

1 Herkunft und Entwicklung

1.1 Herkunft

Die Gesprächspsychotherapie ist in der Mitte des letzten Jahrhunderts von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers (1902–1987) begründet und in ihrer Entwicklung von Anfang an wissenschaftlich begleitet worden.

Rogers gilt als Pionier der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung. Er war der erste, der z.B. Tonaufnahmen von Therapiegesprächen machte und ganze Therapien transkribiert und systematisch analysiert hat, vor dem Hintergrund der Überzeugung, »dass die Wissenschaft zwar keine Psychotherapeuten herstellen, aber die Psychotherapie unterstützen kann« (Rogers 1951, S. XI).

Trotz des hohen Stellenwerts, den er der Wissenschaft beimaß, hat Rogers immer wieder betont, dass er seine Einsichten in das Wesen der Psychotherapie vor allem den Beobachtungen der immer einmaligen Erlebens- und Verhaltensweisen von Klienten und Therapeuten in den sehr nahen und intimen therapeutischen Beziehungen verdankt.

Die Gesprächspsychotherapie ist zunächst unter dem Namen »Client-Centered Therapy« (Klientenzentrierte Psychotherapie) bekannt geworden. Er und seine Mitarbeiter, so Rogers, hätten die Personen, die der Therapeut behandelt, weniger als Patienten denn als Klienten erlebt und trotz aller Missverständnisse, die das mit sich bringen könnte, auch so bezeichnet: Als Personen, die aktiv und freiwillig nach Hilfe bei ihren Problemen suchen und dabei keineswegs die Verantwortung für die eigenen Entscheidungen abgeben. Das ist eine andere Vorstellung

als z. B. die des leidenden Patienten, der passiv Hilfe erwarten muss. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind zentrale Anliegen in den persönlichen Bestrebungen und Entwicklungen, die im psychotherapeutischen Prozess zu beobachten sind. Und der Kern der Einstellung des Therapeuten besteht nach Rogers darin, dass er die Verantwortung für und das Wissen um sein Erleben beim Klienten selbst sieht und auch in diesem Sinne klientenzentriert ist.

Rogers theoretische Überlegungen basieren auf dem Versuch, den – konkret zu beobachtenden – Therapieprozess zu erklären bzw. auf dem Wunsch, die Struktur der Persönlichkeit, die Psychotherapie möglich macht, zu verstehen. Seine »Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens« gründet auf den Erfahrungen von Therapeuten und Klienten und versucht zu erklären, warum Psychotherapie funktioniert.

Heute wird nicht mehr von der Klientenzentrierten Psychotherapie gesprochen, sondern von der Personzentrierten Psychotherapie bzw. vom Personzentrierten Ansatz (PZA; engl.: PCA). Das hat damit zu tun, dass in sehr vielen Bereichen außerhalb von Klinik und Psychotherapie, in denen es um die Unterstützung von Menschen bei ihrem persönlichen Zurechtkommen mit dem Leben – Rogers nennt das Anpassung – geht, seine Konzepte verbreitet bzw. in der einen oder anderen Weise adaptiert worden sind. In den letzten Jahren seines Lebens als Therapeut hat Rogers zudem zunehmend mehr mit Gruppen und mit Gesunden gearbeitet als mit Psychotherapiepatienten. In diesem Zusammenhang hat er erstmals selbst die Bezeichnung »klientenzentriert« durch »personzentriert« ersetzt (Kirschenbaum 2002).

Der Begriff Gesprächspsychotherapie geht auf den Hamburger Psychologieprofessor Reinhard Tausch zurück, der von der »Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie« gesprochen hat. Er vor allem und seine Mitarbeiter haben den Personzentrierten Ansatz im deutschsprachigen Raum erforscht und bekannt gemacht.

In Deutschland wird der Name Gesprächspsychotherapie nach wie vor bevorzugt. Dieser Name hat sich aber schon immer als eher problematisch herausgestellt, weil in der Sprache der an Psychotherapie interes-

sierten Klienten und Laien – und nicht nur dort – immer häufiger Gesprächspsychotherapie bzw. die Kurzform »Gesprächstherapie« (»GT«) als Synonym für eine Behandlung durch Gespräche benutzt wird.

International werden die Psychotherapie nach Rogers und ihre Weiterentwicklungen als »Person-Centered & Experiential Psychotherapies« bezeichnet.

