

Wer sich für die Entwicklung der Klientenzentrierten Therapie nach *Carl R. Rogers* und ihre Rezeption in der evangelischen Seelsorge-Literatur der Bundesrepublik Deutschland interessiert, stößt auf ein eigentümliches Phänomen, das interpretationsbedürftig ist. Während sich innerhalb der psychotherapeutischen Szene die Klientenzentrierte Therapie zur wichtigsten Therapieform neben Psychoanalyse und Verhaltenstherapie entwickelte¹, blieb die *eigenständige* Rezeption dieses Ansatzes innerhalb

¹ Allerdings merkt auch *Peter F. Schmid* an, daß sich „in der Öffentlichkeit und bei psychotherapeutischen Fachkollegen anderer Orientierungen ... hartnäckige Vorurteile (scil. halten), die den Personzentrierten Ansatz nach wie vor mit frühen Phasen seiner Entwicklung identifizieren (Stichwort: ‚Gesprächstherapie‘) und damit abwerten.“ Diese Klischees und Vorurteile „... verdienen, beachtet und vor allem verstanden zu werden. Nicht nur, weil darin natürlich auch ein gutes Stück Wahrheit über Vernachlässigungen und mangelndes Ernstnehmen eigener Positionen und Möglichkeiten steckt, sondern weil das Image etwas von der Rezeption der eigenen Ansichten und Haltungen verrät. Und damit ein herausfordernder Einstieg zur Durchleuchtung der Selbsteinschätzung und des Selbstverständnisses ist.“ *P. F. Schmid*, Bescheidenheit ist eine Zier, doch weiter ... Das Selbstverständnis des Personzentrierten Psychotherapeuten, in: Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, Köln 1992, S. 39–69, hier 41.43.

der Seelsorge-Literatur zurückhaltend. *Dietrich Stollberg*² hatte zwar bereits 1969 über die Bedeutung von *Carl Rogers* für das amerikanische Pastoral Counseling und die theologischen Auseinandersetzungen über einen möglichen Propriumsverlust der Seelsorge in der amerikanischen Seelsorgebewegung berichtet. Wirksam wurde der Klientenzentrierte Ansatz in Deutschland aber überwiegend in Verbindung mit der Klinischen Seelsorge-Ausbildung (was weitreichende Folgen für die Rogers-Rezeption hatte) bzw. in einer wenig überzeugenden Mixtur mit allen möglichen therapeutischen Verfahren, wobei von *Rogers* im besten Falle die drei Therapeutenvariablen im Sinne einer allgemein empfehlenswerten, seelsorgerlichen Haltung weitergegeben wurden.³

Außerdem fällt auf, daß seit den Anfängen der Rogers-Rezeption in Deutschland sich dieselben Vorwürfe und Mißverständnisse gegenüber diesem Ansatz in gleichlautenden Formulierung und immer wieder neu gewendeten Argumenten wiederholen: Zum einen wird das zu optimistische Menschenbild *Rogers'* kritisiert, zum anderen wird die Klientenzentrierte Therapie als Methode verstanden, was dazu führt, daß man sie entweder für eine leicht handhabbare Gesprächsführung hält oder aber man ihr fehlendes Reflexionsniveau und blanke Naivität in den Möglichkeiten heilenden Wirkens durch „bloßes“ Gespräch vorwirft.

Ich denke, daß sich der beschriebene Sachverhalt auf verschiedene Art und Weise erklären läßt. Das heute immer noch gängige Urteil über *Carl R. Rogers* und die Klientenzentrierte Therapie ist wohl als fortdauernde Nachwirkung der oben angeführten Rogers-Rezeption im Rahmen der Klinischen Seelsorge-Ausbildung zu verstehen. Die wichtigsten Arbeiten von *Rogers* waren um 1970 herum noch nicht in deutscher Übersetzung erhältlich⁴, und die Rezeption des Klientenzentrierten Ansatzes lief im wesentlichen über zwei Bücher. Die Darstellung der Gesprächspsychotherapie durch das Ehepaar *Tausch*⁵ war besonders für die Aufnahme von *Rogers* im psychotherapeutischen Bereich von Bedeutung. Die ersten Auflagen dieses Werkes waren noch ganz von der Bedeutung der Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte (VEE) geprägt, so als ob das alleinige „Spiegeln“ der Gefühle des Klienten bereits einen therapeuti-

² *D. Stollberg*, *Therapeutische Seelsorge, Die amerikanische Seelsorgebewegung. Darstellung und Kritik. Mit einer Dokumentation*, München 1969.

³ Vgl. z. B. *D. Stollberg*, *Wahrnehmen und Annehmen. Seelsorge in Theorie und Praxis*, Gütersloh 1978, S. 73.

⁴ *Counseling and psychotherapy* (1942), dt. 1972: *Die nicht-direktive Beratung. Client-centered therapy* (1951), dt. 1973: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered frame work* (1959), dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. On becoming a person* (1961), dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Eine Bibliographie der Schriften von Carl R. Rogers* bietet: *P. F. Schmid*, *Bibliographie Carl R. Rogers. Vollständiges, chronologisches und alphabetisches Verzeichnis der Originalausgaben und der deutschsprachigen Übersetzungen 1930–1992*, Wien 1992⁵.

