug auf solche Gesprächspsychotherapeuten zu gelten, die zu der sogenannten „klassischen“ GPT (was auch immer das bedeuten mag) zugerechnet werden, also diejenigen, die vom ursprünglichen Ansatz Rogers (1957, 1959) ausgehen.

Das ist die eine Seite. Auf der anderen gibt es Psychotherapeuten verschiedener Richtungen, die von sich sagen: „Eigentlich mache ich ja auch Gesprächstherapie“. Meistens bleibt dabei aber unklar, was sie damit wirklich meinen. „Gespräche“ gibt es in allen Formen der Psychotherapie, und „Spiegeln“, d.h. das vom Klienten Gesagte aufgreifen und ihm mit anderen Worten wiedergeben, macht noch lange keine GPT. Was aber ist dann eigentlich GPT?

Kehren wir zunächst noch einmal zurück zu der Frage des „Müssens“, „Dürfens“ oder „Nicht-Dürfens“ oder anders: nach der Angemessenheit von therapeutischen Handlungsweisen in der GPT. Sie entspricht der nach den Regeln der Moral insofern, als es auch dort um die Beurteilung der Angemessenheit menschlicher Handlungsweisen geht. Seit Piaget (1954) wissen wir, daß sich das Verständnis für Verhaltensregeln parallel zur kognitiven Entwicklung entwickelt und auf unterschiedlichen Stufen unterschiedlich organisiert ist. Erinnern wir uns:

- Auf der *ersten Stufe* handelt es sich bei moralischen Regeln um etwas Fertiges, das von außen übernommen wird. Das Kind hält sich an die Gebote von Autoritäten und begründet sein Verhalten mit dem Gehorsam gegenüber diesen Autoritäten. Es weiß, was es darf und was es nicht darf.
- Mit Erreichen der *zweiten Stufe* (ab ca. 7-8 Jahre) entwickelt sich die Moral im Umgang mit Gleichaltrigen und ist auf dem Prinzip der Wechselseitigkeit, Gerechtigkeit, Fairneß und Solidarität begründet.

---

<sup>1</sup> Erweiterte Fassung eines Vortrags bei der zweiten Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) am 13.05.2000 in Bonn: „Gesprächspsychotherapie: Beziehung – Vertrauen – Heilung. Die Sehnsucht des Menschen, verstanden zu werden“.

<sup>2</sup> Der einfacheren Lesart halber wird die neutrale Bezeichnung gewählt, mit der natürlich Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

<sup>3</sup> Als Abkürzung für „Gesprächspsychotherapie“ wird hier „GPT“ verwendet, um der mit der vielfach gebräuchlichen Abkürzung „GT“ verbundenen Lesart „Gesprächstherapie“ entgegenzuwirken. Bei „GT“ wird nicht genügend deutlich, daß es sich nicht um irgendwelche „therapeutischen Gespräche“, sondern um eine definierte Form der Psychotherapie handelt.

- Auf der *dritten Stufe* (ab etwa 12 Jahre), wenn die notwendigen kognitiven Voraussetzungen vorhanden sind, kann sich die Moral der Billigkeit entwickeln, d.h. je nach den Besonderheiten der speziellen Situation werden die bestehenden Regeln unter übergeordneten Gesichtspunkten abgewandelt.

Kohlberg (1963) hat diese kognitiven Stufen noch weiter differenziert, aber darauf kommt es hier nicht weiter an. Wesentlich ist vielmehr, daß Fragen danach, was man in der GPT alles „tun darf“ oder „nicht tun darf“ schlichte Fragen an eine Autorität sind. Sie gehen offensichtlich über die nach Piaget unterste Stufe der Entwicklung nicht hinaus.

Wir haben also Anlaß nachzusehen, wie und auf welcher Ebene die „Verhaltensregeln“ für Gesprächspsychotherapeuten definiert sind. Maßgeblich ist dafür wohl der Artikel von Rogers (1957), in dem er die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ therapeutischer Veränderungen formuliert hat. Hier können wir gleich zu Beginn lesen: „For many years I have been engaged in psychotherapy with individuals in distress“ (Rogers, 1957, S. 95). Es hätte vielleicht weitergehen können: „And now I can tell you, what you have to do“, gefolgt von entsprechenden Anweisungen darüber, was zu tun und zu lassen ist. Aber Rogers fährt anders fort: „In recent years I have found myself increasingly concerned with the process of *abstracting from that experience the general principles* which appear to be involved in it“ (Hervorhebung D.H.). Rogers formuliert also ausdrücklich „allgemeine Prinzipien“, die dementsprechend als Abstraktionen hohen Grades zu verstehen sind. Sie ermöglichen und erfordern zugleich, in Anpassung an die jeweils besondere Situation angewandt zu werden und entsprechen also dem kognitiven Niveau der dritten Stufe nach Piaget.

Wir wollen uns im Folgenden danach richten und uns zunächst mit den übergeordneten Gesichtspunkten, d.h. den theoretischen Grundlagen gesprächspsychotherapeutischen Handelns befassen (therapeutische Beziehung, Aktualisierungstendenz, klientenzentriertes Persönlichkeitsmodell). Anschließend wollen wir uns den Konsequenzen für die Therapie und für den Therapeuten zuwenden. Den Abschluß sollen einige charakterisierende Aussagen zur GPT bilden.

## 1 Theoretische Grundlagen der Gesprächspsychotherapie

Die GPT beruht auf einem theoretischen System, dem von Rogers (1957, 1959) formulierten *Klientenzentrierten Konzept*. Seine Besonderheit ist, daß es (1) seinen Ausgangspunkt in der konkreten Situation des therapeutischen Handelns und den dort beobachtbaren Vorgängen hat und *zugleich* (2) von Anfang an ausdrücklich der Methodik und den Ergebnissen der empirisch-psychologischen Forschung verpflichtet war. Ersteres ist zwar auch bei der Psychoanalyse der Fall. Aber die konnte sich nur sehr spät mit den Prinzipien empirisch-psychologischer Forschung anfreunden. Das zweite war auch für die Verhaltenstherapie die Ausgangsbasis. Sie blieb jedoch lange dem experimentellen Paradigma verhaftet und begann erst relativ spät, sich mit den Besonderheiten der konkreten therapeutischen Situation, insbesondere der Beziehung ernsthaft auseinander zu setzen.

