

Einleitung zur 9. Auflage

Wir haben dieses Buch für seine 9. Auflage erneut gründlich überarbeitet. Sie erscheint kurz nachdem in Deutschland entschieden worden ist, dass sich Psychologen zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausbilden lassen können. Eine solche Entscheidung war notwendig geworden, weil durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz die heilkundliche Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland neu geregelt worden ist. Nach diesem Gesetz dürfen psychologische Psychotherapeuten nur in »wissenschaftlich anerkannten« Psychotherapieverfahren ausgebildet werden.

Trotzdem soll dieses Buch nach wie vor kein Lehrbuch sein. Es beleuchtet die Charakteristiken des Klientenzentrierten Konzepts und der Gesprächspsychotherapie aus verschiedenen Perspektiven.

Wir werden wieder einmal gefragt werden, warum wir in einer Zeit, in der die Integration dessen, was die verschiedenen Therapieschulen zu bieten haben, möglich zu sein scheint (vgl. Basch, 1992/1988) und angestrebt wird (vgl. Orlinsky, 1994), erneut die Grundlagen einer Therapieschule beleuchten.

Unsere Antwort auf diese Frage lautet wieder: In einer Zeit, in der sich die Bemühungen um die Integration dessen, was die verschiedenen Therapieschulen zu bieten haben, auf die Integration von Techniken konzentriert, muss eine Therapieschule, die sich weniger um die Erfindung von Therapietechniken bemüht hat als darum, den psychotherapeutischen Prozess als solchen zu verstehen (vgl. Basch, a.a.O.), auf diesen ihren Beitrag zu einem integrierenden Psychotherapiemodell hinweisen.

Uns erscheint das als zunehmend notwendig, weil die im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts entwickelten Behandlungstechniken mehr und mehr mit diesem gleichgesetzt und darüber hinaus von ihm abgetrennt zu Allgemeingut werden. Sie gelten als therapeutisches Basisverhalten oder gar als die allgemeinen – neben den für die einzelnen Therapieformen spezifischen – therapeutischen Faktoren. Ihre Herkunft aus dem Klientenzentrierten Konzept wird dabei oft gar nicht mehr erwähnt. Auch viele Gesprächspsychotherapeuten unterscheiden nicht zwischen dem Klientenzentrierten Konzept und den in seinem Rahmen konzipierten Behandlungstechniken und kümmern sich wenig – vergessen und verleugnen ihn sogar – um den Beitrag, den das Klientenzentrierte Konzept zum Verstehen von Psychotherapie und der menschlichen Natur ganz allgemein leisten kann. Sie vereinfachen und verkürzen das von Rogers auf einem sehr hohen Abstraktionsniveau formulierte Klientenzentrierte Konzept (vgl. Höger, 1989) und beklagen zugleich seine Theoriearmut.

Dieses Buch versucht also auch in seiner überarbeiteten Form eine »integrative« Darstellung der Gesprächspsychotherapie.

Sie soll verdeutlichen, dass der Weg, den Gesprächspsychotherapeuten vor dem Hintergrund ihres Verständnisses von Psychotherapie und der menschlichen Natur einschlagen, auch ein spezifischer ist. Bezüglich der Wirksamkeit der verschiedenen therapeutischen Verfahren weiß man heute, dass viele Wege nach Rom führen. Der Weg,

den Gesprächspsychotherapeuten einschlagen, ist sicherlich nicht für alle gleich gut begehbar. Das gilt sowohl für Patienten als auch für Psychotherapeuten. Dennoch ist er ein besonderer, klar ausgedeuteter und für viele Patienten und Psychotherapeuten besonders geeigneter. Er soll in diesem Buch beschrieben werden.

Im Kapitel I werden die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, die Carl Rogers entdeckt hat, dargestellt. Diese Bedingungen beschreiben bestimmte Beziehungen, die Menschen zum Erleben eines anderen Menschen, aber auch zum eigenen Erleben haben können.

Im Kapitel II werden das Beziehungsangebot, das der Gesprächspsychotherapeut dem Klienten macht, und die Methoden zu seiner Gestaltung mit denen der Psychoanalytiker und denen der Verhaltenstherapeuten verglichen. Es geht in diesem Kapitel nicht um die Psychoanalyse und nicht um die Verhaltenstherapie. Sie sind nur der Hintergrund, vor dem vor allem das Klientenzentrierte Konzept der unbedingten Wertschätzung bzw. unbedingten positiven Beachtung beleuchtet wird.

