

Die Personzentrierte Psychotherapie Carl Rogers und das dialogische Prinzip

Georg Kormann

Dr. phil. Georg Kormann, Dipl. Psych., Dipl. Theol.

Psychologischer Psychotherapeut und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Dozent für Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Psychotherapeut und Supervisor (DGSv/GwG) in freier Praxis in Mosbach.

Lehrtherapeut für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG/Köln).

Mitarbeit in der Leitung der „Sektion für Psychologie, Psychotherapie und Beratung“ in der Martin-Buber-Gesellschaft e.V. mit Sitz in Heidelberg.

Anschrift: Hauptstr.7 74821 Mosbach 06261-6744049 mail: georg@kormann.de

*Vortrags-Manuskript bei der Tagung der Martin-Buber-Gesellschaft am 2.7.2011:
„Das dialogische Prinzip und die Vielfalt der Perspektiven in der Psychotherapie und
Beratung“*

*„Es handelt sich um das Verlangen, eine Person zu treffen und nicht «nun möchte ich helfen». Ich
meine, dass ich aus meiner Erfahrung gelernt habe, dass Hilfe erfolgt, wenn es uns gelingt,
einander zu begegnen“.*

Carl Rogers In: Buber, M. & Rogers, C. R. 1992, S. 192 f.

*„Ich gehe die Beziehung nicht als Wissenschaftler ein, nicht als Arzt, der richtig diagnostizieren
und heilen kann, sondern als Mensch, der sich auf eine persönliche Beziehung einlässt. Wenn ich
den Klienten nur als Objekt sehe, wird er immer mehr zum Objekt“.*

Carl Rogers, 1989h, S. 199

*„Die Rollenaufteilung, wie sei sich bei Expertentum ergibt, muss aufgegeben werden zugunsten
einer Haltung, nach der zwei gleichberechtigte Personen in einer Leidenssituation
zusammenkommen, in der eine der Personen sich verloren hat. Zu glauben, man habe die Antwort
auf Probleme der anderen Person .ist eine gefährliche Position, weil sie dem Therapeuten eine
göttähnliche Rolle zuweist und die Illusion nährt, dass er oder sie dem Patienten überlegen sei!“*

Goldblatt, 1995c, S.229

*„Nicht wir sind es, die Menschen heilen, sie selbst tun die...zu verstehen, wie man sich um einen
anderen Menschen kümmern kann, ohne sich in den Prozess, den er durchläuft, einzumischen, ist
das Schwierigste, was für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist.“*

Goldblatt, 1995b, S.331

*„Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Zwischen Ich und Du steht keine Begrifflichkeit, kein
Vorwissen und keine Phantasie. [...] Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier und
keine Vorwegnahme; [...] Alles Mittel ist Hindernis. Nur wo alles Mittel zerfallen ist,
geschieht Begegnung“*

Buber, 1994, S. 18f.

Zum Begriff der Person

Vom Begriff der Person hat der Ansatz der personzentrierten Psychotherapie (Gesprächstherapie) nach Rogers seinen Namen. Der lateinische zunächst alltagssprachliche Rollenbegriff „persona“ wurde im Zuge der trinitätstheologischen Diskussionen in die Philosophie übernommen. Es wurden im Lauf der Jahrhunderte zwei, einander entgegengesetzte Auffassungen für das Verständnis des Menschen als Person bedeutsam: Der substantielle Personbegriff und der relationale Personbegriff. **Der substantielle Personbegriff** (vgl. Thomas v. Aquin, Kant und die Existenzphilosophie) betont die Substanz und damit ihre Einzigartigkeit, ihre Freiheit und ihre Würde. Person ist danach jemand deshalb, weil er aus sich heraus ist, was er ist.

Der relationale Personbegriff (vgl. Augustinus, Phänomenologie und die Dialog-Philosophie bei Buber) **betont** hingegen die Angewiesenheit des Menschen auf Beziehung. Person ist Eksistenz (von ek-sistere = von außen aufgestellt sein; dieser Personbegriff weist auf das Eingebundensein des Menschen hin: die Wechselseitigkeit, das Im-Dialog-Sein und die Verbindung zur Welt wird betont. Person ist in diesem Sinne jemand deshalb, weil sie von anderen her ist, was sie ist.

So stehen „für sich sein“ und „von anderen her sein, in Beziehung sein“ einander gegenüber. Für das Menschenbild des personzentrierten Ansatzes sind beide gleich bedeutsam und in dialektischer Spannung miteinander verbunden: Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Autonomie **und** Beziehungsangewiesenheit, Solidarität und Engagement. Die Therapietheorie versteht folglich Therapie als Persönlichkeitsentwicklung **und** personale Begegnung.

Psychotherapie als Kunst der personalen Begegnung

Heilung, oder wie es Buber auch nennt „Umkehr“, ist nicht primär die Veränderung einzelner Fähigkeiten, Eigenschaften oder Verhaltensweisen, sondern richtet sich auf das ganze Wesen des Patienten. „Umkehr“ bedeutet für Buber nicht **im einzelnen** Menschen eine Neurose zu heilen, sondern **dem ganzen Menschen** ein neues Verhältnis zur Wirklichkeit zu eröffnen. Weil die „Ganzheit, Einheit und Einzigkeit“ aber in den existenziellen Beziehungen des Menschen liegt, verschließt sie sich dem objektivierenden Blick des Wissenschaftlers und kann nur durch die Ich-Du Beziehung zum Patienten vergegenwärtigt werden (Buber, 1997, S. 284 ff.).

