

Kritische
Stichwörter
6

Wolfgang Grunwald
Hrsg.

Kritische Stichwörter
zur
Gesprächspsychotherapie

1979

Wilhelm Fink Verlag München

1979

Wilhelm Fink Verlag München

4/606/91

Mitglieder noch alle (mehr oder minder) persönlich kannten; mittlerweile jedoch scheinen sie nicht mehr realitätsangemessen zu sein.

→ Ausbildung, GT

AUSGEWÄHLTE LITERATUR:

GwG-Info (Verbandsorgan)

LILLO THIEDE

Gesprächspsychotherapie (GT)

1. DEFINITION UND ZIEL. Carl R. Rogers gilt als der Begründer der „nicht-direktiven“ oder „klientenzentrierten“ Gesprächspsychotherapie (GT). In seinem 1942 erschienenen Buch „Counseling and Psychotherapy“ beschreibt er sie als eine Methode, die auf der Grundlage einer Reihe direkter Kontakte mit dem Individuum beruht, „die darauf abzielen, ihm (dem Individuum, d. Verfasser) bei der Änderung seiner Einstellungen und seines Verhaltens zu helfen“ (1942/1972, S. 17). „Nicht-direktiv“ heißt dabei, daß „auf strikte Kontrolle, Fremdbestimmung und Manipulation“ (Tausch 1973, S. 37) verzichtet wird; „klientenzentriert“, daß „das Individuum . . . im Mittelpunkt der Betrachtung“ steht „und nicht das Problem“ (Rogers 1942/1972, S. 36). Die Therapieformen hat Rogers in dieser Reihenfolge entwickelt (vgl. Pongratz 1973, S. 341; Rogers 1942/1972; 1951/1972); die Begriffe werden heute aber synonym verwendet.

Es gibt so viele unterschiedliche Aussagen über die GT wie Therapeuten (vgl. z. B. Truax & Carkhuff 1967; Tausch 1973; Zimring 1974). Ihre Definitionen und Zielbestimmungen stimmen im wesentlichen überein; unterschiedlich sind dagegen die theoretischen Erklärungsmodelle für die Veränderungsprozesse im Klienten. Theoretiker aller psychologischen Schulen haben sich daran versucht. Bommert gelingt es, diese Vielfalt in seiner Definition zu berücksichtigen: „Die Gesprächspsychotherapie ist eine systematische, selektive und qualifizierte Form verbaler und non-verbaler Kommunikation und sozialer Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen – Psychotherapeut(en) und Klient(en) – mit dem Ziel einer Verminderung der vom Klienten erlebten psychischen Beeinträchtigungen durch eine als Folge differenzierter Selbst- und Umweltwahrnehmungen eintretende Neuorientierung des (der) Klienten im Erleben und Verhalten, auf der Basis grundlegender Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie, insbesondere der Lern- und Sozialpsychologie“ (1977, S. 11; Hervorhebungen die Verfasser).

2. ROGERS' PERSÖNLICHKEITSTHEORIE. Rogers entwickelte die GT aus seiner praktischen Tätigkeit mit delinquenten und unterprivilegierten Kindern und Jugendlichen. Er suchte eine Abgrenzung zur Psychoanalyse und der direktiven Beratung (Bommert 1977, S. 13 ff.). Seine „Theorie der Therapie . . . ist im wesentlichen deskriptiv, sie kann kaum erklären, warum der Klient sich ändert. Die notwendigen Erklärungsbe-

griffe sind in der Theorie der Persönlichkeit enthalten“ (Bommert 1977, S. 30). Aber auch Rogers' Persönlichkeitstheorie erklärt den Therapieprozeß keineswegs ausreichend, sie beschreibt ihn nicht einmal; Praxis und Theorie klaffen auseinander (vgl. Zimring 1974, S. 118 ff.), die Theorie wirkt der Praxis nachträglich aufgestülpt (Grunwald 1976, S. 102).