Im Kapitel III geht es um die wissenschaftlichen Prüfungen des Klientenzentrierten Konzepts und der Effekte von Gesprächspsychotherapien.

Im Kapitel IV wird herausgearbeitet, was wir bezüglich der menschlichen Natur ganz allgemein und bezüglich der Entwicklung von psychischen Krankheitsbildern im Besonderen aus dem Umstand schlussfolgern können, dass psychische Störungen durch Gesprächspsychotherapie behandelt werden können.

Im Kapitel V wird der Prozess der Beziehungsaufnahme zum eigenen Erleben und zum Erleben anderer an Beispielen verdeutlicht. Es geht in diesem Kapitel exemplarisch um die Natur der menschlichen Organisation von Welt- und Selbsterfahrung und damit Selbstentwicklung, um den »Inneren Bezugsrahmen«.

Im Kapitel VI geht es um Fragen der Indikation und Prognose von Gesprächspsychotherapie und damit auch um die Ergebnisse der vergleichenden Psychotherapieforschung.

Das neue Kapitel VII stellt dar, wie eine Indikationsstellung in der Praxis erfolgen kann und wie man mit Hilfe eines Erstinterviews die Rahmenbedingungen einer Gesprächspsychotherapie absteckt: das geeignete Setting (Einzel-, Gruppen- oder Paartherapie), die erforderliche Dauer (Kurz-, Normal- oder Langzeittherapie) und die Therapiefrequenz.

Und im Kapitel VIII wird besprochen, wie auf der Grundlage des Verstehens des Klientenzentrierten Konzepts soziale Arbeit geleistet werden kann.

Abschließend seien die Leserin und der Leser auf Folgendes hingewiesen: Wir haben von einer immer wieder als notwendig angemahten Namensänderung Abstand genommen: Wir bleiben bei dem Namen Gesprächspsychotherapie. Es ist in Deutschland seit Jahrzehnten Tradition, von Gesprächspsychotherapie zu sprechen, wenn das auf Carl R. Rogers zurückgehende heilkundliche Psychotherapieverfahren gemeint ist, und vom Klientenzentrierten Konzept, wenn die damit verbundenen Theorien gemeint sind. Wir sehen keine ausreichend gewichtigen Gründe, diese Tradition aufzugeben, obwohl die Bezeichnung »Gesprächspsychotherapie« international keine Entsprechung hat. Die Beibehaltung wurde auch dadurch erleichtert, dass uns mögliche Alternativen nicht überzeugen konnten. Der größte gemeinsame Nenner in den deutschsprachigen Ländern ist sicherlich immer noch die Bezeichnung Klientenzentrierte Psychotherapie, die auf Rogers' »Client-centered therapy« zurückgeht. Es gibt vor allem in Österreich eine starke Fraktion, die auf die nicht-klinischen Anwendungsfelder hinweist und auf dem Begriff der »Personenzentrierten Psychotherapie« besteht. So erscheinen nicht nur wichtige Bücher unter diesem Label (z.B. »Die vielen Gesichter der personenzentrierten

Psychotherapie« von Keil & Stumm, 2002), sondern es wurde auch ein Weltverband für »personenzentrierte und experienzielle Psychotherapie« gegründet.

Wir finden: So, wie man einen 50-jährigen Menschen nicht mehr umtauft, um ihm einen Namen zu geben, der seine 50-jährige Entwicklung und sein Gewordensein besser repräsentiert als der Name, auf den er getauft worden ist, so sollte man auch die Bezeichnung eines Verfahrens nicht ändern, nur weil der Taufname nicht besonders glücklich ist und das Verfahren wenig charakterisiert. Namen sind bzw. werden zu Symbolen. Sie sind keine genaue Kennzeichnung der Person oder des Gegenstandes. »Psychoanalytiker« nennen sich außer Freud z.B. auch Adler, Schultz-Henke, Ammon und Kernberg, und die Zeiten, in denen Verhaltenstherapeuten ihre therapeutischen Bemühungen auf das sichtbare Verhalten von Menschen beschränkt haben, sind auch längst vorbei.