Wie es für Buber kein Ich an sich gibt, sondern nur ein Ich der Ich-Es oder Ich-Du Beziehung, so findet er auch das Wesen von seelischer Krankheit nicht in dieser isolierten Betrachtung wieder. Erkrankung der Seele bedeutet bei Bubers Seelenbegriff als Beziehungsfläche primär eine Störung des Zwischenmenschlichen bzw. der faktischen, existenziellen Situation. „Nie ist eine Seele allein krank, immer auch ein Zwischenhaftes, ein zwischen ihr und anderen Seienden Bestehendes“ (Buber, 1993a, S. 132). Der Ort der Krankheit ist die Sphäre des Zwischen oder wie Buber auch in Abgrenzung zum Innerpsychischen formuliert „die Sphäre des Existentiellen“ (Buber, 1958, S. 28). Echte Heilung kann nur von diesem Ort ausgehen: „Die Krankheiten der Seele sind Krankheiten der Beziehung [...]. Wenn der Arzt übermenschliche Macht hätte, müsste er die Beziehung selber zu heilen versuchen, im Dazwischen heilen“ (Buber, 1993b, S. 142).

Der Ort des psychotherapeutischen Wirkens ist also die nur dem Menschen eigene Sphäre des Zwischen, in welche der Therapeut nur Zugang hat über die Beziehung zu dem Patienten. „Denn das innere Wachstum des Selbst vollzieht sich nicht aus dem Verhältnis des Menschen zu sich selber, sondern aus dem zwischen dem Einen und dem Anderen, unter Menschen also vornehmlich aus der Gegenseitigkeit der Vergegenwärtigung [...] in einem mit der Gegenseitigkeit der Akzeption, der Bejahung und Bestätigung“ (Buber, 1951, S. 43).

Für Buber ist der Beruf des Psychotherapeuten deshalb der „paradoxeste“ (Buber, 1993a, S. 128) aller Berufe, weil er am wenigsten sinnvoll allein durch die Aneignung von Wissen, Technik und Methoden ausgerichtet werden kann. Bei der echten psychotherapeutischen Tätigkeit muss der Therapeut all diese Vorbegriffe und Perspektiven verlassen, denn das ist die Bedingung zur persönlichen Begegnung und nur aus dieser heraus kann der Therapeut im Bereich des Zwischen wirken. „...ihm ist auch jene Not überantwortet, die erst in der Unmittelbarkeit des Partnertums zwischen dem zufluchtnehmenden Kranken und dem um Rettung bemühten Arzt sich zu erkennen gibt [...]. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass der Arzt, um dies zulänglich tun zu können, sich dem festen Boden der Prinzipien und Methoden, auf dem er zu wandeln gelernt hat, zeitweilig aufheben muss“ (Buber, 1958, S. 29).

Die Therapeutin darf sich nicht hinter ihre Therapeutinnenrolle mit ihrer professionellen Überlegenheit (vgl. Buber, 1958, S. 130), dem analytisch reduktivem Denken (vgl. Buber, 1993b, S. 141) und der Verobjektivierung der Patientin (vgl. Buber 1993a, S. 129) zurückziehen, sie kann nur als bloße Person an die Patientin herantreten. Die persönliche Begegnung mit den Abgründen der Patientin fordert die Person der Therapeutin mit ihren eigenen Abgründen. „In Wahrheit ruft der Abgrund nicht die zuverlässig funktionierende Aktionssicherheit, sondern den Abgrund an, das heißt, die unter den durch Lehre und Übung errichteten Strukturen verborgene, die selber vom Chaos unwitterte, selber mit den Dämonien vertraute, aber mit der demütigen Macht des Ringens und Überwindens begnadete und immer neu so zu ringen und zu überwinden bereite Selbstheit des Arztes“ (Buber, 1993a, S. 130).

Das Paradoxe ist, dass die Therapeutin nach dem Wagnis des Blickes in die eignen Abgründe und dem Wagnis der Beziehung gerade als Arzt und Helfer wieder zurückkehren muss in die Es-Welt der Methode, der Technik und der Verobjektivierung (vgl. Buber 1993a, S. 130). Diese bekommt nun aber einen ganz neuen Wesenszug wie das herkömmliche methodische Verständnis, welche noch dazu diente, den festen Boden der Verobjektivierung nie zu verlassen und durch ihren Wirklichkeitsanspruch die Bedeutung der Beziehung verdeckte. Der Therapeut wird aus dem Beziehungserlebnis „zurückkehren in eine modifizierte Methodik, in der, von dem in solchen Begegnungen Erfahrenen aus, auch das Ungewohnte den herrschenden Denkweisen Widerstrebende und den stets erneuten personenhaften Einsatz Heischende seinen Platz findet“ (Buber, 1993a, S. 131).

Wir haben es also wieder mit der Frage nach dem rechten Verhältnis von Es-Welt und Du-Welt zu tun, das erst durch die individuelle Neubegründung der Es-Welt aus der Beziehung zustande kommen kann. Buber leugnet nicht, dass der Therapeut auch auf der Erfahrungsebene arbeiten muss und dazu auf Methoden, Theorien und Vorwissen angewiesen ist, aber diese stehen immer im Dienste der Beziehung. Beschränkt sich der Therapeut dagegen auf die Erfahrungsebene der Wissenschaften, „mag ihm manche Reparatur gelingen [...]. Aber das, was ihm hier eigentlich aufgetragen ist, die Regeneration eines verkümmerten Person-Zentrums wird er nicht zu Werke bringen“ (Buber, 1997, S. 131 f.).

Neben der Tatsache, dass der Therapeut seine Methoden aufgeben muss, um sie später erneuert sinnvoll einsetzen zu können, existiert noch ein anderes Paradoxon für den Psychotherapeuten. Psychische Krankheit als Störung des Zwischenmenschlichen soll ja gerade durch die Begegnung im Zwischenmenschlichen geheilt werden, das bedeutet mit einem beziehungsgestörten Menschen soll eine gesundende Beziehung eingegangen werden. Wie ist das aber möglich, wenn die „Abkapselung“ (Buber, 1993a, S. 132) und das Leben im „Schein“ des Patienten die Unmittelbarkeit der Beziehung verstellen?