1.2 Die Entwicklung Rogers' als Person, Psychotherapeut und Wissenschaftler

Wesentliche Entwicklungen des Klientenzentrierten Konzepts erfolgten an der Universität Chicago, an der Rogers eine Professur für Psychologie innehatte, der eine psychologische Beratungsstelle zugeordnet war. Zusammen mit seinen wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Mitarbeitern untersuchte er die Therapien, die in der Beratungsstelle durchgeführt wurden. Diese wurden akribisch protokolliert, u. a. durch Tonaufnahmen, die im Team besprochen und wissenschaftlich ausgewertet wurden.

In einem amerikanischen Handbuch mit dem Titel: »Psychology. A study of a science« hat Rogers 1959 die Theorie der Therapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, wie sie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts entwickelt wurde, dargestellt.

Mit der Begründung, dass keine Theorie ohne Kenntnis des kulturellen und persönlichen Bodens, auf dem sie gewachsen ist, verstanden werden könne, beginnt Rogers auch diese – wie mehrere andere – Darstellungen des Klientenzentrierten Konzepts mit einer kurzen Beschreibung seines eigenen kulturellen und persönlichen Hintergrunds.¹

¹ Die nun folgenden Ausführungen basieren zu weiten Teilen auch auf einem Aufsatz von Howard Kirschenbaum (2002) »Carl Rogers' Leben und Werk: Eine Einschätzung zum 100. Jahrestag seines Geburtstags«.

Er sei in einer mittelständischen, sehr konservativ protestantischen Familie aufgewachsen, in der neben strikten moralischen Vorstellungen auch hartes Arbeiten einen hohen Wert gehabt hätte. Als er 12 Jahre alt war, habe die Familie eine Farm erworben. Seine Hochachtung für wissenschaftliches Arbeiten als Methode der Problemlösung und Weg zu neuem Wissen sei während seines Lesens von Büchern über die Bedingungen für erfolgreiche Landwirtschaft und bei deren praktischer Umsetzung und wissenschaftlicher Erprobung entstanden.

Diesem Interesse an Forschung entsprechend begann er seine akademische Laufbahn mit dem Studium der Agrarwissenschaften.

Er wechselte aber bald zum Fach Geschichte, das ihm als Vorbereitung für den Pfarrdienst, zu dem er sich berufen fühlte, passender erschien (Kirschenbaum 2002).

Nach einer sechs Monate dauernden China-Reise noch im ersten Studienjahr als einer von zehn ausgewählten Studenten anlässlich einer christlichen Jugendkonferenz entschied er sich für ein Studium an einem liberalen theologischen Seminar. Er hatte sich von den engen religiösen Vorstellungen seines Elternhauses gelöst. In dem nun gewählten Seminar sei es mehr um die praktischen Lösungen wichtiger Probleme gegangen als um Kircheng Zugehörigkeit. Nach zwei Jahren machte er hier seinen ersten Studienabschluss.

Während er Theologie studierte, hatte Rogers auch Psychologievorlesungen am benachbarten Lehrerseminar besucht, und nach dem Abschluss entschied er sich zu einer Promotion in klinischer Psychologie an diesem Seminar.

Während der Arbeit an der Promotion verbrachte er ein praktisches Jahr an einer Erziehungsberatungsstelle. Seine Kollegen in dieser Einrichtung seien eher freudianisch orientiert gewesen, das Institut psychiatriisch-psychodiagnostisch. Besonders im Vergleich mit dem Denken am Lehrerkolleg, das streng methodisch statistisch war, erschien ihm das Denken in dieser Einrichtung als sehr spekulativ.

Der Inhalt von Rogers Promotionsarbeit war die Erarbeitung einer Testbatterie zur Messung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern im Alter von neun bis 13 Jahren. Das von ihm entwickelte »Personality Adjustment Inventory« ist 50 Jahre lang und bis zu einer halben Million Mal verkauft worden (Kirschenbaum 2002, S. 6).

Rogers war am Beginn seiner Entwicklung als Psychotherapeut als Kindertherapeut tätig.

In den auf die Promotion folgenden 12 Jahren arbeitete er – bald als ihr Leiter – in einer Einrichtung zur klinischen Behandlung problematischer Kinder, der »Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children«. In dieser Zeit sei er ziemlich abgeschnitten gewesen vom wissenschaftlichen Denken. Die Institutionen, mit denen die Einrichtung zusammenarbeitete, seien an den Resultaten der Behandlung der Kinder interessiert gewesen, nicht aber am Nachdenken über deren Zustandekommen. Das Behandlungsteam arbeitete eklektisch, die Mitarbeiter hatten verschiedene Berufe. Sie hätten viel über ihre tägliche Arbeit und die Erfahrungen mit den Kindern, Heranwachsenden und den zugehörigen Erwachsenen diskutiert und dabei angefangen, nach Gesetzmäßigkeiten oder einer Ordnung in ihrer Erfahrung zu suchen.