Laien haben in der Regel keine Verständnisprobleme, wenn wir ihnen ihre Frage, was wir sind bzw. tun, so oder so ähnlich beantworten: Wir sind Gesprächspsychotherapeuten, und wir führen Gesprächspsychotherapien durch. Dabei handelt es sich um ein von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers entwickeltes psychotherapeutisches Verfahren, das zu den humanistischen Therapieansätzen gehört.

Hamburg, Samothraki und Braunschweig
im Herbst 2003

Eva-Maria Biermann-Ratjen
Jochen Eckert
Hans-Joachim Schwartz

Kapitel I Das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot

1 Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess

Carl Rogers hat im Jahre 1957 die »notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie« beschrieben. Er hat auf der Grundlage der Erfahrungen, die er in vielen Jahren des psychotherapeutischen Umgangs mit Menschen, die psychotherapeutische Hilfe benötigten, gemacht hat, allgemeine Voraussetzungen klar definierbarer und operationalisierbarer Art abgeleitet, die die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen in einem psychotherapeutischen Prozess beinhalten.

Carl Rogers verstand unter konstruktiver Persönlichkeitsveränderung das, was, wie er sagt, Kliniker übereinstimmend begreifen als bessere Integration, weniger innere Konflikte, Freisetzung von Kräften für den Einsatz für eine erfolgreichere und befriedigendere Lebensgestaltung sowie Verhaltensänderung in Richtung auf Verhaltensweisen, die allgemein als reifer angesehen werden.

Die sechs Bedingungen, die gegeben sein müssen und über eine gewisse Zeitspanne Bestand haben müssen, wenn sich eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung in einer Psychotherapie entwickeln soll, sind:

1. Zwei Menschen haben einen psychologischen Kontakt: Sie reagieren aufeinander, machen einander etwas aus, »each makes some perceived difference in the experiential field of the other« (Rogers, 1957, S. 96). Dieses »Sich-etwas-aus-dem-Anderen-machen« muss nicht bewusst sein, und der eine muss die Bedeutung, die er für den anderen hat, nicht unbedingt sicher ausmachen können. Die Beziehung muss aber da sein.
2. Der eine Mensch, der Klient, ist inkongruent: mit sich selbst uneins, verletzlich, ängstlich. Er ist mit einem Erleben oder Empfinden beschäftigt, das nicht zu seinem Selbstbild passt.
Rogers nimmt an, dass jeder Mensch ein Selbstkonzept hat, ein Abbild vom eigenen Erleben, in das nicht jede Erfahrung integriert wird. Er nennt einen Zustand, in dem eine Erfahrung nicht in das Selbstbild integriert werden kann, einen Zustand von Inkongruenz.
Wenn sich der Klient der Inkongruenz nicht bewusst ist, dann ist er verletzlich; wenn er sie ahnt, dann befindet er sich in einem Spannungszustand, der als Angst bekannt ist.
3. Der andere Mensch, der Therapeut, ist, was die Beziehung zum Klienten anbelangt, kongruent, mit sich selbst eins oder integriert. So kann er in dieser Beziehung »echt« sein, »real« er selbst sein (»genuine«). Sein tatsächliches Erleben stimmt mit dem

überein, was er von seinem Erleben wahrhaben kann. Es ist für ihn möglich, sich seines gesamten Erlebens in der Beziehung zum Klienten bewusst zu werden. Das Gegenteil wäre eine bewusste oder unbewusste »Fassade«, d. h., der Therapeut wäre damit befasst, Teile seines Erlebens in der Beziehung zum Klienten bewusst oder unbewusst nicht wahrzuhaben. Echtheit in diesem Sinne ist für den konkreten Zeitpunkt des Kontaktes mit dem Klienten herstellbar, und zwar auch dann, wenn der Therapeut Empfindungen hat, von denen er annimmt, dass sie für den Klienten und seine Entwicklung nicht günstig sind.