Buber gibt uns darüber keine genaue Auskunft, es lässt sich nur soweit sagen, dass es sinnvoll erscheint, eine Störung an dem Ort zu bearbeiten, wo sie auch existiert. So schreibt Buber: „Dort, in dem geschlossenem Raum, wo man die isolierte Psyche, der Neigung des in sich verkapselten Patienten gemäß, ergründet und verarztet, wird dieser in immer tieferen Schichten auf seine Innerlichkeit als auf seine eigentliche Welt verwiesen; hier draußen, in der Unmittelbarkeit des menschlichen Gegenüberseins, muss und kann die Verkapselung durchbrochen, und dem in seinem Verhältnis zur Andersheit –zur uneinseelbaren Anderwelt– Erkrankten muss und kann ein gewandeltes, ein geheiltes Verhältnis zu ihr eröffnet werden“ (Buber, 1993a, S. 132).

Echte Heilung kann nur aus der Begegnung geschehen und es ist zunächst der Therapeut, welcher durch seine Wesenstat die Unmittelbarkeit der Beziehung stiftet, in der die Abkapselung des Patienten durchbrochen werden kann. Es wurde ja bereits das spezifische Opfer (Verlassen der Therapeutenrolle und Verzicht auf Verobjektivierung) und Wagnis (sich dem eigenen Abgrund und dem Abgrund des Patienten stellen) des Therapeuten als Voraussetzungen für eine heilende Beziehung genannt, nun soll noch etwas genauer auf das spezifische Verhältnis zwischen Therapeut und Patient eingegangen werden.

Zur therapeutischen Haltung in der Psychotherapie

In der Art und Weise, wie der Therapeut (bzw. der Forscher) seinem Patienten gegenübertritt, wenn er sich fragt, wie er einen Menschen behandeln, heilen oder verändern kann, befinden sich zwangsläufig implizite Menschenbildannahmen und damit verbunden eine bestimmte Haltung dem Patienten gegenüber. In der herkömmlichen Psychotherapie herrscht die Vorstellung von einem Fachmann, der einem spezifischen Organismus bzw. seelischen Funktionen gegenübersteht und diese in ihren Bestandteilen möglichst objektiv, d.h. unter Absehung seiner eigenen Person, analysiert. Der Fachmann weiß, wie ein normales oder vielmehr unnormales Verhalten aussieht und ist in der Lage zu erkennen, ob dieser Norm entsprochen wird oder nicht. Gesundheit wird defizitär über das Ausbleiben von Störungen bestimmt und das meint ein Nicht-Versagen in den vorgegebenen gesellschaftlichen Strukturen und Funktionen.

Dazu steht ihm ein diagnostisches Instrumentarium, von der Beschreibung verhaltensnaher Kriterien zur Klassifikation psychischer Störungen nach dem ICD-10 bis zu diversen diagnostischen Testverfahren, zur Verfügung. Als Norm definiert werden diese Klassifikationen entweder quantitativ, also im Vergleich mit der Mehrheit (mit mehr oder weniger repräsentativen Stichproben), oder funktionell, nämlich inwieweit der Organismus in seinem bestehenden Umfeld funktioniert. Abweichungen werden mit einer Begrifflichkeit etikettiert, die jedes Konzept eines einheitlichen Ganzen oder der seelischen Gesundheit im Dienste der scheinbaren Wertneutralität meiden muss. Heraus kommt dabei ein Fachvokabular, das den Menschen in einer Weise verbal zersplittert, wie es zwar häufig dem ungesunden Selbstbild des Betroffenen entspricht, aber m.E. nur wenig dienlich zur Integration und Ganzheit des Patienten sein kann.

Außer in den vorgeschriebenen Ritualen zur Begründung von Kostenübernahme durch die Krankenkasse hat die klassifikatorische Diagnose ihre Funktion vor allem in der kasuistischen Indikationsstellung. Der Fachmann stellt demnach objektivierend eine genaue Diagnose und kann daraus die entsprechenden Interventionen zur Behebung des dysfunktionalen Verhaltens ableiten, denn in der defizitären Diagnosebestimmung über einen normativen Maßstab ist das Therapieziel bereits enthalten. Die Zuordnung von Diagnose und Indikation ist, wie im Fall der Psychoanalyse, bestimmt durch eine therapiespezifische explizite Störungstheorie oder, wie in der Verhaltenstherapie, durch die „neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse“, die nach dem Modell des Laborexperiments gewonnen wurden (vgl. Fähr, M. & Fischer, G., 1998, S. 18 ff.) und ihre theoretischen Implikationen nicht explizieren.

Möglich ist so eine klassifikatorische Zuordnung nur auf der Grundannahme, dass es allgemeine Gesetze gibt, nach denen alle psychischen Störungen entstehen und auch behoben werden können. Der Individualität wird dabei keine eigene Gesetzmäßigkeit zugestanden, das Individuelle ergibt sich aus der spezifischen Konstellation von Beziehungsgeschichte bzw. Konditionierung und Sozialisierung. Der Therapeut als Kenner dieser allgemeinen Gesetze erweckt dem Patienten den Eindruck von fachlicher Kompetenz und repräsentiert die Wissenschaft mit ihrem gesellschaftlichen Ansehen. Er denkt für den Patienten und nimmt diesem dadurch einen Großteil seiner Sorge ab. Die Berufung auf dieses wissenschaftlich abgesicherte Wissen ermöglicht dem Psychotherapeuten wiederum die teilweise Abgabe seiner persönlichen Verantwortung an das anonyme „man“ der scientific community.