⁵ *R. und A.-M. Tausch*, *Gesprächspsychotherapie*, Göttingen 1968, 1990⁹.

schen Effekt habe. Innerhalb der Seelsorge wurde wohl die Darstellung von *Faber/van der Schoot*⁶ zur bedeutendsten Rezeptionsquelle⁷, ein Buch, das bereits 1961 als niederländische Originalausgabe erschienen und noch den ersten großen Rogersdarstellungen von 1942 und 1951 verhaftet war. Dies hatte zur Konsequenz, daß die für Rogers so wichtige Therapeutenvariable „Kongruenz“ keinerlei Rolle spielte und auch hier dem „Spiegeln“ der Gefühle des Klienten das größte Augenmerk gewidmet wurde. Aber während *Faber/van der Schoot* mit Blick auf die Gesprächspsychotherapie immer von einer „Methode“ (im uneigentlichen Sinne und deshalb in Anführungszeichen) sprachen, wurde daraus für die meisten Leser einfach eine leicht einzuübende Methode (ohne Anführungszeichen).⁸

Daneben aber gab es auch hoffnungsvolle Ansätze. Eine erste, ausführliche und gelungene Darstellung der Rogersschen Therapeutenvariablen nach den Originalschriften bot 1973 *Matthias Kroeger*⁹. Aber diese auch heute noch lesenswerte Einführung blieb allem Anschein nach folgenlos für die Seelsorgedebatte. Das Interesse hatte sich bereits auf die Gruppe

⁶ *H. Faber/E. van der Schoot*, Praktikum des seelsorgerlichen Gesprächs, Göttingen 1968. 1987¹, *Faber/van der Schoot* kann als der „Klassiker“ in der evangelischen Seelsorgeliteratur für die Gesprächsführung nach Rogers gelten, das zeigt alleine die Auflagenhöhe.

⁷ *Peter F. Schmid* nennt außerdem noch die Arbeit von *Raymond Hostie* (Das Gespräch in der Seelsorge, Salzburg 1965), Personale Begegnung. Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge, Würzburg 1989, S. 214. Den ersten Hinweis auf Rogers innerhalb der deutschen Seelsorge findet man m. W. bei *E. Hertzsch*, Methodische Seelsorge, in: *ZdZ* 17 (1963) 204–11, der den Klientenzentrierten Ansatz 1960/61 in der Seelsorgeausbildung der Lutherischen Kirche Schwedens kennenlernte.

⁸ Natürlich war dieses Phänomen auch bei den Pastoralpsychologen bekannt. *Manfred Josuttis* hatte 1974 darauf aufmerksam gemacht (Auf der Flucht vor Konflikten?, in: *EvKom* 7 [1974] 599–601) und zeigte sich erstaunt über das Ausmaß an Rückmeldungen, die seine Anfragen an die Klinische Seelsorge-Ausbildung auslösten (*Ders.*: Verständigungsschwierigkeiten mit einer Verstehensmethodik, in: *WPKG* 64 [1975] 304–15) – gerade auch im Blick auf die „CPT-Gesprächsmethode“ (gemeint ist der Klientenzentrierte Ansatz). *Dietrich Stollberg* und *Gernot Czell* sahen sich genötigt, *Josuttis* besonders im Blick auf die einfache Erlernbarkeit der Gesprächsführung zu widersprechen (*EvKom* 8 [1975] 48f). Alles in allem ein Wortwechsel, der von Mißverständnissen gekennzeichnet war, aber deutlich zeigt, daß dieses kurzschlüssige Verständnis des Klientenzentrierten Ansatzes als einer einfachen Methode der Gesprächsführung gang und gäbe war und die Pastoralpsychologen empfindlich darauf reagierten. (Vgl. auch *G. Czell*, Nichtdirektives, partnerzentriertes Gespräch. Chance und Herausforderung. Eine Replik, in: *WPKG* 64 [1975] 304–15).

⁹ *M. Kroeger*, Themenzentrierte Seelsorge, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1973. Lesenswert sind auch die Einleitung und das Nachwort der 3. Auflage 1983. Weiterhin sind zu erwähnen: *R. Bastine*, Einführung in die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, in: *WzM* 23 (1971) 481–86; *A. J. Hammers*, Neuere Entwicklungen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und ihre Bedeutung für die Seelsorge, in: *WzM* 30 (1978) 147–58; *ders.*, Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Seelsorge, in: *J. Scharfenberg* (Hg.), Freiheit und Methode, Göttingen 1979, S. 83–101.

und ihre Möglichkeiten innerhalb des seelsorgerlichen Prozesses verlegt.¹⁰ Dabei muß gesehen werden, daß dies auch mit der Entwicklung von Rogers eigener Konzeption hin zur Encounter-Gruppe zusammenhängt.¹¹ Die Auflösung einer klaren therapeutischen Konzeption zum allgemeinen Lebensgefühl einer therapeutischen Subkultur, die sich in seinem Gefolge vollzog, war sicherlich auch ein Grund für die Diskreditierung und unvollständige Rezeption der Grundgedanken Rogers' in der Seelsorge.¹²

Matthias von Kriegstein bot dann 1977 einen Grundkurs in nicht-direktiver Gesprächsführung¹³, der die Tendenz in der Rogers-Rezeption kennzeichnet: die Wahrnehmung der grundsätzlichen Auseinandersetzung tritt zurück zugunsten der praktischen Verwertbarkeit in der Gesprächsführung.¹⁴ Helga Lemke war die letzte, die auf evangelischer Seite in eine ausführliche Auseinandersetzung mit Rogers eingetreten ist.¹⁵ Aber auch für sie gilt, daß die Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes innerhalb der Psychotherapie in ihrem letzten Werk nur ungenügend zur Geltung kommt.