Rogers geht davon aus, daß für das Handeln des Menschen eine „grundlegende Tendenz zur Erhaltung und Erhöhung des Organismus und des Selbst . . . die Antriebskraft . . . liefert“ (1951/1972, S. 185). Das Individuum hat „eine organisierte Struktur der Wahrnehmungen von seinem Selbst und dem Selbst in Beziehung zu anderen und zur Umgebung“ (Rogers 1951/1972, S. 182). Die Notwendigkeit der Therapie ergibt sich, „wenn seine organisierte Selbst-Struktur bei der Begegnung seiner Bedürfnisse in der Realitätssituation nicht länger wirksam ist, oder wenn es vage Widersprüche in sich wahrnimmt, oder wenn sein Verhalten außer Kontrolle gerät und nicht mehr mit ihm übereinstimmt“ (Rogers 1951/1972, S. 183).

3. ROGERS' THERAPIETHEORIE. *„In dieser Atmosphäre der Sicherheit, des Schutzes und der Akzeptierung entspannen sich die festen Grenzen der Selbst-Organisation. Die straffe, harte Gestalt, die typisch ist für jede bedrohliche Organisation, gibt es nicht mehr; an ihrer Stelle ist eine lockere, ungenaue Konfiguration getreten. Das Individuum beginnt, sein Wahrnehmungsfeld immer eingehender zu erforschen. Es entdeckt falsche Verallgemeinerungen, aber seine Selbststruktur ist jetzt soweit entspannt, daß es die komplexen und widersprüchlichen Erfahrungen, auf denen sie basieren, betrachten kann. Es entdeckt Erfahrungen, deren es sich nie bewußt war, die in tiefem Widerspruch zu der Wahrnehmung stehen, die es von sich gehabt hat, und das ist in der Tat bedrohlich. Es zieht sich vorübergehend auf die frühere, bequeme Gestalt zurück, aber dann beginnt es langsam und vorsichtig, diese widersprüchliche Erfahrung in eine neue und revidierte Struktur aufzunehmen“* (Rogers 1951/1972, S. 183).

Rogers' eigene Einsicht, „daß wir beim gegenwärtigen Stand unseres Wissens nicht wirklich wissen, wie der eigentliche Prozeß der Therapie aussieht“ (1951/1972, S. 131; Hervorhebung Rogers), Bommerts Kritik, daß die Annahmen nur teilweise empirisch überprüft werden können (1977, S. 46 f.) und Grunwalds Schlußfolgerungen, daß es sich eher um eine Philosophie denn um eine Theorie handle (1976, S. 103), spiegeln nur ansatzweise die massive Kritik wider, der Rogers' Theoriegebäude ausgesetzt ist.

Konkret schälen sich hauptsächlich drei Kritikpunkte heraus:

1. „Die Annahme, daß der Organismus eine angeborene Aktualisierungstendenz besitze, die das Individuum in eine konstruktive Richtung bewege“ läßt außer acht, „daß der Mensch sich nicht aus sich selbst heraus entfalten kann, sondern von Geburt an auf die Interaktion mit Bezugspersonen aus seiner sozialen Umwelt angewiesen ist“ (Bommert 1977, S. 47). Dieser Kritik, die ursprünglich aus der lerntheoretischen Schule kam, haben sich sehr viele Gesprächstherapeuten angeschlossen (vgl. z.B. Helm 1976, S. 59; Tausch 1973, S. 237 ff.; Zimring 1974; Anderson 1974).
2. „Der Mensch“ wird „im Grunde passives Objekt verschiedener Entwicklungsfaktoren. Damit kann nicht erklärt werden, wie der Mensch sich über gegebene Bedingungen hinaus entwickeln kann, also auch (nicht) wie der Klient vorhandene Probleme faktisch löst“ (Suckert-Wegert et al. 1977, S. 15 f.). Diese Kritik trifft allerdings die traditionelle Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse in gleicher Weise. Neuere amerikanische Gesprächstherapeuten, wie z.B. Zimring (1974) und Anderson (1974) gehen vom aktiven Menschen aus.
3. Die Annahme, daß das Individuum durch eine „positive therapeutische Beziehung völlige Entfaltungsmöglichkeiten erhält“ kann „nur so lange Gültigkeit haben, als sie nicht mit der objektiven gesellschaftlichen Realität kollidiert“ (Bommert 1977, S. 47). Bei Problemen, die den Arbeitsbereich berühren, wird das sehr leicht der Fall sein.