Schließlich wird dann der Therapieerfolg an Instrumentarien gemessen, die im Prinzip entweder die gleichen scheinbar wertneutralen und störungstheorieunspezifischen Kriterien haben, wie diejenigen der Diagnosestellung (Verhaltenstherapie) oder deren Erfolgskriterien unmittelbar durch die spezifische Störungstheorie bestimmt sind (Psychoanalyse). Die Identität von Krankheitskriterien und Therapierfolgskriterien beweist nochmals, dass der Therapieeffekt nicht auf einen offenen Entwicklungsprozess abzielt (dessen Ziele z.B. auch die unvorhersehbare Veränderung der privaten und gesellschaftlichen Verhältnisse sein könnten, ohne dass der Patient sich dabei ausgeglichen und schuldfrei fühlen muss; siehe hierzu Buber, 1958), sondern einen geschlossenen Kreis mit dem rückwärtsgewandtem Ziel darstellt, die Funktionalität im bestehenden Gesellschaftssystem wiederherzustellen bzw. den Patienten „schmerzfrei“ zu bekommen.

Die Therapeutin hat dabei keine persönliche Beziehung mit der Patientin einzugehen, sie besitzt ein Fachwissen von wissenschaftlichen Begriffen und Kategorien über die Symptomatik der Patientin als exemplarischer Fall allgemeiner Gesetzmäßigkeiten. Das Verstehen hat in diesem Zusammenhang weniger den Charakter von persönlicher Anteilnahme und Einfühlung, sondern die Aufgabe, diesen konkreten Fall den therapeutischen und wissenschaftlichen Vorbegriffen zuzuordnen, um das entsprechende Anwendungswissen einsetzen zu können. Dazu muss durch eine distanzierte Haltung von der Einzigartigkeit, Subjektivität und Ganzheit des Patienten abstrahiert werden.

Rogers gelangte im Zuge seiner therapeutischen Erfahrung zu der zentralen Erkenntnis, dass „kein Ansatz, der sich auf Wissen, auf Training, auf Annahme irgendeiner Lehre verlässt, von Nutzen sein kann“ (Rogers, 1989, S.46). Er geht sogar noch einen Schritt weiter und formuliert die These, dass die Anwendung von psychotherapeutischen Theorien innerhalb einer therapeutischen Sitzung der „existentielle Begegnung“ von Therapeut und Patient abträglich sei (Rogers, 1983b, S. 200), und fordert folgerichtig eine Abwendung von der üblichen, früher noch offenkundig theoretisch fundierten Diagnosestellung. Für ihn ist unmittelbar einsichtig, dass der therapeutische Erfolg von bestimmten persönlichen Einstellungen des Therapeuten (Kongruenz, Wertschätzung, Empathie) abhängt, die er in der therapeutischen Sitzung zum Ausdruck bringt und durch den Klienten entsprechend wahrgenommen werden müssen (vgl. Rogers, 1957). Dadurch wird eine Beziehungsqualität geschaffen, die das entscheidende gemeinsame Merkmal für alle Therapieerfolge über die verschiedenen theoretischen Ausrichtungen hinweg ist (vgl. Rogers, 1983c, S. 212).

Rogers grenzt sich mit diesen Aussagen sowohl gegen die Psychoanalyse als auch gegen die Verhaltenstherapie ab. Die Psychoanalyse erkennt zwar ebenfalls die therapeutische Beziehung als den eigentlichen Wirkungsbereich an, verkennt aber deren potenziellen Begegnungscharakter, indem sie die unmittelbare persönliche Beziehung zur theoriegeladenen Auffassung von Übertragung und Gegenübertragung reduziert.

In der Verhaltenstherapie spielt Beziehung zur Patientin nur eine untergeordnete Rolle. Ihre Theorielastigkeit ist in deren Technologie und ihrem wissenschaftstheoretischen Hintergrund begründet, die zwar einer technologischen und beziehungsarmen Gesellschaft entspricht, aber dafür auch keinerlei Entwicklungspotenzial birgt (vgl. Rogers, 1980a, S. 77). Rogers ist nicht theoriefeindlich, er selbst hat eine eigene Theorie entwickelt, entscheidend aber in seiner Abgrenzung zu den Theorien der bestehenden Therapieformen ist die *Funktion*, welche die Theorie in Bezug auf die Beziehungsgestaltung einnimmt. Seine Theorie entstammt der Beziehungserfahrung (vgl. Rogers, 1991a, S. 188) und ist auf eine dieser Erfahrung innewohnenden Ordnung gerichtet (vgl. Rogers, 1959, S. 188).

In der psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Therapie ist die Kenntnis der Theorie das, was den Therapeuten zum Fachmann macht und so eine erwünschte Therapeut-Patienten-Rollenverteilung gewährleistet, die sich gerade durch ein distanziertes nicht persönliches Beziehungsverhältnis auszeichnet. Diese Funktion der Theorie verhindert nach Rogers die eigentliche Beziehung, sie verbleibt auf einer rein kognitiven Ebene (vgl. Rogers, 1980b S. 167 ff.), „halbirt“ den Menschen und presst ihn in ein ideologisches Raster. Der wesentliche

Unterschied zwischen Rogers und den herkömmlichen Therapiemethoden ist demnach nicht primär die inhaltlich verschiedene Störungstheorie, sondern deren Status bzw. die in der zwischenmenschlichen Begegnung wurzelnde Funktion der Theorie. Dieser Wandel ist so radikal und grundsätzlich, dass Rogers zu dem Schluss kommt, das gesamte herkömmliche theoretische Ausbildungsverfahren von Psychotherapeuten und deren festgelegte Qualifikationsnachweise haben rein gar nichts mit dem zu tun, was einen guten Therapeuten tatsächlich auszeichnet (vgl. Rogers, 1980b, S. 162 ff.).