Nicht zuletzt dürften auch die Schwierigkeiten, die die Theologie mit dem Werk Sigmund Freuds¹⁶ hatte, verhindert haben, daß genügend Zeit

¹⁰ Vgl. dazu D. Stollberg, Seelsorge durch die Gruppe, Göttingen 1971; die Diskussion über die Gruppe als Kommunikationsform innerhalb der Kirche zieht sich in den 70er Jahren durch die verschiedenen Zeitschriften hindurch: z. B. LuM, WzM, DtPfBl, EvKom, WPKG, ThPr und zeitigt heftige Reaktionen, z. B. H.-K. Hofmann, Psychonautik-Stop, Wuppertal 1977.

¹¹ On encounter groups (1970), dt. 1974: Encounter-Gruppen.

¹² Vgl. dazu I. Baumgartner, Pastoralpsychologie, Düsseldorf 1990, S. 470f.

¹³ M. von Kriegstein, Gesprächspsychotherapie in der Seelsorge. Grundkurs nicht-direktiver Gesprächsführung in Schule und Gemeinde, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1977.

¹⁴ Vgl. z. B. W. Rossow, Klientenzentrierte Gesprächsführung im Trauergespräch, in: WzM 32 (1980) 270–80. Desweiteren: H. van der Geest, Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, Zürich 1981. Neuerdings auch Helga Lemke, Seelsorgerliche Gesprächsführung. Gespräche über Glauben, Schuld und Leiden, Stuttgart/Berlin/Köln 1992. Eine knappe Auseinandersetzung mit Rogers unter philosophischen Fragestellungen bieten: G. Alterhoff/D. Kuhrau-Neumärker, Persönlichkeitstheoretische Annahmen der Gesprächspsychotherapie und ihre philosophischen Quellen, in: WzM 32 (1980) 152–60. Aus systematisch-theologischer Sicht hat m. W. allein Hans-Martin Barth das Gespräch mit Rogers gesucht, ohne daß darauf in der Literatur weiter eingegangen worden wäre: Partnerzentrierte Seelsorge als Herausforderung an die Systematische Theologie, in: H. Fischer (Hg.), Anthropologie als Thema der Theologie, Göttingen 1978, S. 203–12; Seelsorge als Sakrament. Ein Beitrag zur Begegnung von Gesprächstherapie und christlicher Tradition, in: R. Riess/D. Stollberg (Hg.), Das Wort, das weiterwirkt. Aufsätze zur Praktischen Theologie in memoriam Kurt Frör, München 1981, S. 206–20.

¹⁵ H. Lemke, Theologie und Praxis annehmender Seelsorge, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1978; dies., Verkündigung in der annehmenden Seelsorge, Göttingen 1981, und Seelsorgerliche Gesprächsführung (Anm. 14). Auf katholischer Seite ist zu nennen: R. Troidl, Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Seelsorge, Frankfurt/Bern/New York/Paris 1988.

¹⁶ J. Scharfenberg hatte schon 1959 einen erneuten Gesprächsgang der Theologie mit Freud angemahnt (Wo steht die evangelische Seelsorge heute? Ein Überblick,

und Kraft für die Beschäftigung mit dem sehr viel weniger prominenten Zeitgenossen *Rogers* übrig blieb. Und die Propriumsdiskussion über „Seelsorge als Verkündigung“ oder „Seelsorge als Gespräch“, die ihre Auswirkungen bis heute zeitigt, erleichterte eine Rezeption auch nicht.¹⁷ Die Frage der Zuordnung innerweltlicher Methoden und Kenntnisse zum eigentlich „geistlichen Geschäft“ der Seelsorge (bekannt unter den Stichworten „Hilfsmittel“ und „Hilfswissenschaft“), bzw. die Frage inwieweit denn diese innerweltlichen Methoden und Kenntnisse der eigentliche Inhalt der Seelsorge des ausgehenden 20. Jahrhunderts sein sollen, ist weiterhin umstritten.¹⁸ Insofern blieb wenig Raum, die Weiterentwicklung beim Klientenzentrierten Ansatz zur Kenntnis zu nehmen.¹⁹

Schließlich, da wo *Rogers* gerne aufgenommen wurde – und für die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) ist dies wohl unbestreitbar – verhinderte der mit dieser Art der praxisorientierten Rezeption verbundene Eklektizismus oftmals, daß *Rogers* von den Teilnehmern der KSA-Kurse mehr als nur oberflächlich verstanden wurde.

Statt dessen formierte sich die Kritik an *Rogers* (und der ihn deformierenden Rezeption) sowohl von tiefenpsychologischer als auch von evangelikaler, „kerygmatischer“ und behavioristischer Seite. In diesem Zusammenhang sind insbesondere *Joachim Scharfenberg*, *Jay Adams*, *Helmut Tacke*, *Werner Jentsch* und *Gerhard Besier* zu nennen.²⁰ Auffällig scheint mir dabei zu sein, wie wenig der Klientenzentrierte Ansatz mit dem, was man hätte über ihn wissen können, zum Zuge kommt. Die Auseinandersetzung mit *Rogers* ist meist knapp und läuft eher über die Sekundärliteratur. Die jeweils neueste Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes wird nicht zur Kenntnis genommen. Deshalb scheint es mir lohnenswert, noch einmal die wichtigsten Aspekte des Klientenzentrierten Ansatzes

in: WzM 11 [1959] 1–9). Ausführlich und grundsätzlich äußerte er sich selber in: Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung an den christlichen Glauben, Göttingen 1968; für die jüngste Zeit vgl.: *K. Lüthi/K. N. Micskey* (Hg.), *Theologie im Dialog mit Freud und seiner Wirkungsgeschichte*, Wien/Köln/Weimar 1991.

