

Doris Müller: **Gesprächspsychotherapie**

(veröffentlicht in „Projekt Psychotherapie“ 01/2014, Hrsg.: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten [bvvp] e.V.)¹

Carl R. Rogers (1902–1987) hat bereits 1942 in seinem Buch *Counseling and Psychotherapy* (Dt. Die nicht-direktive Beratung) die wesentlichen Prinzipien der Gesprächspsychotherapie skizziert. Er gehörte in den 40er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu einem Kreis humanistischer Psychologen, die sich als „dritte Kraft“ neben den Vertretern der behavioristischen und psychoanalytischen Ansätze sahen und sich einem humanistischen Menschenbild verpflichtet fühlten. Dieses Menschenbild verbindet bis heute alle humanistisch-psychotherapeutischen Ansätze.

Reinhard Tausch veröffentlichte 1968 sein Buch „Gesprächspsychotherapie“ und führte damit das Verfahren und diesen Namen für Rogers’ Konzept in Westdeutschland ein. In Ostdeutschland sorgte Johannes Helm für die Verbreitung des Ansatzes. Carl Rogers fühlte sich der empirisch-psychologischen Forschung verpflichtet und kann als Pionier der empirischen Psychotherapieforschung gelten. Auf der Basis von Video- und Tondokumentationen von psychotherapeutischen Behandlungen erforschten Rogers und sein Team Psychotherapieprozesse und Behandlungseffekte. In den folgenden Jahrzehnten wurde die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie durch zahlreiche Studien international nachgewiesen.

Die (klassische) Gesprächspsychotherapie ist im „Konzert“ der humanistischen Methoden die einzige, die die Therapeut-Patient-Beziehung als *das* therapeutische Wirkprinzip ansieht. „In der Gesprächspsychotherapie (...) dient die therapeutische Beziehung nicht der *Vorbereitung* auf eine Psychotherapie oder der *Unterstützung* der Therapie, sie *ist* die Psychotherapie. Anders ausgedrückt: Die klientenzentrierte Psychotherapie versteht sich als ‚Beziehungstherapie‘, sie setzt allein auf die therapeutische Beziehung, auf ‚Veränderung durch Beziehung‘“ (Auckenthaler 2008).

Diese Beziehung, die zu konstruktiven psychotherapeutischen Veränderungen der Persönlichkeit führt, muss nach Rogers folgende Bedingungen erfüllen:

1. Zwei Personen befinden sich in Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Patient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletzlich oder voller Angst.
3. Die zweite Person, die wird den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet bedingungsfreie positive Beachtung gegenüber dem Patienten.
5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Patienten und bemüht sich, diese Erfahrung dem Patienten mitzuteilen.
6. Der Patient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose positive Beachtung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten (übersetzt nach Rogers, 1957).

Von diesen 6 Bedingungen sind drei, nämlich 3., 4. und 5. sehr bekannt und werden auch therapieschulenübergreifend als wesentlich anerkannt. Nach meiner Erfahrung als Supervisorin bei interdisziplinären Therapeutenteams werden diese Bedingungen aber häufig als Verhaltensanweisungen missverstanden, die man gegebenenfalls im Sinne von Techniken „anwenden“ kann. Rogers hat diese Bedingungen aber nicht auf der Handlungsebene, sondern

¹ Hier leicht verändert

auf einem hohen Abstraktionsniveau beschrieben, d.h. er hat weder Regeln noch spezifische Interventionen zum Aufbau einer solchen „hilfreichen Beziehung“ vorgegeben. Seine Wirksamkeit entfaltet das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot jedoch nur dann, wenn es vom Patienten als hilfreich und förderlich wahrgenommen wird (vgl. Höger 2000). Das bedeutet für das gesprächspsychotherapeutische Arbeiten, dass ich als (effektive) Gesprächspsychotherapeutin im Zustand der Kongruenz sein sollte, bedingungsfreie positive Beachtung insbesondere dem Erleben des Patienten gegenüber fühlen kann (das ist etwas anderes als „verständnisvoll“ zu sein – und bedeutet schon gar nicht, Verhalten zu billigen) und den inneren Bezugsrahmen des Patienten kognitiv und emotional erfahre, um dann das, was ich verstanden habe, dem Patienten so mitzuteilen, dass er dieses Beziehungsangebot zumindest ansatzweise annehmen kann. Das kann bedeuten, dass ich die Gefühle des Patienten verbalisiere und auch die Gefühle, die er zu den Gefühlen hat (z.B. dass er sich seiner Angst schämt); das kann aber auch bedeuten, dass ich genau das nicht tue, weil ich empathisch erfahre, dass er das als „zu nahe getreten“ empfinden würde und sein „Sich-sicher-fühlen“ in der Therapeut-Patient-Beziehung erschüttert werden könnte. D.h. mein „Verstehen“ muss immer „individualisiert und situations-, problem-, interaktions- und prozessspezifisch“ sein (s. Auckenthaler 2008). Als Gesprächspsychotherapeutin bin ich außerdem für den Patienten als Mensch erfahrbar und hinterfragbar.