Rogers stellt nun nicht fest, dass die herkömmlichen Theorien falsch seien oder die Beziehung verhindere, sondern er betont, dass in diesen Theorien eine Haltung zum Patienten zum Ausdruck kommt, die seiner Vorstellung diametral entgegengesetzt ist.

Rogers' fundamentaler Haltungswechsel und die damit einhergehende persönliche Beziehungsgestaltung ist das Herzstück des gesamten gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes und deshalb bestimmt er auch dessen Namensgebung. Das Bewusstsein, dass der Therapeut sich nicht hinter seiner Rolle als Fachmann verstecken darf, sondern sich als Person auf den Gegenüber als andere Person einlassen sollte, dass der Therapeut den Patienten nicht in seine theoretischen Konstrukte presst und nur innerhalb dieser Begegnung echtes Verstehen sich ereignen kann, das hat Rogers veranlasst, seine Therapie zunächst „non-directiv“, später „client-centered“ und schließlich „person-centered“ zu nennen.

Der Benennungswandel von „klientenzentrierte Therapie“ zum „personenzentrierten Ansatz“ weist darauf hin, dass es sich nicht mehr um ein spezifisch therapeutisches Verfahren handelt, sondern mit diesem Haltungswechsel eine allgemein menschliche, aber an der Person des Einzelnen ausgerichtete Haltung verwirklicht werden soll. Rogers' therapeutische Fragestellung ist nicht die nach der richtigen Diagnose und der entsprechenden Indikation nach dem Vorbild der Schulmedizin (vgl. Rogers, 1991a, S.187), die den jeweiligen Organismus der Gattung Mensch behandelt. Er fragt sich, wie er eine Beziehung herstellen kann, die dieses Individuum zu seiner eigenen, selbstbestimmten Persönlichkeitsentfaltung nutzen kann (vgl. Rogers, 1989a, S. 64 ff.).

Dabei kann und darf er sich nicht auf ein erlerntes Fachwissen und abstrakte Kategorien verlassen. Er stellt sich dem Anderen nicht unter dem Diktat der Subjekt-Objekt-Trennung gegenüber, kann nicht aus einer distanzierten Haltung heraus hypothetische Konstrukte herantragen, um über den konkreten Fall möglichst objektiv zu urteilen, sondern er lässt sich auf den Anderen als Anderen ein, er nimmt Anteil und wird zum Begleiter. Um aber eine Betroffenheit und Anteilnahme zu ermöglichen, sind vielmehr umgekehrt gerade das Verlassen der naturwissenschaftlichen Haltung und zumindest die vorübergehende Aufgabe der therapeutischen Vorbegriffe notwendig.

Ich meine, diese Überwältigung, diese Unsicherheit und Unwissenheit, das ist Ausdruck für eine Offenheit, für das Sich-Einlassen auf eine echte persönliche Beziehung und ist zugleich dasjenige Element, welches einer herkömmlich professionellen Therapeut-Patienten-Beziehung so häufig fehlt und damit ein echtes Verstehen verhindert. Rogers schildert diese Erfahrung in einer seiner ersten Therapiegespräche an einer schulpсихologischen Beratungsstelle: „Ich war ihr (der Klientin) gefolgt, nicht sie mir. Ich hatte einfach zugehört, anstatt sie zu dem diagnostischen Verständnis zu bringen, das ich schon erreicht hatte“.

Hier kann man deutlich den Bedeutungswechsel von Verstehen entsprechend den zwei entgegengesetzten Haltungen erkennen. Einmal wird ein allgemeines und abstraktes Wissen mit wissenschaftlichen Vorbegriffen auf diesen einen Fall angewendet und das andere Mal steht das Nicht-Wissen und die Anteilnahme am Anfang. Die wissenschaftlichen Vorbegriffe ermöglichen zwar die Kategorisierung bzw. Diagnose und Indikationsstellung, aber das echte persönliche Verständnis kann sich nach Rogers nur durch die bewusste Enthaltung von diesen wissenschaftlichen Vorurteilen verwirklichen.

Der Mensch wird gesehen als jemand, der in einem Prozess andauernder Veränderung steht und die Fähigkeit besitzt, sich in Richtung größerer Reife und Funktionsfähigkeit zu entwickeln (Verwirklichungs- bzw. Aktualisierungstendenz). Er ist dabei imstande, selbst die Verantwortung für sein Erleben und Handeln zu übernehmen (Selbstverantwortlichkeit), sich von innen zu steuern (Selbstbestimmung) und sein Leben und seine Probleme zu meistern. Rogers geht von einem schier grenzenlosen Vertrauen in die aktualisierenden Tendenzen des Organismus aus; d.h. er ist überzeugt, dass jeder Mensch grundsätzlich in der Lage ist, seine ihm innewohnenden Möglichkeiten konstruktiv zu nutzen, wenn entsprechende förderliche Rahmenbedingungen gegeben sind. In diesem „Bestreben nach Erfüllung“ sieht Rogers die Grundlage aller Motivation.