¹⁷ Siehe z. B. den neuen Versuch von *M. Nicol*, *Gespräch als Seelsorge*, Göttingen 1990, der versucht, das Gespräch als Zentralkategorie der Seelsorge über das existentielle Gespräch zu etablieren.

¹⁸ Vgl. dazu *D. Rössler*, *Grundriß der Praktischen Theologie*, Berlin/New York 1986, S. 173–80.

¹⁹ Eine umfassende Darstellung des gegenwärtigen Diskussionsstands zum (nun personenzentriert genannten) Ansatz von *Rogers* bietet: *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (Hg. *P. Frenzel/P. F. Schmid/Marietta Winkler*), Köln 1992. In der Namensänderung klientenzentriert – personenzentriert spiegelt sich etwas von der jüngsten Entwicklung wider, nämlich die Ausdehnung des Ansatzes in Richtung auf eine „Kulturphilosophie“. Vgl. *P. F. Schmid*, *Bescheidenheit ist eine Zier* (Anm. 1), S. 42.

²⁰ *J. Scharfenberg*, *Seelsorge als Gespräch*, Göttingen 1972. 1992⁵, S. 115–17; *J. Adams*, *Befreiende Seelsorge*, Gießen 1972. 1988⁸, S. 68–90; *H. Tacke*, *Glaubenshilfe als Lebenshilfe*, Neukirchen-Vluyn 1975. 1979², S. 42ff u. ö.; *W. Jentsch*, *Der Seelsorger*, Moers 1982, S. 133–38 u. ö.; *G. Besier*, *Seelsorge und klinische Psychologie*, Göttingen 1980, S. 45–53.

darzustellen und in die Debatte über Seelsorge heute einzubringen. Dabei soll es weniger um die praktische Handhabbarkeit Klientenzentrierter Gesprächsführung im seelsorgerlichen Vollzug gehen als vielmehr um die Frage, welches die für die Seelsorge unaufgebbaren Einsichten aus der Beschäftigung mit dem Klientenzentrierten Ansatz sind.

*Die Aktualisierungstendenz*²¹

Rogers selbst hat davon gesprochen, daß allen seinen Überlegungen ein Axiom zugrunde liegt, ohne welches seine Therapie nicht zu verstehen ist. Es handelt sich dabei um die Annahme einer positiven Kraft im Individuum, „... die ihrer Natur nach konstruktiv und entwicklungsorientiert ist; wir nennen sie ‚Aktualisierungstendenz‘.“²² Rogers geht davon aus, daß der Mensch wie jeder andere lebendige Organismus eine ihm innewohnende Tendenz hat, „... all seine Fähigkeiten auf eine Art und Weise zu entwickeln, die der Erhaltung oder Steigerung des Organismus dient. Dies ist eine zuverlässige Tendenz, die, wenn sie frei wirken kann, eine Person auf das hin bewegt, was mit den Begriffen Wachstum, Reife, Lebensbereicherung bezeichnet wird.“²³ Rogers postuliert dieses Axiom aufgrund seiner Erfahrung in vielen Therapien. Er möchte die Aktualisierungstendenz in einem biologischen Sinne verstanden wissen, nicht in einem philosophischen. Als Gewährsmänner für seinen Ansatz nennt er *Goldstein*, *Maslow* und *Albert Szent-Gyorgyi*.²⁴ Der ganze therapeutische Prozeß läuft nun darauf hin, die Aktualisierungstendenz unbehindert zum Zuge kommen zu lassen. Rogers rechnet damit, daß die Person sich dann von alleine neu orientiert, es beginnt ein Selbst-Heilungsprozeß.²⁵

²¹ Als Einführung in die Klientenzentrierte Therapie empfiehlt sich die letzte Darstellung des Ansatzes aus *Rogers* eigener Hand: Klientenzentrierte Psychotherapie (1980), in: *C. R. Rogers/P. F. Schmid*: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz 1991, S. 185–235. Es scheint mir kein Zufall zu sein, daß die neueren Darstellungen überwiegend aus katholischer Feder stammen: *I. Baumgartner*, Pastoralpsychologie (Anm. 12), S. 427–82; *P. F. Schmid*, Personenzentrierte seelsorgerliche Beratung und Begleitung, in: *Beraten und Begleiten*, Handbuch für das seelsorgerliche Gespräch, Freiburg/Basel/Wien 1990, S. 74–91; *ders.*, Personale Begegnung, (Anm. 7). Einen evangelikalen Vermittlungsversuch bietet: *M. Engeli*, Von der Gesprächstherapie zur Seelsorge, in: *S. Pfeifer* (Hg.), Psychotherapie und Seelsorge. Chancen und Grenzen der Integration, Moers 1991, S. 144–67.

²² *C. R. Rogers*, Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. Wodurch unterscheidet sich die Personenzentrierte Psychotherapie von anderen Ansätzen?, in: *Handbuch* (Anm. 19), S. 22.

²³ Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 211.

²⁴ A.a.O., S 211f.

²⁵ Vgl. dazu: *G. Pawlowsky*, Wie werde ich wieder gesund? Wie heilt der Personenzentrierte Ansatz?, in: *Handbuch* (Anm. 19), S. 127–36.