Wissenschaftliche Aussagen müssen nachvollziehbar und überprüfbar sein. Das ist selbstverständlich. Allerdings sollte man bei dem von Rogers und seinen Mitarbeitern entwickelten Klientenzentrierten Konzept berücksichtigen, daß es auf Beobachtungen in der therapeutischen Realität beruht, die eine bestimmte Art des Umgehens mit Klienten voraussetzen. Das hat nichts mit der Aufforderung „Man muß halt daran glauben“ zu tun, sondern ist ein erkenntnistheoretisches Prinzip. Wer mit der Blasmusik durch den Wald zieht, wird kaum

Rehe zu Gesicht bekommen (sofern er überhaupt darauf achtet). Und wer – aus welchen Gründen auch immer, bewußt oder unbewußt – danach strebt, das Verhalten von Menschen zu kontrollieren und zu steuern, wird wenig Gelegenheit haben zu erfahren, daß sie sich selbst organisieren. Im übrigen beruhen die theoretischen Begriffe und Modellvorstellungen des Klientenzentrierten Konzepts auf etablierten Theorien der empirisch orientierten Psychologie und haben sich seit ihrer Formulierung in vieler Hinsicht als bahnbrechend und zukunftsweisend bewährt. Nichtsdestoweniger unterliegen sie dem wissenschaftlichen Diskurs, d.h. sie bedürfen der Neuformulierung, Präzisierung und Ergänzung in dem Maße, in dem

1. Ihre ursprünglichen Aussagen schärfer, präziser und somit auch verständlicher formuliert werden können (dazu müssen sie allerdings zuvor richtig und vollständig zitiert worden sein),
2. Die darin enthaltenen Modellvorstellungen durch neue und passendere ersetzt werden können oder sogar müssen und
3. Neu hinzugekommene empirische Ergebnisse zu integrieren und Erweiterungen vorzunehmen sind (vgl. Höger, 1993).

Insbesondere zu Punkt 3 ist es die Aufgabe GPT-relevanter Forschung, weiterhin und verstärkt an die Tradition des Klientenzentrierten Konzepts anzuknüpfen, nämlich a) relevante theoretische Entwicklungen der Psychologie wie z.B. die Bindungstheorie (vgl. Höger, 1997; Spangler und Zimmermann, 1995) aufzugreifen und zu integrieren sowie b) der therapeutischen Prozeßforschung wieder die ihr gebührende Aufmerksamkeit zu widmen, die aufgrund der Vorgaben der deutschen gesundheitspolitischen Landschaft so einseitig auf die letztlich trivialen (weil längst erbrachten) Wirksamkeitsnachweise fixiert worden ist.

Die Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts gelten in erster Linie (1) der therapeutischen Beziehung, (2) Besonderheiten der Entwicklung des Menschen und seiner psychischen Prozesse sowie (3) persönlichkeits-theoretischen Vorstellungen über das Entstehen und Überwinden von Störungen des Verhaltens und Erlebens.

### **1.1 Die therapeutische Beziehung**

In dem eingangs erwähnten Artikel hat Rogers sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für konstruktive therapeutische Veränderungen der Persönlichkeit formuliert (übersetzt nach Rogers, 1957, S. 96):

1. Zwei Personen sind in psychologischem Kontakt.
2. Die erste, die wir als „Klient“ bezeichnen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, er ist verletzlich und ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir als „Therapeut“ bezeichnen, ist in der bestehenden Beziehung kongruent und integriert.
4. Der Therapeut erfährt bedingungs-freie positive Beachtung für den Klienten.
5. Der Therapeut erfährt ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten mitzuteilen.
6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungs-freien positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem Mindestmaß.

Abgesehen von der zweiten, die eine Aussage zur Indikation von GPT darstellt (zur Indikation von GPT vgl. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz, 1995), beschreiben diese Bedingungen eine besondere Art von Beziehung. Ihre Darstellung und Diskussion in der Literatur

ist allerdings nur allzu häufig in zweierlei Hinsicht verkürzt und damit entstellt: Zum einen werden sie mit direkten und konkreten Verhaltensanweisungen im Sinne einer schlichten Orientierung an einer Autorität gleich gesetzt. Zum anderen werden sie auf diejenigen drei reduziert (3. bis 5. Bedingung), die lediglich das *Beziehungsangebot* des Therapeuten beschreiben und nicht die therapeutische *Beziehung* als solche.

### 1.1.1 Verschiedene Abstraktionsebenen bei der Beschreibung von Beziehungen

Wer genauer hinsieht, kann feststellen, daß keine einzige der genannten sechs Bedingungen auch nur annähernd die Beschreibung eines konkreten Verhaltens enthält. Sie lassen vielmehr deutlich die Intention von Rogers erkennen, *allgemeine Prinzipien* zu formulieren. Grundsätzlich lassen sich Beziehungen auf unterschiedlich abstrakten, hierarchisch geordneten Ebenen beschreiben (vgl. Höger, 1989):

1. Ebene der *allgemeinen Charakterisierung von Beziehungen*. Auf ihr läßt sich beispielsweise die „therapeutische Beziehung“ von anderen Arten von Beziehungen, etwa der Beziehung „Mutter-Säugling“ oder „Rechtsanwalt-Klient“ unterscheiden.
2. Ebene der *Beschreibung übergreifender Merkmale einer Beziehung*. Beispielsweise bei der Mutter im Hinblick auf den Säugling „Trösten“, „Körperpflege“ usw.; im Klientenzentrierten Konzept für die Seite des Therapeuten „Kongruenz“, „Bedingungsfreie Wertschätzung“ oder „Empathie“.
3. Ebene der *Klassifikation spezifischer Verhaltensformen*. Beispielsweise bei der Mutter „Auf den Arm nehmen“, „Beruhigend zureden“, „Windeln wechseln“; beim Therapeuten „Konfrontieren“, „Fragen“, „Ansprechen von Gefühlen des Klienten“ („Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte VEE“) oder seitens des Klienten „Selbstexploration“.
4. *Konkrete Ebene* der Beschreibung von spezifischen Verhaltensweisen in einem bestimmten beobachteten oder registrierten therapeutischen Gespräch.

Inwieweit sich diese Ebenen noch feiner differenzieren lassen, ist in unserem Zusammenhang nicht weiter von Belang. Wesentlich ist jedoch aus logischen Gründen:

- a) *Unterschiedliche Abstraktionsebenen müssen bei sämtlichen Aussagen stets sorgfältig voneinander getrennt werden*. Auch wenn die Umgangssprache (in der die Literatur über Psychotherapie nicht selten geschrieben und vor allem aber sehr oft gelesen wird) es nicht so genau nimmt: Weil die Begriffe „Kaninchen“ und „Nagetier“ unterschiedlichen Abstraktionsstufen angehören, kann die Aussage „Ein Kaninchen ist ein Nagetier“ nicht die Gleichsetzung von „Kaninchen“ und „Nagetier“ bedeuten. Die würde nämlich gleichzeitig die umgekehrte, nachweislich falsche Aussage implizieren: „Ein Nagetier ist ein Kaninchen“ (denn es gibt auch noch andere Nagetiere als Kaninchen). Im gleichen Sinne ist schon aus logischen Gründen falsch und damit irreführend, wenn die fünfte der sechs von Rogers formulierten Bedingungen mit „VEE“ gleich gesetzt wird. Es gibt auch andere Möglichkeiten, das empathische Verstandene mitzuteilen.
- b) Daraus folgt, daß *Sachverhalte, die einer gegebenen Ebene zuzuordnen sind, aus Kategorien einer übergeordneten Abstraktionsebene nicht eindeutig abgeleitet werden können*. Aus „Strafe“ folgt nicht zwingend „Taschengeldentzug“, aus „Empathie“ nicht „VEE“.
- c) *Die Zuordnung von Sachverhalten aus einer unteren Abstraktionsebene zu bestimmten Kategorien einer höheren Ebene wird in komplexen Systemen durch den jeweils gege-*

*benen Kontext bestimmt.* Ob ein Schlag gegen die Wange eines anderen als Beleidigung oder als Weckreiz bei einem Ohnmächtigen anzusehen ist, hängt von den Umständen ab. Ob eine Konfrontation durch den Therapeuten für eine klientenzentriertes Beziehungsangebot angemessen ist, hängt davon ab, inwieweit sie im gegebenen Kontext Ausdruck von bedingungsfreier Wertschätzung und empathischem Verstehen ist.