Anthropologische Positionen

Für Buber existiert der Mensch als eigenständige Seinskategorie, was sich durch das Doppelprinzip von Urdistanzierung und Beziehung zeigt. Dies macht nach Buber auch die Unterscheidung zur Tierwelt aus. Der Mensch kann nur sein Mensch-Sein verwirklichen, wenn er mit seinem gegenüber in Beziehung tritt. Begegnung versteht er als die *Urkategorie*, die Menschsein genuin begründet. Würden wir Buber mit Kant fragen: „Was ist der Mensch“, hörten wir Buber antworten: „Der Mensch ist Mensch mit Menschen.“ Was unser Menschsein ausmacht, lässt sich nicht individualistisch beschreiben. Wir sind kein in uns abgeschlossener Apparat, der sich von außen beschreiben ließe. Uns erschließt sich nicht, was Menschsein ausmacht, wenn wir einen Menschen als Objekt betrachten. Unsere moderne individualistische Gesellschaft will uns das Glauben machen. Was Menschsein wirklich ist und wirklich werden lässt, ist nur dialogisch zu erfassen, nämlich in wirklicher Begegnung.

Im Gegensatz dazu ist bei Rogers für das Verständnis des Menschen die positiv gerichtete Selbstaktualisierungstendenz des menschlichen Organismus anfangs grundlegend. Sie hat er mit den Tieren gemeinsam. Rogers geht davon aus, dass diese Tendenz in jedem Menschen in Richtung psychisches Wachstum, Reife und Selbstverwirklichung wirkt. Jeder Mensch ist über diese Tendenz, die den ganzen Kosmos durchzieht, verbunden und eingebettet in der Welt. Das menschliche Bewusstsein ist nur eine Ergänzung dieser Kraft, nicht aber deren zentrale Instanz. Carl Rogers spricht auch von einer „angeborenen Weisheit des Körpers...“, er geht davon aus, dass der Organismus in seiner Gesamtheit klüger ist als das Bewusstsein. Nach Rogers ist es Sinn und Aufgabe des Menschen in der Welt, der individuellen Selbstaktualisierung möglichst weiten Raum zu geben, damit sich der Einzelne entsprechend seinen Anlagen und seinem Potential verwirklichen kann. In den letzten Jahren seines Lebens erweiterte Rogers die Perspektive der therapeutischen Beziehung immer mehr auf die Gesellschaft, die Gemeinschaft, die Gruppe. „Der Dritte“ erweitert die Abgeschlossenheit des Paares und auch Therapie findet nie in der Abgeschlossenheit eines Raumes statt, sie ist nie isoliert von der Gesellschaft, immer sind die anderen, die gesellschaftliche Realität virtuell dabei. Für Rogers war die Gruppe so gesehen nie ein sekundäres Phänomen, sondern eine primäre Gegebenheit: „Der Mensch ist unheilbar sozial.“ (Rogers, 1965, S.20). Die Gruppe wird so als Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft gesehen, sie hat immer auch eine gesellschaftspolitische Dimension. Der personenzentrierte Ansatz benötigt keine Ergänzung durch eine systemische Perspektive: sie ist im relationalen Personenbegriff eingeschlossen, d.h. es gibt den Menschen nicht als isoliertes Wesen, es gibt ihn immer nur im System.

Übereinstimmungen in der dialogischen Perspektive

Trotz unterschiedlichen anthropologischer Grundannahmen bei Buber und Rogers gibt es in einem zentralen Bereich Übereinstimmung: Nach Buber kann sich der Mensch nur in Beziehungen entwickeln und realisieren. Auch Rogers ist überzeugt, dass Veränderung und Gesundung beim Menschen nur durch die Erfahrung einer Beziehung zustande kommt. Der personzentrierte Ansatz von Rogers versteht sich als eine Beziehungstherapie, Beziehung wird nicht als Technik, als Mittel eingesetzt: Die Beziehung **ist** die Therapie.

Die wesentlichen Bedingungen, unter denen eine Person gesund werden, ihr Potential und ihre Kreativität voll entfalten kann, sieht Rogers vor allem in einem förderlichen zwischenmenschlichen Klima festgelegt.

Rogers vergleicht die Aufgabe der Therapeuten in einer Gesprächsbeziehung mit der Tätigkeit einer Hebamme. In einer an Sokrates erinnernden Beschreibung sieht er sich als Geburtshelfer für ein neues Person-Werden. Er stellt keine neue Persönlichkeit her, er formt oder bildet sie nicht; er ist lediglich bei der Entstehung und Ausbildung neuer, bisher nicht zutage getretener Seiten der Person behilflich, förderlich. Es geht ihm auch in Abgrenzung zur Psychoanalyse darum, den Gesprächspartner als selbständige, eigenverantwortliche Persönlichkeit zu respektieren und ein möglichst geringes Abhängigkeitsverhältnis herzustellen, mit ihm in einen „echten Dialog“ zu treten. Wie der Helfer an seinen Partner herangeht, welchen Zugang er zu ihm hat und vermittelt, entscheidet wesentlich, wie sich die Beziehung zwischen beiden gestalten wird. Eine Person, die für ihre Erfahrungen offen ist, die im Augenblick, im „Hier und Jetzt“ leben kann und mit einem gesunden Maß an Selbstbewusstsein ausgestattet ist, bezeichnet Rogers als eine „sich voll verwirklichende und voll handlungsfähige Person“. Eine solche Person hat es nicht nötig, Gefühle und Erfahrungen abzuwehren, weil sie genügend Selbstvertrauen besitzt. Sie ist in der Lage, verantwortungsbewusst und sozial zu leben und zu handeln. Die anfangs genannten personzentrierten Einstellungen der Empathie, der Wertschätzung und der Wahrhaftigkeit sind jene Bedingungen, die eine Persönlichkeitsentwicklung mit diesen Zielen fördern. In den Anfangsphasen der Entwicklung des Ansatzes hat Carl Rogers großen Stellenwert auf die Grundhaltungen und Verhaltensweisen des Therapeuten gelegt, im Lauf der Zeit nahm die Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient einen immer größeren Stellenwert ein.