Auch dieses Konstrukt der personzentrierten Persönlichkeitstheorie hat Rogers empirisch gewonnen. Rogers machte die Erfahrung, daß seine Klienten im Laufe der Therapie von alleine von einem „Selbst“ zu reden begannen. „Ich habe das Gefühl, nicht mein wahres Selbst zu sein.“ – „Es war eine Erleichterung mich hier gehenzulassen und einfach ich selbst sein zu können.“²⁶ Wie läßt sich dieses Selbst definieren? „Dem Kleinkind werden Erfahrungen bewußt, die es dahingehend unterscheidet, ‚Ich‘ zu sein. Langsam wird ein Selbstkonzept gebildet. Man kann es als eine organisierte, konsistente begriffliche Gestalt denken, zusammengesetzt aus den Wahrnehmungen des ‚Ich‘ <me‘or ‘I‘> und den Wahrnehmungen der Beziehungen dieses ‚Ich‘ zur Außenwelt und zu anderen. Es schließt die Werte ein, die mit diesen Wahrnehmungen verbunden sind. Es ist eine fließende, sich ändernde Gestalt, aber zu jedem gegebenen Augenblick eine Einheit – sogar grob meßbar, zum Beispiel durch ein Q-Sort. Es ist dem Bewußtsein zugänglich, aber nicht notwendig im Bewußtsein. Es ist ein konstanter Bezugspunkt für die Person, die ihm entsprechend handelt.“²⁷

Auch in Bezug auf das Selbst gibt es eine Aktualisierungstendenz, die Selbstaktualisierung genannt wird. Die Probleme, die Menschen in die Psychotherapie führen, lassen sich aus dem Konflikt von organismischer Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung verstehen. Wenn das Selbstkonzept eines Menschen verhindert, daß seine organismische Aktualisierungstendenz angemessen zum Zuge kommt (es werden z. B. Gefühle unterdrückt), dann kommt es zur Inkongruenz zwischen Selbstaktualisierung und organismischer Aktualisierung. Das Selbstkonzept will die Gefühle immer weniger wahrhaben, bzw. läßt diese immer weniger über die Bewußtseinsschwelle kommen, die Aktualisierungstendenz drängt immer stärker auf eine Symbolisierung der Gefühle. Es öffnet sich eine Schere, in der die Inkongruenz immer größer wird. Rogers erhebt nun mit seiner Therapie den Anspruch, diese Inkongruenz nach und nach aufheben zu können, indem das Selbstkonzept sich in Richtung auf die organismische Aktualisierungstendenz verändert. Eine andere Zielsetzung will und kann der Klientenzentrierte Ansatz nicht erreichen! Persönliche Schwierigkeiten, die nicht aus einer Inkongruenz von Selbst- und Aktualisierungstendenz herrühren, sind in einer Klientenzentrierten Therapie nicht lösbar. So ist z. B. die Frage nach dem Leiden eines Menschen nur insofern ein Thema, das in der Therapie gelöst werden kann, als dieses Leiden aus Inkongruenz entsteht. Mehr darf dem therapeutischen

²⁶ C. R. Rogers/J. K. Wood, Klientenzentrierte Theorie, in: C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt 1983, S. 131–65, 139.

²⁷ C. R. Rogers, *Klientenzentrierte Psychotherapie* (Anm. 21), S. 212. Vgl. auch die Definition in: C. R. Rogers, *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln 1987, S. 26.

schen Ansatz nicht abverlangt werden, da er selber nicht mehr zu bieten verspricht.

Die Therapeutenvariablen

Wie soll es nun innerhalb des therapeutischen Prozesses zur Veränderung des Selbstkonzeptes kommen, so daß die Inkongruenz zwischen Selbst und Aktualisierungstendenz abnimmt? *Rogers* formuliert – so sein Anspruch – die *notwendigen und hinreichenden* Bedingungen für diesen Prozeß²⁸ und benennt dafür drei „Einstellungen“ auf Seiten des Therapeuten. Kongruenzfördernd ist also der therapeutische *Prozeß* zwischen den beiden Personen, Klient und Therapeut.²⁹ Der Therapeut soll in diesem Prozeß empathisch, unbedingt wertschätzend und kongruent sein. Wofür stehen diese Begriffe?

Die nach *Rogers* wichtigste Variable ist die *Kongruenz* oder *Echtheit*.³⁰ Der Therapeut soll ohne Täuschung oder Fassade das sein, was er ist. Das heißt aber, daß er in der Lage sein muß, alle Gefühle, die ihn im Augenblick des therapeutischen Prozesses bewegen, in seinem Bewußtsein verfügbar zu machen. „Kongruenz läßt sich somit als das Bemühen des Therapeuten beschreiben, in der therapeutischen Beziehung die Gefühle unverzerrt zugänglich zu haben, die ihn in seinem momentanen Kontakt tatsächlich bestimmen, unabhängig von seinem therapeutischen Auftrag.“³¹ Dies kann auf keinen Fall heißen, daß der Therapeut dem Klienten alle seine Gefühle mitteilen oder aufbürden soll.³² „Es bedeutet jedoch, daß der Therapeut sich selbst gegenüber die Gefühle, die er erlebt, nicht verleugnet und daß er willens ist, jedes anhaltende Gefühl, das in der Beziehung existiert, auszudrücken und zu sein.“³³

Im Laufe der Ausgestaltung seines therapeutischen Konzeptes wurde *Rogers* dabei die Fähigkeit der Körperwahrnehmung durch den Therapeuten immer wichtiger. *Rogers* nahm dazu den Begriff des „Erlebens“ (*experiencing*) von *E. T. Gendlin* auf, der eine „Focusing“ genannte Methode entwickelt hatte, die den Menschen helfen sollte, sich „nach unten und innen“ zu konzentrieren.³⁴

²⁸ Vgl. dazu *C. R. Rogers*, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 187 und *C. R. Rogers*, Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: *C. R. Rogers/P. F. Schmid*, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz 1991, S. 165–84.