### 1.1.2 Der Klient als notwendiger Mitgestalter der therapeutischen Beziehung

Ebenfalls aus logischen Gründen müssen wissenschaftliche Aussagen über Beziehungen immer „zweiwertig“ sein, d.h. sich stets auf beide Partner zugleich beziehen. So enthält der Satz „A verachtet B“ (unabhängig von seiner Richtigkeit) eine Aussage über die *Einstellung* von A gegenüber B, jedoch keine über die *Beziehung* zwischen beiden. Über diese wissen wir erst dann etwas, nachdem wir auch erfahren haben, wie B seinerseits zu der Verachtung von A steht (vgl. Hinde, 1979). Für die Charakterisierung einer therapeutischen Beziehung genügt es also nicht, lediglich das Beziehungsangebot der Therapeuten zu beschreiben. Es muß außerdem berücksichtigt werden, ob und wie dieses Angebot den Klienten erreicht und wie er seinerseits darauf reagiert. Genau in diesem Sinne ist die sechste von Rogers genannte Bedingung zu verstehen: Die therapeutische Beziehung entsteht erst durch die Beteiligung des Klienten. Und ob sie im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts als eine wirksame bezeichnet werden kann, hängt davon ab, inwieweit es dem Therapeuten gelingt, sein empathisches Verstehen und seine bedingungsfreie positive Beachtung dem Klienten so mitzuteilen, daß sie wenigstens in einem Mindestmaß von ihm auch so wahrgenommen werden können. In der Forschung wird dieser Aspekt unter dem Stichwort „Ansprechbarkeit“ behandelt (Ambühl & Grawe, 1988; Eckert, Bolz & Pfuhlmann, 1979).

Wir können bezüglich des Aspekts „Beziehung“ in der GPT zusammenfassen:

1. Die GPT wird im Klientenzentrierten Konzept nicht anhand von bestimmten „vorgeschriebenen“ oder „nicht zulässigen“ Verhaltensweisen des Therapeuten definiert, sondern anhand von übergeordneten Kriterien gemäß der dritten Stufe nach Piaget. Nach ihnen ist in einer gegebenen Situation zu beurteilen, ob eine bestimmte therapeutische Intervention in einer gegebenen Situation im Sinne der GPT angemessen ist oder nicht.
2. Nach dem Klientenzentrierten Konzept beruht der therapeutische Prozeß auf einer spezifischen Art von Beziehung. Das bedeutet, daß er dann in Gang kommt, wenn der Therapeut sein spezifisches Beziehungsangebot dem Klienten mit solchen Interventionen mitteilt, daß dieser das empathische Verstehen und die bedingungsfreie Zuwendung der Therapeuten auch wahrnehmen kann.

## 1.2 Das Axiom der GPT: Die Aktualisierungstendenz

Rogers hat die Aktualisierungstendenz definiert als „die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, daß sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu entfalten (enhance)“ (übersetzt nach Rogers, 1959, S. 196). Mit ihr beschreibt er ein grundlegendes und universelles Merkmal alles Lebendigen, also auch des Menschen. Sie bildet in der GPT das zentrale Axiom, aus dem sich das therapeutische Handeln in wesentlichen Teilen ableitet. Zumindest zweierlei ist in diesem Begriff enthalten: 1. Das Prinzip der Selbstorganisation sowie 2. die beiden Aspekte „Erhaltung“ und „Entfaltung“.

### 1.2.1 Die Selbstorganisation

Den Begriff der Aktualisierungstendenz hat Rogers aus der Gestaltpsychologie unter Berufung auf Goldstein (1939) übernommen, zu deren zentralen Themen das Prinzip der Selbstorganisation von Organismen gehört (vgl. Katz, 1969; Metzger, 1975). Inzwischen spielt es in den modernen Naturwissenschaften ebenfalls eine prominente Rolle (Haken, 1981; Prigogine & Stengers, 1980), und auch in der neueren Psychologie wird es zunehmend zur Kenntnis genommen, beispielsweise in der Entwicklungs- und Klinischen Psychologie (Oerter, von Hagen, Röper & Noam, 1999; Schiepek & Tschacher, 1997). „Selbstorganisation“ besagt, daß sich lebendige Organismen zwar in enger und untrennbarer Beziehung mit ihrer Umwelt und deren Bedingungen verhalten und entwickeln, daß aber die Art und Weise, wie sie dies tun, letztlich von den ihnen eigenen Organisationsregeln bestimmt wird, die sich in ihrer bisherigen phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklung herausgebildet haben. Um ihre innere Ordnung aufrecht zu erhalten, bedürfen sie nicht nur keiner „ordnenden Hand“ von außen; als sich selbst organisierende Systeme sind sie sogar von außen gar nicht steuerbar, allenfalls modulierbar (Roth, 1986). Und sie besitzen die Fähigkeit zur Selbstheilung, d.h. sie sind in der Lage, sich bei Störungen selbst zu reorganisieren, sofern sie in ihrer Umwelt die dafür erforderlichen Bedingungen vorfinden.

Die GPT hat daraus die Konsequenz gezogen: Der Therapeut läßt sich auf dieses Prinzip ein und vertraut auf die Fähigkeit des Menschen zur Selbstheilung. Er hat zudem eingesehen, daß Menschen von außen gar nicht wesentlich bestimmt werden können, sondern sich nolens volens so entwickeln, wie es ihnen, so wie sie im jeweiligen Augenblick ihres lebenslangen Entwicklungsprozesses gerade sind, gemäß ist. Er weiß, daß nicht er es ist, der den Klienten heilt und daß seine Rolle vielmehr darin besteht, sich um die für dessen Selbstheilung erforderlichen Bedingungen zu bemühen, d.h. sich so zu verhalten, daß eine therapeutische Beziehung im oben definierten Sinne möglich wird. Das bedeutet zugleich, daß er auf die Rolle eines Helfers verzichtet, der dem Klienten den „richtigen“ Weg zur Lösung seiner Probleme zeigt.