In der zweiten Hälfte dieser Zeit an der Kinderklinik gewann das Denken Otto Ranks (s. z.B. Zottl 1982, Lieberman 2014) Einfluss im Team und darüber auch auf Rogers. Ranks »Beziehungstherapie« verlagerte den Focus der Therapie weg von der Bearbeitung der Vergangenheit – freudianischem Denken entsprechend – und hin zu Selbsteinsicht und Selbstakzeptanz des Klienten in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung. Rogers selbst hat Rank nur im Rahmen eines dreitägigen Seminars auch persönlich kennengelernt. Ranks Denken habe ihm aber geholfen, zu verstehen, warum er in dieser Zeit therapeutisch erfolgreicher wurde.

Er begann, in den Erfahrungen, die er als Therapeut machte, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, die im therapeutischen Prozess selbst liegen bzw. sich in seinem Verlauf offenbaren und die nicht, wie es nach Rogers Meinung freudianische Therapeuten taten, diesem Prozess übergestülpt werden mussten.

Er berichtet z.B. von der Mutter eines Jungen, der er ohne therapeutischen Erfolg gedeutet hatte, dass sie das Kind früher abgelehnt hätte, worin Rogers die Quelle der Schwierigkeiten des Sohnes sah. Sie schaffte es, dass ihre Probleme jetzt und nicht ihre Probleme früher und die Veränderung des Sohnes zum Thema der Gespräche mit Rogers wurden. Rogers schreibt:

Das »half mir, die Tatsache zu erleben – erst später habe ich es voll bewusst erkannt – dass es der *Klient* ist, der weiß, was weh tut, in welche Richtung er gehen will, welche Probleme entscheidend sind, welche Erfahrungen tief vergraben sind. Es dämmerte mir, dass – außer ich hätte das Bedürfnis, meine eigene Klugheit und mein Wissen zu demonstrieren – dass ich mehr Erfolg hätte, wenn ich mich auf den Klienten verließ, wenn es um die Richtung geht, in die sich der Prozess bewegen soll« (Rogers 1961b, S. 3f., zit. n. Kirschenbaum 2002, S.7).

In seinem letzten Jahr in Rochester schrieb Rogers (1939) sein erstes Buch »The Clinical Treatment of the Problem Child«. In der Einleitung zu diesem Buch fasst er seine Überlegungen zur Kindertherapie, die sich in den zurückliegenden Jahren durch seine praktischen Erfahrungen und deren Reflektion zusammen mit seinen Kollegen entwickelt hatten, wie folgt zusammen:

»In diesem Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen. Sie werden vergeblich nach einem Kapitel über Stehlen, Dau-menlutschen oder Schuleschwänzen suchen, denn für solche Probleme gibt es keine Behandlung. Es sind Kinder, Buben und Mädchen, mit verschiedenen Lebensgeschichten und Persönlichkeiten. Einige von ihnen stehlen, manche laufen von der Schule weg, andere finden Befriedigung darin, an ihrem Dau-men zu lutschen, obszöne Worte zu benutzen oder ihren Eltern die Stirn zu bieten. Aber in jedem Fall müssen wir uns mit dem Kind selbst befassen und nicht mit der Vergangenheit seines Verhaltens« (Rogers 1939, zit. nach Reisel in: Eckert et al. 2006, S. 297).

Und in Abgrenzung von der psychoanalytischen Herangehensweise an die psychotherapeutische Behandlung schreibt er:

»In erster Linie werden Hier-und-Jetzt-Situationen behandelt, und es wird keinerlei Versuch gemacht, vergangene Reaktionen zu interpretieren oder zu erklären. Darüber hinaus geht es nicht nur um gegenwärtige Gefühle und Reaktionen, sondern vielmehr um diejenigen Gefühle, die sich auf den Therapeuten beziehen, die also das Kernstück des Prozesses sind [...]. In keiner anderen Art von Behandlungsversuch nimmt die emotionale Situation zwischen Therapeut und Klient einen derart wichtigen Stellenwert ein. Aus diesem Grund nennen wir sie »Relationship Therapy«... Wir vertrauen darauf, dass die Veränderungen, die im Kind stattgefunden haben und sich in einer neuen Akzeptanz seiner selbst und seiner Realität ausdrücken, auch außerhalb der therapeutischen Beziehung wirksam bleiben« (Rogers 1939, p. 343; zit. nach Reisel in: Eckert et al. 2006, S. 298).