Hier treten die Berührungspunkte und Anregungen durch die dialogische Perspektive bei Martin Buber sehr deutlich zutage. Doch es ist wichtig zu betonen, dass es in der Regel um Parallelen geht, kein Werk wurzelt im jeweils anderen. Die Lektüre von Buber und Kirkegaard hat vermutlich unter anderem auch dazu geführt, dass sich Rogers in seinen späteren Lebensjahren wieder zunehmend die dialogische Haltung in der Therapie betonte und immer wieder Buber zitierte; auch begann er sich mehr und mehr für östliche Weisheitslehren zu interessieren.

Bei aller Betonung der Bedeutung des Dialogs und der Beziehung in der Therapie bleibt für Rogers immer wichtig, dass Beziehung innerhalb des therapeutischen Geschehens einen Zweck erfüllt: Symptome zu reduzieren, das Persönlichkeitswachstum zu fördern und seinen Wert als Person zu bestätigen: „Das Erlebnis der Begegnung gibt eine Antwort auf die Einsamkeit, geht aber weit darüber hinaus. Sie gibt dem Individuum eine Bestätigung seiner vollen Existenz als Person!“ (Rogers/Rosenberg, 1980, S 71)

Obwohl Rogers selbst ja für die gesamte Psychotherapie ausdrücklich die naturwissenschaftliche Forschung initiiert hat, dass sich Rogers im Lauf der Zeit immer mehr vom empirischen Operationalismus im eigentlichen Sinne entfernt. Bei den Beziehungsaspekten bei Rogers handelt es sich um einen ganzheitlichen Prozess, der seinen Ausdruck im Verstehen findet und nicht eigentlich um voneinander trennbare „Variablen“.

Rogers persönlicher Werdegang über die chronologischen Veröffentlichungen hinweg lässt sich als eine zunehmende Vertiefung des Empathiebegriffs verstehen.

Doch es deuten sich schon bei aller scheinbarer Gemeinsamkeit in der Beziehungsfrage auch fundamentale Unterschiede an, die später bei dem öffentlichen Dialog im April 1957 offen zutage traten: Buber sah Übereinstimmungen nur widerwillig und betonte immer wieder die Unterschiedlichkeit in den Standpunkten, vor allem in der Frage, ob in der Psychotherapie eine echte Ich-Du- Beziehung möglich sei.

In der personenzentrierten Psychotherapie sieht Rogers jedoch letztlich die bewusste Befreiung des Patienten, die Buber fordert, realisiert. Rogers entwickelte seinen Ansatz, indem er auf bestehende Methoden, Ansichten und Theorien verzichtete und lernte, dem Klienten „so naiv wie möglich zuzuhören.“ Rogers erkannte auch wie wichtig es ist, das, was vom Klienten kommt, „nicht in feste Kategorien“ zu bringen, es nicht zu bewerten. Erstaunlich, wie weit Rogers hier die Initiative und Verantwortlichkeit des therapeutischen Gesprächs zum Patienten hin verlagert. Dieses Ernstnehmen des Klienten und das Vertrauen in Initiative des Klienten ist bei Rogers zentral und war auch namensgebend für seine Therapieschule.

Die dritte Phase in Rogers` Theorieentwicklung ab 1957 hat die bis heute gebräuchliche Bezeichnung „person-centered“ veranlasst. In ihr wurde gemäß der möglichst allgemeinen Bezeichnung des Patienten als „Person“ die Begegnung von Personen zu Person betont (vgl. Quitmann, 1996, S. 150). Die Auffassung, dass der Therapeut Bedingungen bereithält, die sich am Klienten auswirken, tritt zurück und die wechselseitige existenzielle Beziehung zwischen Therapeut und Klient gewinnt zunehmend an Bedeutung (vgl. Schmid, 1994, S. 182). Diese Begegnungskultur sollte nun nicht mehr auf eine therapeutische Situation beschränkt werden, sondern wurde durch Rogers gezielt entprofessionalisiert (vgl. Rogers, 1980b, S. 162). Dadurch wurde auch die Empathie immer mehr zu einer allgemein menschlichen Fähigkeit und entrückte so der engen technischen Auffassung vom therapeutischen Interventionsverhalten zunehmend (vgl. Quitmann, 1996, S. 150).

In dem Aufsatz von 1977 schreibt Rogers: „Ich habe beobachtet, dass viele bereit sind, neu zu überdenken, wie man mit anderen umgehen kann [...] unter Betonung der jeweiligen Person und nicht des Experten, und dies führt mich dazu von neuem sorgfältig zu überprüfen, was wir unter Empathie verstehen und was wir darüber wissen. Vielleicht ist die Zeit inzwischen reif dafür, dass wir ihren wirklichen Wert erkennen“ (1980a, S. 77).

In einem seiner letzten Aufsätze, der von höchster Bedeutung ist und viel zu wenig in der Rezeption beachtet wurde (vgl. Pfeiffer, 1995, S. 28).versucht Rogers am Ende seines erfahrungsreichen Lebens erstmals die eigentliche Dimension seines therapeutischen Handelns in aller Konsequenz theoretisch zu benennen (vgl. Rogers, 1991b). Zunächst bringt er in prägnanter Weise noch einmal seine üblichen Definitionsversuche der drei Beziehungsaspekte. Dann setzt er aber in dem Kapitel „Ein weiteres Merkmal“ an: „Ich habe oben jene Merkmale einer entwicklungsfördernden Beziehung beschrieben, die durch Forschung untersucht und bestätigt wurden. Jedoch hat sich mein Blick in jüngster Zeit auf ein neues Feld erweitert, das bisher noch nicht empirisch untersucht werden konnte“ (Rogers, 1991b, S. 242).