So und nicht anders ist das Prinzip der Nichtdirektivität in der GPT zu verstehen. Das Argument von Kritikern, daß Menschen – und damit auch Therapeuten – gar nicht umhin könnten, andere zu beeinflussen, also gar nicht nicht-direktiv sein können, geht insofern gründlich daneben, weil es etwas ins Feld führt, was im Klientenzentrierten Konzept gar nicht behauptet wird. Die von Rogers postulierten Bedingungen therapeutischer Veränderungen besagen ausdrücklich, daß der Therapeut mit seinem Verhalten den Klienten sogar tiefgreifend beeinflussen kann. Ob und *in welcher spezifischen Weise* das schließlich der Fall ist, liegt jedoch am Klienten. Er ist letztlich der beste Experte für sich selber, auch wenn er sich momentan in einem Zustand der Verwirrung befindet. In diesem Sinne bedeutet Nichtdirektivität das konsequente Respektieren der Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit des Klienten.

### 1.2.2 Die beiden Aspekte „Erhalten“ und „Entfalten“

Nach der zitierten Definition von Rogers ist es die Funktion der Aktualisierungstendenz, den Organismus „zu erhalten oder zu entfalten (enhance)“. „Erhalten“ und „Entfalten“ schließen sich aber wechselseitig aus, denn „Erweitern“ bedeutet immer die Veränderung des Bestehenden, und „Erhalten“ bedeutet die Bewahrung des status quo und negiert somit die für eine „Entfaltung“ notwendige Veränderung. Beide stehen jedoch gleichzeitig funktional in einer sich wechselseitig ergänzenden Beziehung, sofern man nur über eine gegebene Situation

hinausgeht. Um sich entfalten zu können, darf der Organismus nicht zerstört werden, muß er also in seinem Bestand prinzipiell gesichert sein. Andererseits vermehrt die Entfaltung als Differenzierung und Erweiterung seine Anpassungsmöglichkeiten an eine sich ändernde Umwelt und damit sein Potential, sich zu erhalten. Prozesse der „Erhaltung“ und der „Entfaltung“ setzen einander also wechselseitig voraus.

In einer gegebenen Situation jedoch dominiert einer dieser beiden Aspekte (vgl. Höger, 1993). Prozesse mit der Funktion des Erhaltens sind dann bestimmend für die Lebensprozesse und die Entwicklung des Organismus, wenn er seine Existenz als bedroht erfährt. „Existenz“ bezieht sich beim Menschen als einem sozialen und mit einer Vorstellung von sich selbst ausgestatteten Wesen nicht nur auf sein rein physisches Überleben, sondern auch (und im Alltag vor allem) darauf, inwieweit er sich so, wie er ist, von anderen und sich selbst als akzeptiert erfährt, d.h. inwieweit er so sein und bleiben darf, wie andere ihn sehen und wie er selbst sich sieht. *Kriterium* dafür ist nach dem Klientenzentrierten Konzept die *positive Beachtung* („positive regard“) durch andere sowie die *positive Selbstbeachtung* („positive self-regard“; Rogers, 1959), die er sich selbst gewähren kann. Fehlen sie, so dominieren die erhaltenden Prozesse.

Anders bei den Prozessen der Entfaltung. Sie werden dann wirksam, wenn die eigene Existenz als akzeptiert und damit gesichert erfahren wird. Das ist dann der Fall, wenn die Person sich als jemand erfährt, der ohne jede Einschränkung in all seinen Facetten so sein und bleiben darf, wie er ist. *Kriterium* ist hier das Fehlen von Bedingungen für die positive Beachtung, anders gesagt: das Erfahren *bedingungsfreier Wertschätzung* („unconditional positive regard“) durch bedeutsame andere. Das hinreichend kontinuierliche Vorhandensein dieser Bedingung führt zu bedingungsfreier positiver Selbstbeachtung („unconditional positive self-regard“; Rogers, 1959).

### 1.3 Das klientenzentrierte Persönlichkeits- und Störungsmodell

Das Klientenzentrierte Konzept ist keine umfassende psychologische Theorie, sondern primär eine Therapietheorie. Deshalb konzentriert sie sich auf Aussagen, die zum einen das Entstehen, zum anderen das Überwinden von Störungen der Verhaltens und Erlebens erklären.

#### 1.3.1 Zwei Ebenen psychischer Prozesse

Das Klientenzentrierte Konzept unterscheidet zwei Ebenen psychischer Prozesse. Anlaß war zunächst die wiederholte Beobachtung, daß sich Menschen gelegentlich widersprüchlich verhalten, ohne dies zu bemerken. Oder aber sie können ihr eigenes Verhalten nicht verstehen. Den eigentlich wissenschaftlichen Angelpunkt bildeten die Experimente zur unter-schweligen Wahrnehmung in der psychologischen Grundlagenforschung. In ihnen konnte gezeigt werden, daß Menschen auch ohne Beteiligung des Bewußtseins Ereignisse wahrnehmen und sogar Entscheidungen treffen können, also auch Bewertungen vornehmen (McCleary und Lazarus, 1949; vgl. auch Perrig, Wippich und Perrig-Chiello, 1993). Die Konsequenz war, auf einer *nicht bewußten Ebene* „Erfahrungen“ und „organismische Bewertungen“ anzunehmen, Prozesse der Informationsverarbeitung, die in einem allgemeinen Sinne als psychisch anzusehen sind. Dabei handelt es sich nicht um „Verdrängtes“, „vom Bewußtsein Ausgeschlossen“, sondern um allgemein für den Organismus relevante Prozesse, zu denen vor

allem auch die Bewertung von Zuständen und Ereignissen im Hinblick auf die Aktualisierungstendenz des Organismus gehört.

Diese als „Erfahrungen“ bezeichneten Prozesse sind prinzipiell der inneren Wahrnehmung zugänglich und können im Prozeß der *Symbolisierung* auf einer zweiten Ebene, dem Bewußtsein abgebildet werden. Sie sind dann der bewußten Reflexion zugänglich und bilden insgesamt das Selbst einer Person, d.h. ihr bewußtes Wissen über sich selbst, ihre (vor allem soziale) Umwelt sowie die Beziehung zwischen beidem. Bei diesem inneren Wahrnehmungsprozeß der Symbolisierung kann die Abbildung der „Erfahrungen“, ihre „Symbolisierung“ mehr oder weniger vollständig oder lückenhaft, genau oder aber verzerrt erfolgen.

Im Laufe seiner Entwicklung kann das Kind seine Erfahrungen dann genau symbolisieren und damit in das Selbst integrieren, wenn sie von bedeutsamen anderen, in der Regel den Bezugspersonen

- empathisch verstanden und
- bedingungsfrei beachtet werden.

Das Ergebnis dieser genauen Symbolisierung ist die *„Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung“*. Kongruenz bedeutet den optimalen Zugang zu den eigenen psychischen Prozessen und somit im Endeffekt die optimale Kompetenz und Funktionsfähigkeit der menschlichen Person. Für ihr bewußtes Erleben ebenso wie für ihre Handlungsplanung stehen ihr ihre inneren psychischen Vorgänge sowie ein realistisches Abbild ihrer selbst und ihrer Umwelt weitgehend zur Verfügung.