4. PRAXIS DER GT

4.1. DIE KLASSISCHEN THERAPEUTENVARIABLEN. In der klassischen GT soll der Therapeut drei Verhaltensvariablen zeigen:

- a) Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten (VEE),
- b) Positive Wertschätzung und emotionale Wärme (PW/EW),
- c) Echtheit und Selbstkongruenz (SE) (vgl. Stichwort GT-Kernvariablen).

Zweifellos gibt es Hunderte von Untersuchungen, die belegen, daß die GT Therapieerfolge aufweist (vgl. Tausch 1974; Minsel 1974; Bommert 1977). Keine andere Therapieform wurde so häufig untersucht; insbesondere die drei Kernvariablen sind Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten. Die Auswirkungen dieser Variablen wurden jedoch zumeist korrelationsstatistisch untersucht. Auf die Problematik von Aussagen über Ursache-Wirkungsfaktoren auf dieser statistischen Grundlage weist u. a. Grunwald (1976, S. 104 ff.) hin: Abhängige und unabhängige Variable sind beliebig vertauschbar. Es ist also keineswegs eindeutig nachge-

wiesen, daß z.B. die Therapeutenvariable VEE die Klientenvariable SE hervorruft. Der umgekehrte Schluß ist genauso zulässig.

Ein anderer Vorwurf von Grunwald bezieht sich auf die hohe Interkorrelation der drei Therapeutenvariablen. Nach Tausch (1973, S. 121) korrelieren sie um .70. Grunwald stellt mit Bezug auf Wiggins (1973, S. 11f.) fest, daß es möglich sei, daß eine einzelne Variable (VEE) eine andere (PW/EW) völlig oder teilweise beinhalte (1976, S. 107f.). Es fragt sich, ob eine Unterscheidung der Variablen notwendig ist und ob Unterschiede überhaupt existieren.

Weitere Forschungsergebnisse aus der GT-Praxis zeigen, daß Therapeuten noch andere Verhaltensweisen zeigen. Da aber eine theoriegeleitete Forschung mangels vorhandener Theorie schwierig ist, verwundert es nicht, daß sich im Laufe der Jahre einige Variablen angesammelt haben, die völlig eklektizistisch nebeneinanderstehen, sich teilweise widersprechen und je nach Therapeuten unterschiedlich beschrieben und angewendet werden.

4.2 NICHT-KLASSISCHE THERAPEUTENVARIABLEN

4.2.1 KONKRETHEIT. Tausch versteht darunter, „wenn spezifische Gefühle oder Erfahrungen konkret ausgedrückt“ werden „oder wenn die Äußerungen Schilderungen spezifischer Situationen, Ereignisse oder Gefühle beinhalten, unabhängig von ihrem emotionalen Inhalt.“ Die Variable korreliert „signifikant . . . mit der Prozeßskala von Rogers, ein Maß für die Änderungen von Klienten“ (1973, S. 161), so daß Truax und Carkhuff (1964) vermuten, daß im „Kontext mit den drei Rogers-Variablen das Ausmaß der Akkuratheit in der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Psychotherapeuten erhöht und beim Klienten zu größerer Spezifität und größerer emotionaler Nähe von Äußerungen und Erlebnissen führt“ (zit. in Tausch ebenda). Danach ist die Variable nur eine Konkretisierung der VEE, die ursprünglich von Rogers (1965) „*accurate empathic understanding*“ (Hervorhebung d. Verfasser) genannt wurde.