Es folgen dann bruchstückhafte Erfahrungsberichte von Rogers und einem Workshopteilnehmer, in denen die Rede ist von einem „veränderten Bewusstsein“, „innerer Sinn“, „spirituelle Erfahrung“ und „Einheit des Geistes in der Gemeinschaft“. Mit der Frage, was all diese mystischen Bezeichnungen benennen sollen, lässt uns Rogers jedoch allein¹⁷⁸. Deutlich wird allerdings, dass hiermit eine neue überindividuelle Dimension angesprochen wird, die das zweigliedrige Innenwelt-Außenwelt Schema und die naturwissenschaftliche Realitätsauffassung gründlich verlässt.

Diese erfahrene Beziehungsqualität möchte ich in Rogers` eigenen Worten wiedergeben: „Ich fühlte ihre Gegenwart ohne die üblichen Barrikaden der Ich-heit oder Du-heit [...] und dennoch, trotz dieser außergewöhnlichen Empfindung der Einheit wurde die Besonderheit jeder anwesenden Person niemals deutlicher bewahrt [...]. In solchen Augenblicken scheint es, dass

mein innerer Sinn sich hinausgestreckt und den inneren Sinn des anderen berührt hat. Unsere Beziehung transzendiert sich selbst und wird Teil von etwas Größerem“ (Rogers, 1991b, S. 242). Ich meine, diese Andeutungen verweisen doch ganz deutlich auf den dialogischen und dialektischen Moment der zwischenmenschlichen Beziehung, wie er bisher bei Rogers immer vermisst wurde¹⁷⁹. Es ist nicht schwer, in diesen Formulierungen das dialogische Prinzip von Martin Buber mit den wesentlichen Elementen der Isolation, der Ich-Werdung im Du-sagen und der Unmittelbarkeit in der Begegnung wieder zu finden. Obwohl sich Rogers in diesem Aufsatz nicht explizit auf Buber bezieht, scheint er mir der geistige Vater dieser Formulierungen zu sein, was allein daher evident wird, dass Rogers dieses hier eingeführte „weitere Merkmal“ mehrmals unter Hervorhebung mit „Gegenwart“ bezeichnet¹⁸⁰. Die **Gegenwärtigkeit** („presence“) aber ist exakt der zentrale Begriff bei Buber für die Qualität der Ich-Du-Begegnung.

So sieht es auch Schmid in seinem Artikel „Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung“ (Rogers; Schmid, 1991 S. 117 ff.): „In seinen letzten Lebensjahren [...] ist Carl Rogers über diese immer wieder zitierten personenzentrierten Grundhaltungen von Echtheit, wertschätzender Anteilnahme und einführenden Verstehen jedoch hinausgegangen und hat aufgrund seiner Erfahrungen, insbesondere auch in Gruppen, sein Verständnis von einer tiefen menschlichen Begegnung noch weiterentwickelt. [...] Die Art der Beziehung, wie sie sich in der Therapie entwickelt, nähert sich in verschiedenen Abstufungen der Begegnung zweier Personen in dem Sinn, wie Buber sie versteht“.

Schmid schreibt in seiner Einleitung zu dem besagten letzten Aufsatz von Rogers: „In dem hier wiedergegebenen Gespräch macht Rogers anschaulich, was er mit dieser Dimension des «Gegenwärtigseins» meint, die er als eine Frucht tiefer Empathie versteht“ (Rogers; Schmid, 1991, S. 238). Damit deutet er an: Es gibt den Empathiebegriff, wie er bisher als ein bestimmter Beziehungsaspekt verhaltensnah definiert worden ist, und es gibt die **Gegenwärtigkeit** als eine neue Dimension und Seinsweise, die man aber auch als Frucht tiefer Empathie auffassen kann. So gesehen konnte Empathie nicht als ein operational definierter Beziehungsaspekt unter anderen in seiner eigentlichen Tiefe ausgelotet werden. Erst wenn der innere Zusammenhang der drei Beziehungsaspekte in der Begegnung lebendig wird, zeigt sich die tiefere Bedeutung der Empathie als eine Seinsweise der Beziehung.

Es geht dabei auch um eine entpathologisierende Sprache, die aus dem Behandlungsobjekt Patient wieder einen handlungsfähigen Menschen macht, der sich aktiv mit sich selbst, seiner Umwelt und seinen Beziehungen zu ihr auseinandersetzt. – allein, in organisierter Selbsthilfe oder mit therapeutischer Unterstützung.

Literatur:

- Buber, M. (1997). *Das dialogische Prinzip*. Gerlingen: Lambert Schneider.
Buber, M. (1951). *Urdistanz und Beziehung*. Heidelberg: Lambert Schneider.
Buber, M. (1993). Heilung aus der Begegnung. In: M. Buber, *Nachlese*. Gerlingen: Schneider.
Buber, M. (1993). Von der Verseelung der Welt. In: M. Buber, *Nachlese*. Gerlingen: Schneider.
Buber, M. & Rogers, C. R. (1992). Das Gespräch zwischen C. R. Rogers und M. Buber. In: *Jahrbuch 1992 für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, S.187-201.
Rogers, C.R., Schmid P.F. (1991). *Personzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald
Rogers, C.R. (1965). A humanistic conception of man. In Farson, R. (Hrsg.). *Science and human affairs*, S. 18-31. Palo Alto: Science and Behaviour Books
Rogers, C. R. (1983). Die zwischenmenschliche Beziehung: das tragende Element in der Therapie. In: C. R. Rogers, *Therapeut und Klient*. Frankfurt/M: Fischer.

Schmid, P.F. (2005). Kreatives Nichtwissen: Zu Diagnose, störungsspezifischen Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. In PERSON 1, 4-20

Quitmann, H. (1996). *Humanistische Psychologie*. (3.Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung - der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. GwG- Zeitschrift, 97, S. 27-31.