### 1.3.2 Das Entwicklungs- und Störungsmodell der GPT

So weit jedoch Erfahrungen von bedeutsamen anderen

- nicht empathisch verstanden und/oder
- nicht oder nur unter Bedingungen „positiv beachtet“, d.h. bewertet worden sind,

werden sie nicht, unvollständig oder nur verzerrt im Bewußtsein symbolisiert. Das Ergebnis ist *„Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung“*. Der Person sind ihre inneren psychischen Prozesse nur begrenzt zugänglich und sie besitzt ein wenig realistisches oder gar unrealistisches Abbild ihrer selbst und ihrer Umwelt. Ihre Kompetenz und Funktionsfähigkeit sind mehr oder weniger stark beeinträchtigt, und sie verfügt nur über begrenzte Ressourcen und Bewältigungsmechanismen. Entsprechend häufig sind Erfahrung von Bedrohung, daher dominieren die Prozesse der Erhaltung über die der Entfaltung, und die Entwicklung von Ressourcen und neuen Formen der Anpassung ist behindert.

Daher ist Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung die Grundlage für Störungen des Verhaltens und Erlebens im Sinne eines Risikofaktors. Er wirkt sich insbesondere bei belastenden Lebensereignissen aus, seien es schicksalhafte Ereignisse, Traumatisierungen usw., seien es Krisen im Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben des menschlichen Lebens. Die spezifische Symptomatik richtet sich dann in der Regel nach den in der bisherigen Entwicklung „gebahnten“ Verhaltensmustern.

## 1.4 Die klientenzentrierte Theorie des therapeutischen Prozesses



Sofern dem Therapeuten das oben (Abschnitt 1.1) beschriebene klientenzentrierte Beziehungsangebot gelingt und vom Klienten auch so erfahren und für sich akzeptiert werden kann, ist eine therapeutische Beziehung im Sinne der GPT hergestellt. Der Klient erfährt dann bedingungslose Wertschätzung durch einen für ihn bedeutsamen anderen, und zwar als genau diejenige Person, als die er sich in seiner eigenen Wahrnehmung erlebt. Er ist somit frei von Bedrohung, befindet sich im Zustand der Sicherheit und kann – in der Sprache der Bindungstheorie (Ainsworth, 1985; Bischof, 1975, 1985) – sich selbst, seine Umgebung und seine Beziehungen zur Welt frei explorieren. In der Sprache der GPT treten die erhaltenden Prozesse der Aktualisierungstendenz zugunsten der entfaltenden und damit konstruktiven zurück. In der Interaktion mit dem Therapeuten kann der Klient sich und seine Möglichkeiten explorieren und zugleich lernen, seine Erfahrungen genauer und vollständiger zu symbolisieren. Wenn dies längere Zeit geschieht, wird bei ihm Inkongruenz ab- und Kongruenz zunehmen und er wird zunehmend in der Lage sein, seine Probleme kompetenter anzugehen und seine bisherigen unangemessenen Lösungsversuche, seine „Störungen“ zu überwinden. Einen empirischen Beleg für die Gültigkeit eines solchen Modells therapeutischer Veränderungen durch GPT konnten Höger und Wissemann (1999) erbringen.

## 2 Konsequenzen für das psychotherapeutische Handeln

Wir sind nun in der Lage, die eingangs gestellte und mit einer bestimmten psychotherapeutischen Intervention verbundene Frage „Ist das noch GPT?“ generell zu beantworten: Wo immer die hier beschriebenen grundlegenden Konzepte der GPT als übergeordnete Gesichtspunkte das therapeutische Handeln leiten, handelt es sich um GPT. Die spezielle Art der vom Therapeuten im Einzelfall gewählten Verhaltensweisen ist demgegenüber sekundär. Um möglichen Mißverständnissen gleich vorzubeugen: Wenn ein bestimmtes Vorgehen „nicht GPT ist“, so ist dies selbstverständlich in keiner Weise zu beanstanden, so lange es wissenschaftlichen Kriterien genügt. Worum es hier alleine gehen soll, ist eine klare Definition der GPT und damit die Vergleichbarkeit therapeutischen Vorgehens sowohl unter Gesprächspsychotherapeuten als auch mit anderen Konzepten. Daß dies nicht unwichtig ist, zeigt die Berner Vergleichsstudie (Grawe und Caspar, 1990), in der eine gegenüber den theoretischen Vorgaben von Rogers (1957, 1959) wesentlich beschränkte Form von „GPT“ mit anderen Therapiemethoden verglichen worden war (und trotzdem nicht schlecht abschnitt).

Wenn GPT der Versuch ist, die beschriebenen übergeordneten Gesichtspunkte des Vorgehens zu realisieren, dann lassen sie sich auch als deren Ziele formulieren. Dabei können sich für den Therapeuten Probleme und Schwierigkeiten ergeben, die ihm mehr oder weniger zu schaffen machen. Manchem mag GPT gar als übermäßig schwierig erscheinen und ihn entmutigen. Nur zu leicht geht dann verloren, daß gerade das Klientenzentrierte Konzept dem Therapeuten die Chance bietet, auch angesichts von Schwierigkeiten nicht nur seine persönliche Integrität, sondern auch berufliche Befriedigung zu erlangen und zu bewahren.

### 2.1 Ziele für den therapeutischen Prozeß

Gesprächspsychotherapeuten bemühen sich, Mittel und Wege zu finden, die nach dem Klientenzentrierten Konzept gültigen Voraussetzungen für die konstruktive Entwicklung des Klienten und damit dessen Heilung zu schaffen. Denn Heilung des Klienten (ggf. damit auch die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit) ist das *Fernziel* ihres therapeutischen Handelns. Die Prämissen, auf die sie sich stützen, sind die Aktualisierungstendenz mit dem Prinzip der Selbstorganisation zusammen mit den Aspekten „Erhaltung“ und „Entfaltung“ sowie

das Persönlichkeits- und Störungsmodell. Sie bilden den Rahmen für die Therapietheorie des Klientenzentrierten Konzepts. Hieraus ergibt sich ein System von untereinander zusammenhängenden, auf unterschiedlichen Ebenen hierarchisch geordneten Zielen unterschiedlicher Reichweite, die sich teils auf den Klienten, teils auf den Therapeuten selbst beziehen (vgl. hierzu auch Eckert, 1999).