4. Der Therapeut erlebt sich als dem Klienten ohne Bedingungen zugewandt (»the therapist experiences unconditional positive regard for the client«, Rogers, 1957, S. 96). Er kann die Erfahrungen des Klienten, weil sie Bestandteil dieses Menschen sind, annehmen, so dass er nicht denken muss: »Ich mag dich, weil du so und nicht anders bist«. Das Gegenteil wäre: »In diesem Punkt finde ich dich gut, in diesem nicht, du tust also gut daran, so zu sein, wie ich dich gut finde«. Diese unbedingte Wertschätzung des Klienten entspricht nicht einem Bedürfnis des Therapeuten, hat ihre Quelle z. B. nicht darin, dass der Therapeut seinen Klienten mag oder dass er ein guter Therapeut sein möchte. Rogers stellt sehr deutlich dar, dass die Bedingung »unconditional positive regard« dann als gegeben angesehen werden kann, wenn sich ihr Effekt zeigt: dass nämlich der Klient dazu kommt, intensiver über sich selbst nachzudenken und sich um die eigene Erfahrung zu kümmern (und nicht um eine »gute Beziehung« zum Therapeuten). Der Klient kann dann als selbständige, vom Therapeuten deutlich getrennte (separate) Person dem Prozess der eigenen Erfahrung nachgehen, in welche Richtung auch immer, ohne sich der Gefahr ausgesetzt zu sehen, die unbedingte Wertschätzung des Therapeuten zu verlieren. Dieses bedingungslose Annehmen des Klienten, was auch immer er »ist«, so betont Rogers ausdrücklich, könne natürlich nur ein Ziel sein, das immer anzustreben, aber nur theoretisch zu erreichen sei (»would never exist except in theory«, Rogers, 1957, S. 98).
5. Der Therapeut erfährt auf dem Wege der Einfühlung (empathy) das Erleben des Klienten in dessen Innerem Bezugsrahmen, und er bemüht sich, dem Klienten die Erfahrungen, die er, der Therapeut, auf diesem Wege macht, mitzuteilen. Die Einfühlung des Therapeuten führt zu einem genauen Verstehen dessen, was der Klient von seinen eigenen Erfahrungen wahrnimmt, so genau, als handelte es sich um eigene Erfahrungen. Die Einfühlung des Therapeuten ist von dem Bewusstsein begleitet, dass es eben nicht die eigenen Erfahrungen, sondern die eines anderen Menschen sind, in die er sich einfühlt. Geht dieses Bewusstsein verloren, dann werden die Gefühle des Klienten zu den eigenen Gefühlen des Therapeuten. Der Therapeut ist dann mit dem Klienten identifiziert. Besonders dann, wenn es sich beim Klienten um verwirrende Gefühle handelt, sagt Rogers, werde deutlich, dass die Einfühlung des Therapeuten zur Klärung des Erlebens des Klienten beitragen soll und dass nicht ein unreflektierbares Miterleben der Gefühle des Klienten gemeint ist – geteilte Verwirrung ist keine Einfühlung.
6. Der Klient nimmt zumindest in Ansätzen wahr, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und – ohne ihm Bedingungen zu stellen – wertschätzt.

In Darstellungen der Klientenzentrierten Psychotherapie werden diese sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Ingangsetzen und die Aufrechterhaltung des psychotherapeutischen Prozesses oft, leicht und gern reduziert auf die Darstellung der drei sog. »Therapeutenvariablen«: Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und einführendes Verstehen, wobei letztere auch noch gern gleich gesetzt wird mit ihrer ope-

rationalen Definition als »Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte« (vgl. Kap. III). Man wird aber der Psychotherapiekonzeption von Rogers nicht gerecht, wenn man in ihr nur eine Abstraktion des »Therapeutenverhaltens« sieht. Mindestens eben so wesentlich zum Verständnis dieses Konzepts sind die Abstraktionen der psychologischen Voraussetzungen, die Personen erfüllen, die psychotherapierbar sind:

1. Der Klient ist kontaktfähig: Der Therapeut bewirkt eine wahrnehmbare Veränderung des Erfahrungsfeldes des Klienten.
2. Der Klient ist inkongruent und spürt das auch in irgendeiner Art und Weise: als mit sich selbst uneins sein, sich nicht verstehen, sich nicht akzeptieren und/oder in der Form von Gespanntheit, die Angst genannt wird.
3. Der Klient nimmt zumindest in Ansätzen wahr, dass ihn der Therapeut in seinem Erleben einführend versteht und ohne Bedingungen akzeptiert.