Die Veröffentlichung dieses Buches über die Behandlung von Kindern, in dem Rogers bereits die Grundzüge seines Verständnisses von Psychotherapie dargelegt hatte, führte zu seinem Ruf an die Ohio State University.

Als Hochschullehrer wurde Rogers klar, dass seinen Studenten – auch wenn sie gut ausgebildet waren und kritisch dachten – die Ordnung, die er in den Therapieprozessen implizit erfahren hatte, keineswegs ebenso klar war wie ihm, und dass er vielleicht einen neuen therapeutischen Weg entdeckt hatte (vgl. Kap. 2 in Rogers 1942) und in seinem therapeutischen Umgang mit seinen Klienten nicht nur getan hatte, was »alle Kliniker« tun.

Die Studenten an der Universität kamen aus den Bereichen Erziehungswissenschaften, Theologie, »Human development«, Soziologie, »Industrial relations« und Psychologie.

Sie drängten Rogers, seine Annahmen darüber, warum seine Art und Weise der psychotherapeutischen Behandlung effektiv war, zu Papier zu bringen. So schrieb er 1942 »Counseling and Psychotherapy«.

Dieses Buch habe – so Kirschenbaum (2002), der dazu viele Autoren zitiert – das Gebiet professioneller Beratung im eigentlichen Sinn begründet.

Rogers beschreibt in diesem Buch den verantwortlichen Klienten in Abgrenzung vom abhängigen Patienten und die nicht-direktive Haltung:

Der Therapeut ist davon überzeugt, dass der Klient in sich die Fähigkeit trägt, sich in Richtung Selbstaktualisierung – und die bedeutet: Reife und Anpassung durch Offenheit für die Erfahrung – zu reorganisieren unter der Bedingung, dass in der therapeutischen Beziehung eine angstfreie Atmosphäre entsteht. Der Therapeut kann zu dieser angstfreien Atmosphäre beitragen: Durch sorgfältiges Zuhören, Akzeptieren des Klienten als die Person, die er ist, und Reflektieren der Gefühle des Klienten bzw. dadurch, dass er sich diesem als ein Spiegel zur Verfügung stellt, in dem er sich und sein Erleben genauer sehen und sich dadurch neu ausrichten kann.

Diese Haltung dem Klienten gegenüber sei bei allen Anpassungsproblemen und allen Störungen, in der Beratung ebenso wie in der Psychotherapie, angemessen.

Rogers war nicht nur der erste Psychotherapeut, der Aufzeichnungen von Therapiesgesprächen machen ließ, sondern auch der erste, der diese Aufzeichnungen und ihre Transskripte beim klinischen Training von Psychotherapeuten einsetzte. Und er hat sich immer bemüht, das, was in der Psychotherapie geschieht, und die Veränderungen durch Psychotherapie operational zu formulieren, d. h. so, dass wissenschaftlich untersucht werden konnte, ob es zwischen Prozess und Effekt und deren einzelnen Komponenten, die auch Variablen genannt wurden, Zusammenhänge gab.

So ließ Rogers zum Beispiel Beraterantworten als mehr oder weniger direktiv klassifizieren, die Häufigkeit solcher Antworten zählen und die jeweils folgenden Äußerungen der Klienten als mehr oder weniger einsichtsvoll einschätzen und konnte so u. a. zeigen, dass direkte Berater sechsmal so viele Wörter verwendeten wie nicht-direktive.

In seinem letzten Jahr an der Ohio State University widmete er sich der Ausbildung von Beratern für Soldaten, die aus dem 2. Weltkrieg zurückgekehrt waren und Probleme hatten, sich im Leben danach zurechtzufinden (Rogers und Wallen 1946).

Weil er den Prozess und die Effekte von Beratung und Psychotherapie intensiver erforschen wollte, verließ Rogers schon nach vier Jahren die Ohio State University und ging an die Universität von Chicago, um im Fachbereich Psychologie zu lehren und ein Beratungszentrum unter seiner Leitung aufzubauen.