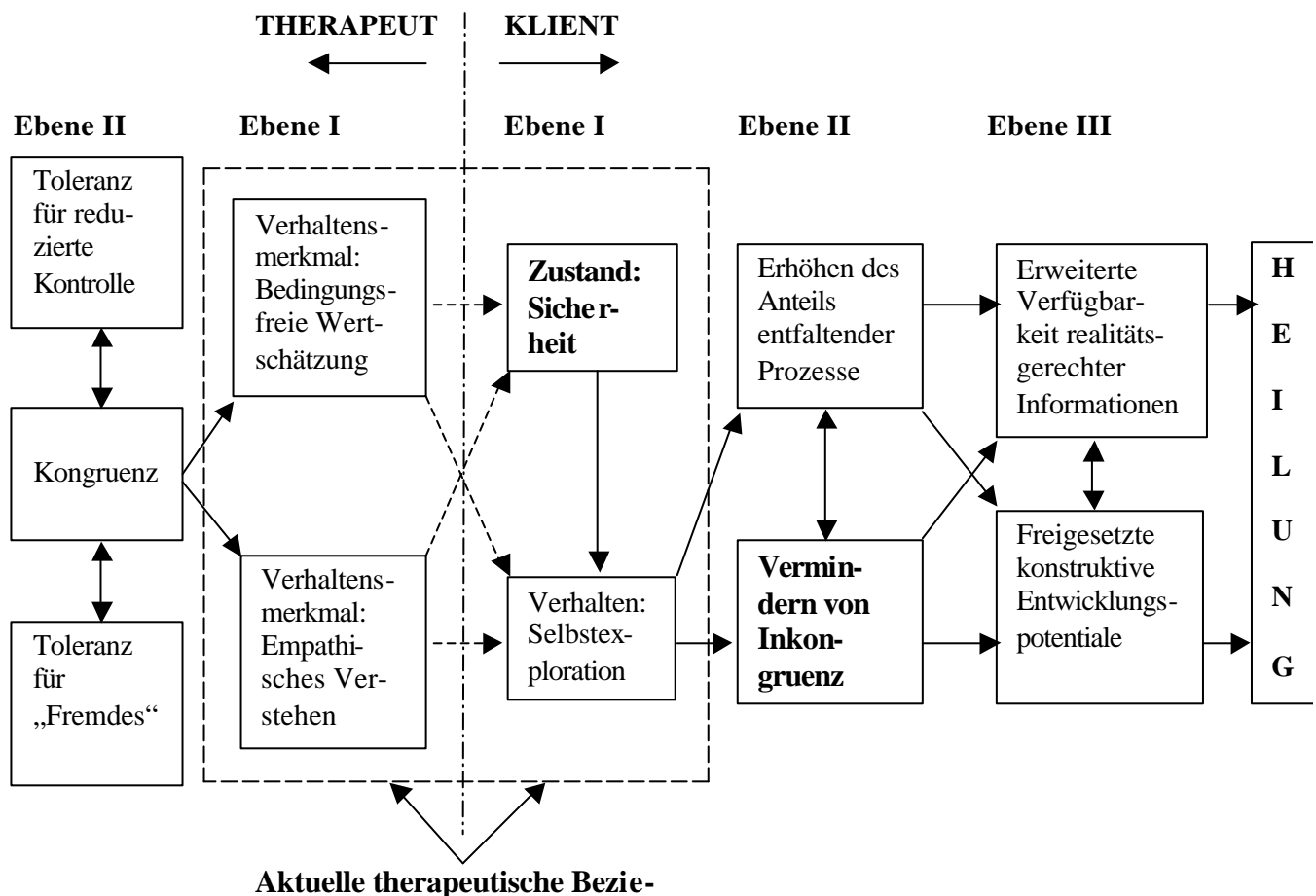


Abbildung 1: Zielstruktur in der Gesprächspsychotherapie

Im Hinblick auf den Klienten lassen sich dabei zwei *Oberziele* größerer Reichweite (Ebene III) benennen:

1. *Freigesetzte konstruktive (und damit auch kreative) Entwicklungspotentiale* des Klienten. Dies impliziert eine Entwicklung in Richtung Selbstbestimmung, Autonomie und zunehmender Verantwortlichkeit für sich selbst.
2. *Erweiterte Verfügbarkeit realitätsgerechter Informationen* über sich selbst und seine Umwelt, d.h. derjenigen Informationen, die das Wahrnehmen, Erleben und Verhalten steuern und somit eine Voraussetzung für eine kompetente Lebensführung und Problembewältigung bilden.

Beide Ziele stehen untereinander in einer kreuzkatalytischen (d.h. sich gegenseitig fördernden) Wechselbeziehung: Freigesetzte konstruktive Entwicklungspotentiale des Klienten erweitern im Verlauf von dessen Auseinandersetzung mit sich selbst und mit der Umgebung die Verfügbarkeit realitätsgerechter Informationen. Zugleich erweitern vermehrt verfügbare

Informationen wiederum das Entwicklungspotential. Diese Ziele sind ihrerseits eine Funktion von *Zielen mittlerer Reichweite* (Ebene II):

1. *Erhöhen des Anteils der entfaltenden gegenüber den erhaltenden Prozessen der Aktualisierungstendenz*
2. *Vermindern von Inkongruenz* durch eine zunehmend genaue Symbolisierung der Erfahrungen im Bewußtsein und ihrer Integration im Selbst.

Auch diese beiden Ziele stehen untereinander in einer kreuzkatalytischen Wechselbeziehung, denn die entfaltenden Aspekte der Aktualisierungstendenz bedingen eine zunehmende Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, die ihrerseits wiederum die entfaltenden Prozesse der Aktualisierungstendenz begünstigt.

Auf der Ebene I befinden sich solche Ziele, die im jeweils gegenwärtigen Moment in der therapeutischen Beziehung einen Orientierungspunkt darstellen. Im Hinblick auf den Klienten sind dies:

1. Das Zustandsmerkmal „Sicherheit“
2. Das Verhaltensmerkmal „Selbstexploration“.

Wie oben gezeigt, bedingt der Zustand der Sicherheit die Möglichkeit zu explorativem Verhalten, die „Selbstexploration“ des Klienten. Diese hat im Sinne unserer Zielhierarchie eine doppelte Funktion: a) Das allgemeine Erproben neuer Möglichkeiten des Verhaltens und Erlebens im Sinne der Aktivierung der entfaltenden Prozesse der Aktualisierungstendenz, außerdem b) im engeren Sinne das Explorieren der eigenen Erfahrungen und deren exakte Symbolisierung im Bewußtsein mit dem Effekt einer Verminderung von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung.

Wegen des Prinzips der Selbstorganisation von Organismen kann der Therapeut beim Klienten den Zustand der Sicherheit und einen hohen Anteil selbstexplorierenden Verhaltens nicht „herstellen“. Er kann sich lediglich darum bemühen, in seinem eigenen konkreten Verhalten in der Therapie, ebenfalls auf einer Ebene I, die Merkmale der bedingungsfreien Wertschätzung und des emphatischen Verstehens zu realisieren und zwar so, daß sie vom Klienten in dessen gegenwärtigem Zustand auch so erfahren werden können (um dies auszudrücken, sind die Wirkungspfeile in Abbildung 1 nicht mit durchgezogenen, sondern gestrichelten Linien dargestellt). Die für den Klienten wahrnehmbare bedingungsfreie Wertschätzung und das empathische Verstehen des Therapeuten bilden zusammen mit dem Zustand der Sicherheit und dem Verhalten der Selbstexploration des Klienten die entscheidenden Merkmale des therapeutischen Prozesses. Sie sind somit die Ziele für die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, die das Verhalten des Gesprächspsychotherapeuten leiten.