4.2.2. AKTIVES BEMÜHEN (UND INNERE ANTEILNAHME). Die bereits unterschiedlich benannte Variable beschreibt Bommert als „die intensive, auch für den Klienten deutlich wahrnehmbare Anstrengung des Psychotherapeuten, den inneren Bezugsrahmen des Klienten nachzuvollziehen“ (1977, S. 73). Nach Minsel et al. (1973) korreliert ein hohes Ausmaß dieser Variablen signifikant mit Effektivitätskriterien. Die Autoren vermuten, daß die SE hier durch das Beobachtungslernen gefördert wird. Dieser „Nicht-GT-gemäßen“ Interpretation schließen wir uns

an (siehe auch 5.3.). Darüber hinaus sind wir auch hier der Meinung, daß es sich um eine Konkretisierung der Variablen VEE handelt. (vgl. auch Tausch 1973, S. 135).

4.2.3 KONFRONTATION. „Als Konfrontation werden Therapeuten-Äußerungen bezeichnet, die von der Selbstbeschreibung des Klienten abweichen und ihn auf Diskrepanzen in seinem Verhalten hinweisen“ (Bommert 1977, S. 51). Diskrepanz kann auftreten

- zwischen der Selbstbeschreibung des Klienten und beobachtbarem Verhalten (S. 133), das davon positiv oder negativ abweichen kann (Helm 1976 a, S. 38)
- zwischen den verbalen und non-verbalen Äußerungen des Klienten (Bommert 1977, S. 133)
- zwischen Idealbild und Selbstbild (Helm 1976 a, S. 38).
- Es können didaktische Konfrontationen sein, wenn es um die Vermittlung von Informationen geht, „die der Patient zur richtigen Einschätzung seines Verhaltens und Erlebens benötigt“ (Helm 1976, S. 38); z.B. Testergebnisse oder
- handlungsermutigende Konfrontationen, die den Klienten veranlassen sollen, seine Passivität aufzugeben.

Anderson (1968) und Berenson et al. (1968) (b) fanden, daß diese Variable die SE dann verbesserte, wenn die drei Kernvariablen in hohem Ausmaß gezeigt wurden; andernfalls führte sie zur Verminderung der SE. Helm (1976 a, S. 38) fand, daß Therapeuten mit hohem Niveau der Kernvariablen insgesamt häufiger konfrontierten als andere. Spezifisch ist, daß Therapeuten mit niedrigem Niveau die Klienten in erster Linie mit ihren Schwächen konfrontieren, während jene mit hohem Niveau die positiven Möglichkeiten hervorhoben.

Solche Ergebnisse, die im völligen Widerspruch zur Verbalisierungsforderung stehen und nicht nur „im gewissen Gegensatz“, wie Helm (1972 a, S. 39) meint, lassen zum einen die Schlußfolgerung zu, daß es sich um verbale positive Verstärkung handelt, zum anderen aber um Informationsweiterleitung an den Klienten (s. 4.2.6).

4.2.4 INTERPRETATION. Unter Interpretation versteht Howe, „daß Psychotherapeuten auf Grund der Äußerungen der Klienten diejenigen Gefühle, Gedanken oder Motive dem Klienten gegenüber verbalisieren, die hinter den Äußerungen des Klienten stehen und die dem Klienten im allgemeinen nicht bewußt sind“ (zit. in Tausch 1973, S. 159).

Untersuchungen zeigen, daß mit der Interpretationstiefe die Ängstlichkeit der Klienten zunimmt (Howe 1962) und die sprachlichen Produktionen nachlassen (Matarazzo 1965). Die Variable „Interpretation“ ist für die GT– aber auch für andere Therapieformen – diesen Untersuchungen zufolge abzulehnen. Gleichzeitig ist sie ein Beweis für den Variablen-Wirrwarr: Wenn man dem Klienten den Widerspruch zwischen seinen verbalen und nicht-verbalen Verhalten deutlich macht, *interpretiert* man Gedanken, die der Klient nicht ausgesprochen hat. Dieser Sachverhalt wird aber auch als *Konfrontation* bezeichnet (siehe 4.2.3). Vorsichtig formuliert kann man sagen, daß Konfrontation und Interpretation in gewisser Weise gleiche Aspekte ansprechen. Wie ist dann aber zu erklären, daß Konfrontation die SE fördert, Interpretation aber abzulehnen ist? (vgl. auch Helm, 1972, S. 39; Bommert 1977, S. 72).