In diesen vielfach vernachlässigten Bedingungen fasst Rogers »abstrakt« zusammen:

1. was menschliche Entwicklung zu besserer Integration (s. o.) durch Psychotherapie zur Voraussetzung hat, nämlich Kontakt;
2. welcher Art der Entwicklungsstillstand ist, der durch Psychotherapie behoben werden kann, nämlich Inkongruenz, und wie diese erfahren wird, und
3. welcher Art der Kontakt ist, durch den Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht wird, nämlich ein Kontakt, in dem sich eine Person als in ihrem Erleben empathisch verstanden und ohne Bedingungen wertgeschätzt erfährt.

Die eigentliche Entdeckung C. Rogers' ist nicht in der Abstraktion von operational definierbaren »Therapeutenvariablen« zu sehen. Vielmehr ist es die Entdeckung, dass Menschen, wenn sie in einer Psychotherapie ihren eigenen Weg gehen dürfen, das Ziel verfolgen, das Selbst zu werden, das sie in Wahrheit sind. Unter der Bedingung von unbedingt positiver empathischer Beachtung entwickeln sie ihr Selbstkonzept, ihre Identität, werden mit sich selbst identisch (vgl. Rogers, 1983). So wie S. Freuds wesentliche Entdeckung nicht in der des Unbewussten und seiner Inhalte zu sehen ist, sondern in der Entdeckung der Entwicklung von Übertragung und Widerstand gegen das Bewusstwerden von Erfahrung in einem therapeutischen Kontakt, so ist die wesentliche Entdeckung von C. Rogers die Selbstkonzeptentwicklung im psychotherapeutischen Prozess.

Die Bedingungen für diese Entwicklung des Selbstkonzepts sollen im Folgenden ausführlicher beschrieben werden.

C. Rogers definiert sie folgendermaßen: Der Therapeut ist im Kontakt mit dem Erleben des Klienten kongruent, unbedingt wertschätzend und empathisch. Der Therapeut hat also eine bestimmte Art von Beziehung zum Klienten bzw. macht ihm ein *Beziehungsangebot*, das durch die Merkmale Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie charakterisiert ist.

Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie werden in der Literatur häufig als die Kern- oder Basis-Variablen des Therapeuten bezeichnet; und es werden für sie zum Teil auch andere Namen verwendet.

Im allgemeinen Sprachgebrauch gilt eine Beziehung als dadurch gekennzeichnet, dass zwei Menschen emotional aufeinander reagieren, wobei jeder für sich bestimmte Gefühlszustände anstrebt, deren Erreichung von den Gefühlen und dem diesen entsprechenden Verhalten des je anderen abhängig ist.

In der therapeutischen Beziehung hat der Therapeut das Ziel, für den Klienten Wertschätzung zu empfinden, was auch immer der Klient erlebt. Und dieses Gefühl der

unbedingten Wertschätzung strebt der Therapeut nicht sich selbst und nicht dem Klienten zuliebe an, sondern im Dienst der Persönlichkeitsentwicklung des Klienten. Dass das Gelingen einer solchen Arbeitsbeziehung auch für den Therapeuten eine durchaus angenehme Erfahrung ist und dass diese Arbeitsbeziehung auch eine echte und unter Umständen sehr tiefe, wirkliche Beziehung ist, ändert nichts daran, dass sie eine ist, die vom Therapeuten nicht um ihrer selbst willen, sondern um des Therapieprozesses willen angestrebt wird.

Wir werden im Folgenden die drei Komponenten des therapeutischen Beziehungsangebots darstellen, und zwar aus didaktischen Gründen in einer anderen Reihenfolge, als sie von Rogers entsprechend seiner Einschätzung ihrer Unabdingbarkeit aufgeführt worden sind.