Zwar geben die auf den Klienten bezogenen Ziele der höheren Ebenen dem Handeln des Therapeuten letztlich seinen Sinn, *für den Augenblick des konkreten Handelns* sind sie jedoch sekundär, analog dem Autofahrer, der zu einem bestimmten Ziel gelangen möchte, im gegebenen Augenblick jedoch tunlichst das Ziel verfolgt, sein Fahrzeug auf der Fahrbahn zu halten, Hindernissen auszuweichen usw. In eben diesem Sinne ist es zu verstehen, wenn für den Gesprächspsychotherapeuten das Ziel „Heilung“ und damit auch die „Symptomreduktion bzw. –beseitigung ... dem Ziel nachgeordnet ist, einen im Sinne der klientenzentrierten Therapietheorie konstruktiven therapeutischen Prozeß in Gang zu setzen und aufrechtzuerhalten“ (Eckert, 1999, S. 118).

Für den Therapeuten sind die Ziele der Ebene I wiederum abhängig von dessen Kongruenz als übergeordnetem Ziel auf einer allgemeineren Ebene II. Empathisches Verstehen ist ihm nur so weit möglich, wie er die Erfahrungen, die bei ihm durch den Klienten und dessen sprachliche wie auch verhaltensmäßige Äußerungen ausgelöst werden, seinerseits genügend exakt zu symbolisieren vermag. Und seine bedingungsfreie Wertschätzung für den Klienten hängt davon ab, inwieweit er seinerseits diese Erfahrungen nicht vor dem Bewußtwerden, d.h. deren Symbolisierung abwehren muß. Eigene Kongruenz (in der Beziehung zum Klienten) ist somit ein übergeordnetes Ziel der Gesprächspsychotherapeuten, angestrebt in Selbsterfahrung und Eigentherapie.

## 2.2 Probleme für den Therapeuten

Wenn Psychotherapeuten bei ihrer Arbeit erleben, daß ihre Klienten als sich selbst organisierende Organismen letztlich nicht steuerbar sind, werden sie mit einer Situation der faktisch begrenzten Kontrolle konfrontiert und sehen sich wieder einmal der Tatsache gegenüber, daß ihr Leben insgesamt – vor allem was zwischenmenschliche Beziehungen betrifft – nur sehr begrenzt kontrollierbar ist. Je nach dem Ausmaß, in dem sie diese Erfahrung begrenzter Kontrolle bei sich selbst zulassen und symbolisieren können oder aber abwehren müssen, werden sie auch in der Therapie mehr oder weniger darauf abgewiesen sein, sich vor der Erfahrung des Kontrollverlustes zu schützen, indem sie versuchen, Kontrollillusionen aufrecht zu erhalten und die therapeutische Situation direktiv zu kontrollieren (vgl. Höger, 2000).

Auch Gesprächspsychotherapeuten erleben in ihren Therapien immer wieder den Impuls einzugreifen und die Dinge einfach in die Hand zu nehmen, sie zu lenken und damit zu kontrollieren. So können sie ungeduldig über (scheinbar) zu langsame Fortschritte der Therapie sein und daher zweifeln, ob sie auch „genügend für den Klienten tun“, sie können auch die Notwendigkeit sehen, den Klienten zu schützen, ihn vor Schaden zu bewahren. Die Grenze zu wahren zwischen einem u.U. tatsächlich notwendigen Schutz des Klienten einerseits und einem auf unreflektiertem (auf eigener Inkongruenz beruhendem) Kontrollbedürfnis andererseits (das den therapeutischen Prozeß beeinträchtigt), ist eine den Gesprächspsychotherapeuten ständig begleitende Herausforderung und Anlaß für eine ständige Auseinandersetzung mit sich selbst und dem eigenen Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle. Es gehört mit zu den übergeordneten Zielen eines Gesprächspsychotherapeuten, auf eine hinreichende eigene Toleranz für reduzierte Kontrolle zu achten (vgl. Abbildung 1, Ebene II seitens des Therapeuten).

Klienten erweisen sich nicht nur als letztlich nicht steuerbar, immer wieder erscheinen sie uns bezüglich ihrer Gedanken, Gefühle oder Handlungsweisen als nicht oder nur schwer zu akzeptieren. Sie sollen eben nicht so sein, wie sie sind. Und so erleben Gesprächspsychotherapeuten mit ihren Klienten mehr oder weniger häufig die Grenzen ihrer bedingungsfreien Wertschätzung. Die psychoanalytische Theorie und Praxis kennt derartige Reaktionen, behandelt sie unter dem Begriff der „Gegenübertragung“ und nutzt sie, um daraus diagnostische Schlüsse über den Klienten zu ziehen. Anders die GPT. Für sie sind sie das Ergebnis von Inkongruenzen seitens des Therapeuten, und liegen damit allein in dessen Verantwortung (Biermann-Ratjen, 2000). Er kann sie nutzen, um sich selber besser verstehen zu lernen. Denn in dem, was er ablehnt, begegnet er etwas ihm unbekanntem, fremdem, es sind Erfahrungen, die er bisher noch nicht symbolisiert hat. Er kann seine Akzeptanzprobleme dann für sich bearbeiten (ggf. in der Supervision oder Eigentherapie) und so das „Fremde“ der Symbolisierung zugänglich machen. Das Ergebnis dieser Selbstauseinandersetzung, die Toleranz für „Fremdes“ (vgl. Höger, 2000) bildet ein weiteres Ziel auf der übergeordneten Ebene II.

### 2.3 Die Chance für den Therapeuten

Alle diese Ziele stets im Auge zu behalten und zudem die erforderlichen Kompetenzen zu besitzen, um sie zu erreichen, bringt besonders hohe Anforderungen an den Gesprächspsychotherapeuten mit sich. Erfahrungsgemäß fühlen sich nicht nur Anfänger von ihnen überfordert, auch erfahrene Therapeuten können sich in ihrem Handlungsspielraum eingeengt fühlen und nach einfacheren, weniger anspruchsvollen Wegen suchen. Nicht zuletzt sind es wohl diese Anforderungen, die vielen die GPT paradoxerweise als ein Regelwerk von detaillierten Vorschriften vor allem darüber erscheinen läßt, was sie alles „müssen“ bzw. „nicht dürfen“.

Dabei ist, was nur allzu leicht geschehen kann, aus dem Blick geraten, daß all das, was in der GPT für den Klienten gilt (Aktualisierungstendenz, ihren entfaltenden Aspekt und die dafür notwendigen Bedingungen in Beziehungen usw.), sich in gleicher Weise auch auf den Therapeuten bezieht. Und so gilt das konstruktive klientenzentrierte Beziehungsangebot, das der Therapeut an seinen Klienten richtet, auch für seine eigene Beziehung zu sich selber. Er kann sich mit gutem Recht die Frage stellen, ob er tatsächlich der Wertschätzung nur unter der Bedingung wert ist, wenn er alle im klientenzentrierten Konzept aufgestellten Bedingungen zu jeder Zeit maximal erfüllt. Wenn nach Biermann-Ratjen et al. (1995) eine Therapie dann beendet ist, wenn der Klient die Beziehung zu sich selber aufnehmen kann, die er vom Therapeuten im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts angeboten bekommt, so ist der Therapeut dann ein guter Therapeut, wenn er seinerseits genau diese akzeptierende und empathische Beziehung, die er dem Klienten anbietet, auch zu sich selber aufnehmen kann.