Eine Voraussetzung dafür, dass der Therapeut dieses gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot machen kann, ist sein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz eines jeden Menschen: Rogers nahm an, dass jeder Mensch eine angeborene Aktualisierungstendenz hat, die von Geburt an wirksam ist: „Aktualisierungstendenz ist die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern“ (Rogers, 1959/1991). Rogers hat den Begriff aus der Gestaltpsychologie übernommen, zu deren zentralen Themen das Prinzip der Selbstorganisation gehört. Selbstorganisation besagt u.a., dass Organismen die Fähigkeit zur Selbstheilung besitzen, d.h. sie sind in der Lage, sich bei Störungen selbst zu reorganisieren, sofern sie in *ihrer Umwelt die dafür erforderlichen Bedingungen vorfinden* (nach Höger 2000). Gesprächspsychotherapeuten vertrauen auf diese Selbstheilungskräfte und stellen mit ihrem Beziehungsangebot die Bedingungen zur Verfügung, die es dem Patienten ermöglichen, den für ihn richtigen Weg zu finden. In diesem Sinne ist auch die zur Gesprächspsychotherapie gehörende Nichtdirektivität zu verstehen.

Nach Rogers kann die Aktualisierungstendenz durch Sozialisationsbedingungen erheblich blockiert werden, was zu einer unbewussten oder bewussten Inkongruenz führen kann. Psychotherapiepatienten befinden sich gewöhnlich im Zustand der Inkongruenz, d. h. sie sind mit sich uneins, verstehen und akzeptieren sich nicht in ihrem Erleben. Wenn die Inkongruenz nicht bewusst ist, sind sie verletzlich, ängstlich und/oder fühlen sich bedroht. Rogers sah Inkongruenz – d.h. die Nichtübereinstimmung der im Bewusstsein repräsentierten Erfahrung mit der Gesamtheit der Erfahrung – als grundlegend für alle psychischen Störungen an.

Die gesprächspsychotherapeutische Beziehung ermöglicht es dem Patienten sich angstfreier selbst zu explorieren und sich bisher abgewehrten Selbsterfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen und Bewertungen zu stellen. Das führt dazu, dass der Patient sich im Laufe des Psychotherapieprozesses besser versteht, sich zunehmend akzeptiert und Lösungen für seine Probleme findet, die zu ihm passen.

Die Anforderungen an Gesprächspsychotherapeuten sind hoch, da sie angehalten sind, sich andauernd um Kongruenz, Unbedingte Positive Beachtung und Empathie zu bemühen – und vor allem schnell zu spüren – und dann auch zu reflektieren, wenn sie den Zustand der

bedingungsfreien positiven Beachtung verlassen, denn dann sind sie auch nicht mehr kongruent und empathisch.

Ausbildung in Gesprächspsychotherapie legt deshalb besonderen Wert auf die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit in Bezug auf Kongruenz, Selbstakzeptanz und Selbstempathie. Gesprächspsychotherapeuten verpflichten sich traditionell zu lebenslänglicher Supervision, um sich kontinuierlich zu reflektieren.

Gesprächspsychotherapie ist ein person- und kein symptomzentriertes Verfahren, d.h. das Verschwinden von Symptomen bzw. ihr Abklingen ist nicht das primäre Ziel des gesprächspsychotherapeutischen Entwicklungsprozesses, sondern das Ergebnis der veränderten Beziehung des Patienten zu sich selbst. Eine Gesprächspsychotherapie ist dann erfolgreich beendet, wenn der Patient zu sich selbst die Art von Beziehung aufnehmen kann, die der Therapeut ihm angeboten hat (Biermann-Ratjen et al.1979).

Da die Annahme des GPT-Beziehungsangebotes durch den Patienten die Hauptvoraussetzung für die Durchführung einer Gesprächspsychotherapie ist – und nicht die Art der Störung, ist die Gesprächspsychotherapie grundsätzlich für die Behandlung aller bekannten psychischen Erkrankungen geeignet, nachgewiesenermaßen auch für schwere psychische Störungen, z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen und psychotische Erkrankungen.

Für viele Patienten ist eine GPT das für sie optimale psychotherapeutische Verfahren (gemäß differentieller Therapieindikation). Ein wesentlicher Faktor dabei ist, dass das Verfahren niederschwelliger ist als andere Verfahren: Die Patienten müssen u.a. weder unter einem (unbewussten) Konflikt leiden, noch Ziele haben, noch freiwillig zur Psychotherapie kommen. Gesprächspsychotherapie leistet damit einen wichtigen Beitrag für die Versorgung, da sie auch Patienten erreicht, die nicht von allen Verfahren und Methoden erreicht werden (z.B. Eckert et al. 2004).

Literatur

- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie .In M. Hermer und B. Röhrle (Hrsg), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Band 2*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H. (1979). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, 49, 415-426.
- Höger, D. (2000). Ist das noch GT, wenn ich...? Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeutenforum Praxis und Wissenschaft*, 7(5), .5-17.
- Rogers, C. R. (1957). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin (Dt.: Die nicht-direktive Beratung 1972. München: Kindler).
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. III:* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill (Dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes (3. Auflage) 1991. Köln: GwG Verlag
- Völker, U. (Hrsg)(1980) *Humanistische Psychologie*. Weinheim: Beltz.