²⁹ Vgl. dazu: *C. R. Rogers*, Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie, in: *ders.*: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, Frankfurt 1983, S. 211–31.

³⁰ „Echtheit scheint die grundlegendste *scil. Variable* zu sein.“ *C. R. Rogers*, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 193.

³¹ *E.-M. Biermann-Ratjen/J. Eckert/H.-J. Schwartz*, Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart 1979, 1992⁶, S. 31.

³² Vgl. a.a.O., S. 34: das hätte als klassischer Kunstfehler zu gelten.

³³ *C. R. Rogers*, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 203.

³⁴ Vgl. a.a.O., S. 213.

Mit dieser Beschreibung ist die Bedeutung der Kongruenz als Therapeutenvariable aber keineswegs ausgeschöpft. Diese ergibt sich vielmehr erst dadurch, daß die Kongruenz als Teil des therapeutischen Prozesses, also in Wechselwirkung zu den beiden anderen Variablen verstanden wird. Dazu später mehr.³⁵

Vom *genauen empathischen Verstehen* kann Rogers schreiben: „In der von Augenblick zu Augenblick stattfindenden Begegnung in der Psychotherapie ist das hervorstechendste Element in der Arbeit des Therapeuten die Fähigkeit, genau und empfindsam die Erfahrungen und Gefühle des Klienten und die Bedeutungen, die sie für ihn haben, zu verstehen. Ziel ist es dabei, den Klienten zu unterstützen, die Aufmerksamkeit auf das zu lenken, was er in diesem Augenblick erlebt, so daß er es offen fühlen und zu seinem vollen, ungehinderten Erleben bringen kann.“³⁶ Rogers hat an anderer Stelle davon gesprochen, daß es darum ginge, den Klienten so zu verstehen, als ob man der Klient selber sei, ohne jemals zu vergessen, daß es sich nur um ein Als-ob handelt.³⁷ An dieser Therapeutenvariablen hat sich oft das Mißverständnis festgemacht, als ob das Wesentliche der Klientenzentrierten Therapie im bloßen Zurückspiegeln der Gefühle des Klienten läge. Tatsächlich aber geht es hier um ein wirkliches *Verstehen* dessen, was den Klienten bewegt, inklusive der Bedeutungen und Wertungen, die seine Gefühle für ihn haben und derer er sich selber vielleicht gar nicht bewußt ist. Es geht also immer darum, die Gefühle möglichst innerhalb des inneren Bezugsrahmens des Klienten (frame of reference) empathisch wahrzunehmen und dem Klienten durch Aussprechen verfügbar zu machen. Dies ist besonders schwierig, wenn der Klient external redet, also *über* seine Probleme, ohne daß ihm die Gefühle (bzw. Bewertungen), die zu diesen Problemen dazugehören, zugänglich wären.³⁸ Nur wenn die Gefühle des Klienten innerhalb seines Bezugsrahmens wahrgenommen werden, kommen nach und nach die noch hinter dem ersten Gefühl liegenden, verursachenden Gefühle über die Bewußtseinsschwelle. (So verbirgt sich hinter dem Gefühl der Wut vielleicht die ursprünglichere Erfahrung, verletzt worden zu sein). Auch diese Therapeutenvariable soll nachher noch kurz im Zusammenspiel mit den beiden anderen dargestellt werden.

Empathie, die zum Ziel hat, die Selbstexploration eines Klienten zu fördern, muß von einer bestimmten, auch emotionalen Qualität sein. Der Therapeut muß das, was der Klient über sich sagt, *akzeptieren* können ohne Beurteilung oder Bewertung von Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen. Dadurch wird es dem Klienten überhaupt erst möglich, die bisher verdrängten, nun explorierten Gefühle zuzulassen. Das ist aber die Voraussetzung dafür, daß diese Wertungen und Gefühle in das Selbst-

³⁵ Die Wechselwirkung der Therapeutenvariablen wurde vorzüglich dargestellt von: E.-M. Biermann-Ratjen u. a. (Anm. 31).

³⁶ C. R. Rogers, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 194.

³⁷ C. R. Rogers, Eine Theorie... (Anm. 27), S. 37.

³⁸ Beispiele bei E.-M. Biermann-Ratjen u. a. (Anm. 31), S. 103ff.