Hier liegt eine enorme Chance für den klientenzentriert arbeitenden Therapeuten: Es gehört zu seinem professionellen Selbstverständnis, sich selber gegenüber eine empathisch-akzeptierende Haltung einzunehmen und damit für sich die Toleranz und Freiheit zu gewinnen, die er für seine Klienten anstrebt. Klientenzentriert zu arbeiten bedeutet für den Therapeuten eine faszinierende Gelegenheit für sein eigenes persönliches Wachstum.

### 3 Die GPT ist definiert durch die Haltung des Therapeuten

Wir haben gesehen: die GPT ist nicht durch spezifische konkrete Verhaltensweisen des Therapeuten, sondern durch übergeordnete Gesichtspunkte definiert, die sich ihrerseits aus ihrem theoretischen Hintergrund, dem von Rogers begründeten Klientenzentrierten Konzept ableiten, das seinerseits in der empirisch-methodisch orientierten psychologischen Forschung begründet ist. Damit bestimmt sich das Handeln des Therapeuten in der GPT durch die genannten Ziele, die sich ihrerseits in seiner Haltung dem Klienten gegenüber niederschlagen. Also ist die GPT durch eine spezifische Haltung des Therapeuten bestimmt.

Dies ist gelegentlich heftig kritisiert worden mit dem Argument, die praktisch-therapeutische Arbeit bestehe aus Handlungen, Haltungen allein reichten nicht aus (vgl. Sachtse und Maus, 1991). Ein Blick in Lehrbücher der Sozialpsychologie (vgl. u.a. Secord und Backman, 1976) zeigt jedoch die Schwäche dieser Argumentation, denn in der Psychologie ist der Begriff der Einstellung / Haltung bestimmt durch drei Komponenten:

1. Die kognitive Komponente, d.h. das, was an kognitiven Inhalten über den Einstellungsgegenstand bekannt ist
2. Die emotional-affektive Komponente, d.h. die Gefühle gegenüber dem Einstellungsgegenstand

### 3. Die „konative“ d.h. die Handlungskomponente.

Handlungen sind also ein konstituierendes Merkmal einer jeden Einstellung / Haltung. Haltungen werden stets in Handlungen sichtbar. Und Handlungen bekommen in Beziehungen ihre Bedeutung erst durch die in ihnen erkennbare Haltung des Handelnden. Fazit: Die Haltung des Gesprächspsychotherapeuten – wie eines jeden anderen Psychotherapeuten – äußert sich in seinem Tun, und zwar darin,

- i. Was er tut und
- ii. Wie er es tut.

Weiterhin ist entscheidend

- iii. Was er bei seinem therapeutischen Tun *denkt*
- iv. Was er dabei *fühlt* und
- v. Welche *Ziele* er dabei verfolgt.

### Literatur

- Ainsworth, M.D.S. (1985). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771-791.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapie als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Vorgehen und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2000). Wie psychoanalytisch, tiefenpsychologisch fundiert und wie verhaltenstherapeutisch ist die Gesprächspsychotherapie? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung. Historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession* (S. 366-375). Wiesbaden; Westdeutscher Verlag.
- Bischof, N. (1975). A systems approach toward the functional connections of attachment and fear. *Child Development*, 46, 801-817.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonflikts von Intimität und Autonomie*. München: Piper.
- Eckert, J. (1999). Therapieziele in der Gesprächspsychotherapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Eckert, J., Bolz, W. & Pfuhlmann, K. (1979). Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten aufgrund der "Ansprechbarkeit" des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und dynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169-180.
- Goldstein, K. (1939). *The organism. A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: American Book Company.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 294-315.
- Haken, H. (1981). *Synergetik. Eine Einführung. Nichtgleichgewichts-Phasenübergänge und Selbstorganisation in Physik, Chemie und Biologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hinde, R.A. (1979). *Towards understanding relationships*. London: Academic Press.

- 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.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 17-41). Köln: GwG-Verlag.
- Höger (1997). Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zu einer allgemeinen Psychotherapie. In H. Mandl (Hrsg.), *Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996* S. 667-673. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (2000). Der Patient als Fremder. In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung. Historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession* (S. 414-423). Wiesbaden; Westdeutscher Verlag.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374-385.
- Katz, D. (1969). *Gestaltpsychologie* (4. Aufl., bearbeitet und ergänzt von Wolfgang Metzger, Michael Stadler und Heinrich Crabus). Basel: Schwabe.
- McCleary, R.A & Lazarus, R.S. (1949). Autonomic discrimination without awareness. *Journal of Personality*, 18, 171-179.
- Metzger, W. (1975). *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments* (5. Auflage). Darmstadt: Steinkopf.
- Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G. & Noam, G. (Hrsg.)(1999). *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Perrig, W., Wippich, W. & Perrig-Chiello, P. (1993). *Unbewusste Informationsverarbeitung*. Bern: Hube
- Piaget, J. (1954). *Das moralische Urteil beim Kinde*. Zürich: Rascher.
- Prigogine, I. & Stengers, I. (1980). *Dialog mit der Natur. Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens*. München: Piper.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. Deutsch: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers*, S. 165-184. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, (1991).
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S. (Ed.), *Psychology: a study of a science, Vol. 3* (S. 184-256). New York: McGraw Hill). Deutsch: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: Gesellschaft für wiss. Gesprächspsychotherapie (1987).
- Roth, G. (1986). Selbstorganisation - Selbsterhaltung - Selbstreferentialität: Prinzipien der Organisation der Lebewesen und ihre Folgen für die Beziehung zwischen Organismus und Umwelt. In A. Dress, H. Hendrichs & G. Küppers (Hrsg.), *Selbstorganisation. Die Entstehung von Ordnung in Natur und Gesellschaft*, S. 149-180. München: Piper.
- Sachse, R & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiepek, G. & Tschacher, W. (Hrsg.)(1997). *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie*. Braunschweig: Vieweg.

Secord, P.F., Backman, C.W. (1976). *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch für Psychologen, Soziologen, Pädagogen*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.)(1995). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

#### Zusammenfassung:

Die theoretischen Vorgaben des Klientenzentrierten Konzepts nach Carl R. Rogers werden im Hinblick auf das therapeutische Handeln in der Gesprächspsychotherapie diskutiert. Erörtert werden die therapeutische Beziehung, das Konzept der Aktualisierungstendenz, das klientenzentrierte Persönlichkeits- und Störungsmodell sowie die klientenzentrierte Theorie des therapeutischen Prozesses. Die von Rogers formulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für therapeutische Veränderungen (bedingungsfreies Akzeptieren, Empathie und Kongruenz des Therapeuten) sind keine Handlungsanweisungen, sondern abstrakt formulierte Kriterien für effizientes Therapeutenverhalten. Sie gewähren in Passung mit der Situation und dem jeweiligen Klienten ein hohes Maß an Freiheit und Kreativität für das konkrete therapeutische Vorgehen.