2 Die Definition des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes

2.1 Empathie

Dieser Aspekt des therapeutischen Beziehungsangebotes wird in der deutschsprachigen Literatur auch als »Einfühlerndes Verstehen« (Bommert, 1987) bezeichnet und vielfach mit seiner operationalen Definition als »Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)« (Tausch, 1973) oder »Reflektieren von Gefühlen« (Minsel & Langer, 1974) gleichgesetzt. Rogers (1959, S. 210f/1987) beschreibt ihn folgendermaßen:

Der Zustand der Einfühlung oder des Sich-Einfühlens besteht darin, den Inneren Bezugsrahmen eines anderen genau wahrzunehmen, unter Einschluss der dazugehörigen gefühlsmäßigen Komponenten und Bedeutungen, so als ob man selbst der andere wäre, ohne aber jemals den Als-ob-Zustand zu verlassen. In diesem Sinne bedeutet es, den Schmerz oder die Freude eines anderen zu erfühlen, so wie er sie fühlt, und deren Ursachen wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, aber ohne jemals die Erkenntnis zu verlieren, dass es so ist, als ob ich verletzt oder froh wäre usw. ... Wenn diese Als-ob-Eigenschaft verloren geht, handelt es sich um den Zustand der Identifikation – und nicht mehr um Empathie.

In einem späteren Aufsatz gibt Rogers (1976, Übersetzung in Jankowski, Tscheulin, Fietkau & Mann, 1976, S. 33–51) eine erweiterte Definition von Empathie. Er versucht dabei unter Rückgriff auf das *Experiencing*-Konzept von Gendlin (1962) genauer zu beschreiben, worauf sich die Einfühlung bezieht:

Die als empathisch-einfühlernd bezeichnete Möglichkeit, mit einem anderen Menschen zusammen zu sein, hat verschiedene Aspekte. Sie bedeutet, die persönliche Wahrnehmungswelt eines anderen zu betreten und völlig in ihr zu Hause zu sein. Sie umfasst jeden Augenblick Empfindsamkeit für die wechselnden *Gefühlsbedeutungen*, die in diesem anderen Menschen strömen, für Angst oder Wut, Zärtlichkeit oder Verwirrung oder was auch immer er oder sie gerade an Erleben erfährt. Sie bedeutet, zeitweise in seinem Leben zu leben, sich darin vorsichtig und, ohne Urteile zu fällen, zu bewegen und die *Gefühlsbedeutungen*, deren er sich kaum bewusst ist, zu erfühlen, damit aber nicht zu versuchen, Gefühle aufzudecken, deren sich der andere völlig unbewusst ist, denn das wäre zu bedrohlich. Einfühlung schließt das Mitteilen deiner Gefühle bezüglich seiner Erlebniswelt mit ein, da du Elemente, denen der andere furchtsam gegenübersteht, unvoreingenom-

men und unerschrocken betrachtest. Es bedeutet, regelmäßig mit ihm die Genauigkeit deiner Sinneswahrnehmungen zu prüfen und dich durch die erhaltenen Antworten leiten zu lassen. Du bist für den anderen in seiner inneren Welt ein vertrauensvoller Gefährte. Indem du die *Gefühlsbedeutungen* in dem Strom seines Erlebens aufzeigst, hilfst du dem anderen, diese wertvolle Beziehung zum inneren Erleben aufzunehmen, die *Gefühlsbedeutungen* erlebnismäßig vollständiger zu erfahren und im Erleben (experiencing) weiterzukommen. Mit einem anderen Menschen in dieser Weise zusammen zu sein bedeutet, dass du in dieser Zeit die Sichtweisen und Werthaltungen, an die du dich selbst hältst, beiseite legst, um ohne Vorurteil die Erlebniswelt des anderen zu betreten. In gewissem Sinne heißt dies, dass du dein Selbst zurückstellst, und dies kann nur jemand, der in sich selbst stabil genug ist, um zu wissen, dass er sich selbst nicht verlieren wird in der Erlebniswelt des anderen, die sich als fremd und bizarr herausstellen kann, und dass er ohne Schwierigkeiten in seine eigene Welt zurückkehren kann, wann er es will (Hervorhebungen d. die Verfasser).

Rogers spricht hier von der persönlichen Wahrnehmungswelt des Klienten, in der Erfahrungen gefühlte Bedeutungen haben, bewertet sein können und mehr oder weniger zugelassen sein können. Er bezieht sich dabei ausdrücklich auf Gendlin (1962; 1978; 1981). Dessen Arbeiten sind von Bense (1977) sowie von Bommert und Dahlhoff (1978), aber auch von Wild-Missong (1983) im deutschsprachigen Raum bekannt gemacht worden (vgl. auch Keil, 2002).