konzept integriert werden können und sich dadurch das Selbstkonzept in Richtung auf die organismische Aktualisierungstendenz verändern kann. Allerdings wird leicht übersehen, daß es sich bei der Wertschätzung nicht um eine allgemeine, überdauernde Haltung des Therapeuten handelt. Vielmehr geht es innerhalb des therapeutischen Prozesses darum, daß der Therapeut versteht, was er denn am anderen wertschätzen soll, ja, er kann letztlich nur das wirklich wertschätzen, was er vom Klienten verstanden hat.³⁹ Die Wertschätzung fungiert somit auch als Kontrollvariable für den Therapeuten, deren Nachlassen ihm anzeigt, daß er den Klienten wahrscheinlich nicht mehr empathisch versteht. Damit sind wir zur Wechselwirkung der Therapeutenvariablen innerhalb des therapeutischen Prozesses übergegangen, die deren Bedeutung erst richtig erhellt. Der Zusammenhang zwischen Empathie und Kongruenz liegt nach dem eben Gesagten schon auf der Hand. Empathisches Verstehen ist die Voraussetzung für Wertschätzung im therapeutischen Sinne. Nachlassende oder fehlende Wertschätzung kann den Therapeuten im guten Falle zur stummen Selbstexploration veranlassen, denn mit der nachlassenden Wertschätzung liegt ein wichtiges Ereignis im Therapieprozeß vor, das positiv genutzt werden kann. Der Therapeut hat sich zu fragen, ob er den Klienten eigentlich wirklich versteht, ob er dessen Ablehnung gegenüber seinem Selbst übernommen hat, also mit ihm identifiziert ist, oder ob er sich vom Klienten angegriffen oder angezweifelt fühlt.⁴⁰ Der Therapeut kann durch die Klärung dieser Fragen die Beziehung des Klienten zu ihm fruchtbar machen, wenn er erkennt, daß die Haltung des Klienten zum Therapeuten meist der Haltung des Klienten zu sich selbst entspricht. „Je weiter der Klient von sich selber weg ist, desto eher muß man die Beziehung, die er zum Therapeuten aufnimmt oder nicht annimmt, als einen Hinweis für die Art der Stellungnahme zu seiner eigenen Person verstehen.“⁴¹ Für diese Art der Wahrnehmung durch den Therapeuten ist dessen Kongruenz unabdingbare Voraussetzung.

Es zeigt sich, welche hohe Anforderungen die Klientenzentrierte Therapie in den Verhaltensvariablen an den Therapeuten stellt. Dessen Fähigkeit zur Kongruenz muß die fehlende Selbst-Empathie des Klienten aufwiegen, wenn denn dem Klienten die ihm selber noch vorbewußten Gefühle und Wertungen empathisch wiedergegeben werden sollen. Die Verbalisierung hat dabei auch die Funktion der Kontrolle, ob das innerlich Wahrgenommene die entsprechende Reaktion beim Klienten auslöst.⁴² Die hier beschriebene Art der Wahrnehmung der Therapeutenvariablen läßt erkennen, daß dafür eine mehrjährige therapeutische Ausbildung mit Supervision nötig ist. Mit einem bloßen Spiegeln von Gefühlen, einem

³⁹ A.a.O., S. 21.

⁴⁰ Vgl. a.a.O., S. 25.

⁴¹ A.a.O., S. 102.

⁴² Zu den verschiedenen Reaktionen des Klienten, je nachdem ob ein Gefühl adäquat symbolisiert wurde, vergleiche C. R. Rogers, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 195.

warmen Bad der Wertschätzung für den Klienten oder einem „echten“ Mitteilen meiner Gefühle als Therapeut an den Klienten lassen sich sicherlich keine therapeutischen Erfolge erzielen.

Als Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie im Klientenzentrierten Ansatz können dann folgende Merkmale gelten:

1. Der Klient erlebt ein Minimum an Inkongruenz.
2. Der Therapeut ist kongruent, empathisch und unbedingt wertschätzend.
3. Der Klient kann zu einem gewissen Mindestgrad die Kongruenz, Empathie und Wertschätzung des Therapeuten wahrnehmen, also die therapeutische Beziehung annehmen.⁴³

Es soll hier nochmals betont werden, daß die Klientenzentrierte Therapie nur auf die Aufhebung der Inkongruenz des Klienten abzielt. Andere Therapieziele (z. B. Symptomreduktion) „... bilden aber meist den Inhalt der Erwartungen der Klienten an die Wirkung einer Therapie und sind häufig Gegenstand von Therapieerfolgsmessungen bei empirischen Untersuchungen auch der Erfolge von Gesprächspsychotherapie ... Das Versprechen des Gesprächspsychotherapeuten an seinen Klienten läßt sich durch den Satz charakterisieren: Ich, der Therapeut helfe Dir bei Deinen Bemühungen um Dich selbst, darüber hinaus verspreche ich Dir nichts.“⁴⁴

Der therapeutische Prozeß

Wenn die Bedingungen für die Therapie, wie sie hier formuliert wurden, gegeben sind, dann kommt ein Prozeß in Gang, dessen Merkmale sich wie folgt beschreiben lassen. Der Klient erwidert in wachsendem Maße die Haltungen, die der Therapeut ihm gegenüber einnimmt. Wenn der Klient jemanden findet, der ihm beständig empathisch, unbedingt wertschätzend und kongruent begegnet/zuhört, dann wird der Klient immer mehr fähig werden, den Mitteilungen aus seinem eigenen Inneren zuzuhören. Wenn der Klient fähig ist, auf mehr von sich selbst zu hören, bewegt er sich auf größere Kongruenz hin.

Ein wichtiger Schritt für die Klientenzentrierte Therapie war die Konzeptualisierung eines Prozeßkontinuums, das in sieben Stadien eingeteilt werden kann. Der Klient steigt an einem Punkt der Skala ein und verändert sich so, daß er sich zum Endpunkt der Skala weiterbewegt.⁴⁵ Diese Entwicklung kann folgendermaßen charakterisiert werden:⁴⁶

1. Der Klient wird in zunehmendem Maße freier im Ausdruck seiner Gefühle und der inneren Bedeutung, die bestimmte Dinge für ihn haben.
2. Dieser Ausdruck hat mehr mit dem Selbst des Klienten zu tun als mit seinem Ideal-Selbst.

⁴³ Vgl. dazu a.a.O., S. 214f.