4.2.5 SPEZIFITÄT. Helm definiert sie als „zu genaues Erfragen spezifischer Umstände, exploratives Verhalten (1972a, S. 39). Die Variable führt ebenfalls zur Einschränkung der Sprachproduktion des Klienten. Howe fand, daß sie mit der Variablen Interpretation .62 korreliert und warf die Frage auf, ob es sich bei den beiden Variablen nicht um ein und dieselbe Dimension handeln könne (1962).

Die Untersuchungsergebnisse unterstützen die Forderung der klassischen GT, nur das zu verbalisieren, was der Klient gesagt hat, und zwar nur die emotionalen Erlebnisinhalte. Eines bleibt jedoch unklar: Warum wirkt sich die Exploration der Gefühle des Klienten negativ auf die Therapie aus, wenn während der gesamten Therapie die Selbstexploration des Klienten eines der Hauptziele ist; Selbstexploration ist indirekte Exploration durch den Therapeuten.

4.2.6 INFORMATION. Sie wird zwar nicht als Verhaltensvariable angesehen. Trotzdem kommt Tausch nicht umhin, sich mit ihr zu befassen. Er tut es sehr vorsichtig: „In einigen seltenen Situationen geht aus den Äußerungen der Klienten hervor, daß falsche oder fehlende Informationen in deutlichem Zusammenhang mit ihren Ängsten und seelischen Beeinträchtigungen stehen, wobei die mangelnden Informationen und Ängste nicht wesentlich durch inadäquate Gefühlseinstellungen bedingt werden. In diesen Situationen, aber auch nur in diesen, ist es erforderlich, daß der Psychotherapeut dem Klienten Informationen durch Aufsuchen eines Diagnostischen Psychologen, Arztes, Berufsberaters, Erziehungsberaters usw. vermittelt oder allgemeine sachliche Informationen selber gibt . . . Derartige Informationen sollten vermutlich möglichst sachlich, allgemein und kurz gegeben werden, ohne Äußerung von billigenden oder ablehnenden Einstellungen des Psychotherapeuten“ (1973, S. 145f.).

Anderson (1974) und Zimring (1974), Vertreter neuerer Ansätze in der amerikanischen GT-Schule, betrachten sogar den gesamten Therapieprozeß als einen kognitiven Informationsverarbeitungsprozeß. Nach Zimring werden dabei emotionale und nicht-emotionale Informationen in gleicher Weise verarbeitet.

Damit heben die GT-Therapeuten selber ihren Anspruch auf, nur das vom Klienten Gesagte zu verbalisieren. Es wird zugestanden, daß der Mensch in der ständigen Interaktion mit seiner Umwelt deren Informationen aufnimmt und dadurch seine Probleme besser zu lösen vermag.

4.2.7. WEITERE VARIABLEN. Der Vollständigkeit halber sollen noch einige Variablen genannt werden, ohne sie zu diskutieren.

- Selbsteinbringung (Carkhuff 1969)
- Likeability (Sympathie und Zuneigung) (Tausch 1973, S. 152)
- sprachliche Aktivität (Minsel et al. 1973; Howe & Pope 1961)
- Ansprechen des augenblicklichen Befindens (Mitchell & Mitchell 1968)
- persuasive Potenz oder Erwecken von Vertrauen und Hoffnung (Frank 1961; Truax et al. 1968)

→ **Attribution, Ausbildung, Beratungsgespräch, direktiv-nondirektiv, GT-Kernvariablen, GT-Skalen, GwG, Indikation, Kognition, Lernprozesse, Persönlichkeitstheorie von Rogers, Problemlösen, Sprachliches Handeln, Therapeut-Klient-Beziehung, Therapieziele**

AUSGEWÄHLTE LITERATUR:

- Bommert, H.: *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart 1977
Minsel, R.-W.: *Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Graz 1974
Tausch, R.: *Gesprächspsychotherapie*, Göttingen 1974

ANNE RIEGER/EVA SCHMIDT-HIEBER