Gendlin betont, dass sich der Mensch in einem ständigen Erlebensfluss befindet. Er nennt ihn »experiencing«. Er bevorzugt diesen Ausdruck gegenüber dem Terminus »experience«, ebenso wie er (in Wien aufgewachsen) es als zutreffender bezeichnet, vom Fühlen als von Gefühlen zu sprechen¹, um den Prozess- oder Flusscharakter des inneren Erlebens zu verdeutlichen, den er auch den »Stoff« nennt, aus dem die Person besteht. Das Individuum kann sich jederzeit diesem innerlichen Fühlen zuwenden. Gendlin nennt das die Möglichkeit zum »direct referent«. In der Konzentration auf das eigene innere Fühlen (Focusing) tauchen Körperempfindungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle und Worte auf, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Sinn bzw. Bedeutung geben. Sie sind Formen, in denen sich das Fühlen symbolisiert (Symbolisierungsprozess), d. h., dem Bewusstsein zugänglich wird. Im Symbolisierungsprozess geschieht also die Bewusstwerdung, die Reflexion von Erfahrung. Wenn im Symbolisierungsprozess eine im Augenblick gegebene Erfahrung und ihre Bedeutung im Sinne eines: »Das ist es, was mich bewegt!« klar wird, tritt eine auch körperlich spürbare Entspannung ein. Gendlin betont sehr, dass jeder Mensch im und am eigenen Körper spüren kann, ob und dass es ihm gelingt, seines Erlebens gewahr zu werden, und dass es nicht »sheer emotions« sind, die symbolisiert werden, sondern Erfahrungen, die uns auch emotional bewegen und uns damit ihre Bedeutung enthüllen. Auf diesen »Stoff« der Persönlichkeit des Klienten, in der einen oder anderen Form symbolisiert und in der einen oder anderen Form, z. B. verbal oder a-verbal, zum Ausdruck gebracht, richtet sich die Empathie des Therapeuten.

Die Mitteilung des Therapeuten an den Klienten in sprachlicher Form, dass er ihn auf dem Wege der Einfühlung verstanden hat, wird seit Tausch, Eppel, Fittkau und Minsel (1969) die »Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte« genannt.

Für deren Einschätzung – der operational definierten Empathie des Therapeuten – gibt es Skalen (s. S. 19).

Neben der Beschreibung des sog. »Therapeutenverhaltens« auf den einzelnen Stufen enthält die Skala von Tausch (vgl. Tausch, 1973, S. 80) zwei Anweisungen:

1 Laut persönlicher Mitteilung.

1. Die Verbalisierungen des Therapeuten sollen möglichst die »persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte« des Klienten aufgreifen, seine »Gefühle, gefühlsmäßige(n) Bewertungen von Ereignissen, Wünschen, Interessen, (sein) Erleben der eigenen Person und (sein) Erleben der Wirkung der eigenen Person auf andere Menschen«.
2. Der Therapeut soll möglichst alle »wesentlichen« persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens des Klienten ansprechen (Stufe 12 der VEE-Skala).

Wie eine Reihe von Untersuchungen gezeigt hat, sind sich Beurteiler, die unabhängig voneinander einen Therapieausschnitt einschätzen, in der Regel sehr einig darüber, auf welchem Punkt der Skala das zu beurteilende Therapeutenverhalten einzuordnen ist. Offenbar ist eine solche Einordnung sogar dann möglich, wenn nur die Therapeutenäußerung vorliegt, d. h., wenn die vorangegangene Klientenäußerung, auf die sich die Mitteilung des einführenden Verstehens des Therapeuten bezieht, fehlt (Truax, 1966).

Bezüglich der Nützlichkeit der Skala, vor allem in Hinblick auf ihre Validität, sind in der Vergangenheit viele Zweifel geäußert worden. Die weitestgehende Kritik wirft die Frage auf, ob das dem Einsatz solcher Skalen zugrunde liegende wissenschaftstheoretische Verständnis überhaupt eine geeignete Basis zur adäquaten Beantwortung von Fragen im Bereich Psychotherapie ist (vgl. Kwiatkowski, 1980).