In der Zeit in Chicago (1945–1957) präzierte Rogers in der Zusammenarbeit mit seinen Studenten und Mitarbeitern seine Überlegungen zum therapeutischen Prozess und dessen Bedingungen. Er betonte mehr und mehr die therapeutische Beziehung, in der der Therapeut eine bestimmte Haltung einnimmt, ohne die die Therapietechniken – z. B. die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten als Ausdruck des empathischen Verstehens des Therapeuten – wirkungslos bleiben.

Zur Kennzeichnung dieser nicht urteilenden Haltung übernahm Rogers den Begriff seines Studenten Standal (1954), der das Akzeptieren und Wertschätzen der Person des Klienten, was auch immer der erlebte, »*unconditional positive regard*« (»Bedingungsloses Positives Beachten«) nannte, und betonte nachdrücklich, dass der Therapeut diese

Haltung wirklich verkörpern müsse. Sie müsse echt sein, real und authentisch, d. h. mit dem übereinstimmen, wie sich der Therapeut tatsächlich fühlt und äußert.

1951 veröffentlichte Rogers das Buch »Client-Centered Therapy«.

1956 verlieh die American Psychological Association ihren ersten »Distinguished Scientific Contribution Award« an Carl Rogers:

»[...] für die Entwicklung einer neuen Methode, um die Beschreibung und die Analyse des psychotherapeutischen Prozesses zu objektivieren, für die Formulierung einer überprüfbaren Theorie der Psychotherapie und deren Effekte auf die Persönlichkeit und deren Verhalten und für die extensive systematische Forschung, um den Wert dieser Methode zu zeigen und die Implikationen der Theorie zu erforschen und zu prüfen. Seine Vorstellungsgabe, seine Beharrlichkeit und seine flexible Anpassung wissenschaftlicher Methoden [...] haben dieses Gebiet psychologischen Interesses innerhalb der Grenzen wissenschaftlicher Psychologie gerückt« (American Psychological Association 1957, S. 128, zit. n. Kirschenbaum 2002, S. 10).

Nach 12 Jahren in Chicago ging Rogers an die Universität von Wisconsin. Er hatte dort einen Lehrstuhl in der Abteilung für Psychologie und einen in der für Psychiatrie. Er forschte weiter und konnte für die Behandlung schizophrener Patienten zeigen:

»Die klientenzentrierten Therapeuten erzielten keine besseren Resultate als die Therapeuten anderer Richtungen. Aber: unabhängig von der Schule des Therapeuten: Die Therapeuten, die in einem höheren Maß Bedingungsfreie Positive Beachtung, Empathie und Kongruenz zeigten, erreichten bessere Resultate bei den Patienten [...]« (Kirschenbaum 2002, S. 11).

1961 schrieb Rogers sein berühmtestes Buch: »On Becoming a Person«, eine Sammlung von überarbeiteten Aufsätzen. Nach Kirschenbaums (2002) Auffassung machte Rogers damit den personzentrierten Ansatz zu einem wichtigen Teil der »Dritten Kraft« (so Abraham Maslow) der Psychologie, die unter dem Begriff »Humanistische Psychologie« bekannt geworden war.

Die Humanistische Psychologie (z. B. Galliker 2015) unterscheidet sich von Psychoanalyse und Behaviorismus vor allem in der Betonung von:

1. Dem phänomenalen Feld: der Sicht des Individuums auf die Welt, auf seine Erfahrung der Welt und sich selbst, dem Inneren Bezugsrahmen
2. Der einem Individuum innewohnenden Kraft zur Selbstentwicklung und selbstbestimmten Anpassung, der Aktualisierungstendenz
3. Der Unterscheidung des Menschen von anderen Spezies durch die Orientierung an Werten.

1963 schloss sich Rogers dem Western Behavioral Sciences Institute in La Jolla in Kalifornien an, wo er 10 Jahre später zusammen mit anderen das »Center for Studies of the Person« gründete. Er blieb 15 Jahre lang an diesem Institut.

In Kalifornien stand die Anwendung seiner Therapietheorie in der Erziehung, Elternschaft, Gruppenleitung, im Gesundheitsmanagement usw. im Vordergrund seiner Tätigkeiten. Er demonstrierte in verschiedenen Gebieten, dass die unbedingte positive empathische Beachtung der Erfahrung des Individuums in seinem Bezugsrahmen dessen Wachstum, Kreativität, Lernen, Gesunden usw. unterstützt. Seine Bücher fanden eine große Leserschaft aus allen möglichen Bereichen der Sozialwissenschaften. In diesem Zusammenhang wurde zunehmend der Begriff der »Klientenzentrierten Psychotherapie« durch den des »Personzentrierten Ansatzes« ersetzt.