Es scheint dennoch so zu sein, dass das, was mit der Skala »Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte« (VEE) gemessen wird, ein relativ sicherer Indikator für das Vorliegen von Empathie ist. Wenn der Therapeut mit dem Klienten über dessen persönlich-emotionale Erlebnisinhalte sprechen kann, hat er sich wahrscheinlich empathisch in das Erleben des Klienten eingefühlt. Beurteiler, die mit dem Konzept Empathie vertraut gemacht worden sind und eine gute Wahrnehmung für zwischenmenschliche Beziehungen haben, kommen zu übereinstimmenden Beurteilungen bezüglich des Ausmaßes von einführendem Verstehen, das ein Therapeut aufbringt.

In funktionalem Sinne dient die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte durch den Therapeuten der Förderung der Selbstexploration des Klienten.

Dieser funktionale Zusammenhang ist theoretisch begründet und empirisch gesichert: In den Überlegungen zur Grundlegung der Gesprächspsychotherapie (vgl. Rogers, 1959/1987) wird ein Individuum dann behandlungsbedürftig, wenn zwischen seinem Selbst und seiner Erfahrung Inkongruenz besteht. Das Selbst eines Individuums wird verstanden als »organisierte, in sich geschlossene Gestalt. Diese beinhaltet Wahrnehmungscharakteristiken des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte.« (Rogers, 1959/1987, S. 26). Im Zustand der Inkongruenz werden Erfahrungen, die nicht mit dem Selbst zu vereinbaren sind, »abgewehrt«, z. B. verzerrt wahrgenommen, teilweise oder ganz dem Bewusstsein vorenthalten (vgl. Bommert, 1987, S. 34). Auf diese Zusammenhänge wird im Kap. IV genauer eingegangen.

Das empathische Verstehen des Therapeuten soll dazu führen, dass der Klient seine Erfahrung genau und vollständig wahrnimmt, eine Abstimmung vornimmt zwischen der Erfahrung und dem Konzept, das er von sich selbst hat.

Es gilt als wissenschaftlich hinreichend bewiesen, dass die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, wenn sie Ausdruck des empathischen Verstehens des Therapeuten ist, die Selbstexploration des Klienten fördert. Diese kann als Indikator für die Intensität angesehen werden, mit der sich der Klient mit der Kompatibilität seiner Erfahrung mit seinem Selbstkonzept auseinandersetzt.

Skala zur Beurteilung des Merkmals »Verbalisierung persönlich-emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten« (»VEE-Skala«) (nach Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B. & Minsel, W.-R., 1969).

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden Beurteilungsskala von 1 bis 12, in welchem Ausmaß der Psychotherapeut die persönlich-emotionalen (persönlich-gefühlsmäßigen) Erlebnisse verbalisiert. Lassen Sie sich bitte bei Ihrer Beurteilung nicht durch die folgende Ablehnung oder Zustimmung des Klienten beeinflussen. Bitte ordnen Sie jede Therapeutenäußerung derjenigen Stufe zu, die Ihrer Meinung nach für die Äußerung am zutreffendsten ist.

Stufe 1

Stufe 2:

Keine Verbalisierung der vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. Auch keine Äußerung über irgendwelche vom Klienten vorgebrachten äußeren Sachverhalte. Die Äußerung besteht etwa aus einer Belehrung oder Ermahnung.

Stufe 3

Stufe 4:

Keine Verbalisierung der vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. Jedoch Äußerung über irgendwelche vom Klienten vorgebrachten äußeren Sachverhalte.

Stufe 5

Stufe 6:

Verbalisierung eines oder einiger nebensächlicher vom Klienten ausgedrückter Erlebnisinhalte. Es werden nicht diejenigen Erlebnisinhalte vom Psychotherapeuten verbalisiert, auf die der Klient in seiner Äußerung das Hauptgewicht legte; z. B. bezieht sich der Psychotherapeut ausschließlich auf einen Inhalt, den der Klient nur als Beispiel für den Hauptinhalt des Erlebens brachte.

Stufe 7

Stufe 8:

Verbalisierung eines Teiles der wesentlichen, vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten. – Es fehlen aber andere wesentliche Erlebnisinhalte.

Stufe 9

Stufe 10:

Verbalisierung des überwiegenden Teiles der wesentlichen vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten; es sind aber noch nicht alle wesentlichen Erlebnisinhalte berücksichtigt.

Stufe 11

Stufe 12:

Verbalisierung in genauer Form aller wesentlichen vom Klienten geäußerten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens durch den Psychotherapeuten.

Anmerkung: Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist nur jede 2. Stufe definiert.