⁴⁴ E.-M. Biermann-Ratjen u. a. (Anm. 31), S. 37.

⁴⁵ Eine Darstellung der sieben Stadien findet sich z. B. bei C. R. Rogers, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21); S. 205–10.

⁴⁶ Zum folgenden vgl. a.a.O., S. 215.

3. Der Klient wird in zunehmendem Maße fähig, Gefühle und Wahrnehmungen zu unterscheiden, sei es bei sich oder bei anderen. Außerdem wird sein Erleben im Bewußtsein besser symbolisiert.
4. Der Klient setzt sich immer mehr mit der Inkongruenz zwischen seinem Selbstkonzept und der Aktualisierungstendenz auseinander.
5. Der Klient lebt immer mehr die Gefühle, die vorher seinem Bewußtsein gegenüber verleugnet wurden.
6. Das Selbstbild des Klienten verändert sich und reorganisiert sich laufend, um diese zuvor verleugneten Erfahrungen zu assimilieren.
7. Der Klient gelangt zunehmend zu der Erkenntnis, daß die Strukturen, nach denen er sein Leben führt, Produkte seines Selbstkonzeptes sind und nicht reale Strukturen außerhalb seiner selbst.
8. Das Selbstkonzept wird kongruenter mit dem unmittelbaren Erleben, aber auch fließender und veränderlicher.
9. Weil der Klient kongruenter ist und daher weniger Bedrohung erfährt, kann er sich freier und offener verhalten.
10. Der Klient erlebt sich immer mehr als Ort des Wertens und Quelle des Wertungsprozesses.

Merkmale der Klientenzentrierten Therapie

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich eine Reihe von spezifischen Merkmalen der Klientenzentrierten Therapie. Dazu gehört die Ablehnung des medizinischen Modells im Umgang mit den meisten psychischen Störungen⁴⁷, was der Grund dafür ist, daß es bisher noch kein ausgearbeitetes Konzept für eine Differentialdiagnostik nach dem Klientenzentrierten Ansatz gibt.⁴⁸ Damit zusammen hängt auch, daß *Rogers* größeres Interesse am Prozeß der Persönlichkeitsveränderung als an der Persönlichkeitsstruktur hat. *Rogers* betont die Notwendigkeit fortwährender Forschung. Die Konsequenz daraus ist, daß kein anderes psychotherapeutisches Verfahren so gründlich mit Methoden empirischer Forschung untersucht wurde wie die Klientenzentrierte Therapie.⁴⁹ Daraus folgt aber auch, daß *Rogers* seine Überlegungen immer als vorläufig und revidierbar versteht, sollte die Forschung zu gegenteiligen Erkenntnissen kommen. Deshalb ist *Rogers* auch daran gelegen, alle theoretischen Formulierungen vom Boden der Erfahrung abzuleiten. Schließlich stellt *Rogers* die Hypothese auf, daß die von ihm formulierten Bedingungen für Persönlichkeitsveränderungen für alle Menschen gelten, egal ob sie normal, „neurotisch“ oder „psychotisch“ genannt werden. Aus seiner Sicht ist die

⁴⁷ Vgl. a.a.O., S. 187.

⁴⁸ Vgl. aber die Darstellung und Diskussion der bisherigen Überlegungen für eine Krankheitslehre bei: *P. F. Schmid*, Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer ‚Krankheitslehre‘, in: Handbuch (Anm. 19), S. 83 – 125.

⁴⁹ Vgl. dazu *C. R. Rogers*, Klientenzentrierte Psychotherapie (Anm. 21), S. 220 – 25. Zur Problematik empirischer Untersuchungen im psychotherapeutischen Bereich vgl.: *E.-M. Biermann-Ratjen* u. a. (Anm. 31), S. 38 – 60.

Psychotherapie lediglich ein Sonderfall jeder Art konstruktiver, zwischenmenschlicher Beziehung. Es wird deutlich, daß sich *Rogers* mit diesen Auffassungen weit vom üblichen, medizinisch geprägten Therapiebetrieb entfernt hat.⁵⁰

*Zum Menschenbild bei Carl R. Rogers*⁵¹

Rogers hat aus seinem Axiom der Aktualisierungstendenz Konsequenzen für das Menschenbild abgeleitet, die keinesfalls übergangen werden dürfen. Er beschreibt nämlich den Menschen als einen von Grund auf guten.⁵² Die Aktualisierungstendenz soll die Triebkraft dafür sein, daß der Mensch in seinem Wesen sozial, konstruktiv und gut ist. Dabei übersieht *Rogers* keineswegs, „... daß Individuen aus Abwehr und innerer Angst sich unglaublich grausam, destruktiv, unreif, regressiv, asozial und schädlich verhalten können.“⁵³ Aber diese negativen Verhaltensweisen sind durch die Umweltbedingungen hervorgerufen und gehören nicht zum Wesenskern des Menschen. *Rogers* schreibt dazu: „Ich bin allmählich dazu gelangt, diese Dissoziation oder Spaltung, diese Entfremdung, als etwas Gelerntes zu verstehen, als eine perverse Kanalisierung eines Teils dieser Aktualisierungstendenz in Verhaltensweisen, die nicht aktualisierend wirken ... Vor Jahren betrachtete ich die Kluft zwischen Selbst und Erfahrung, zwischen bewußten Zielen und organismischen Richtungen als etwas Natürliches und Notwendiges, wenn auch Bedauerndes. Heute glaube ich, daß der einzelne von der Gesellschaft durch Belohnung und Verstärkung zu Verhaltensweisen konditioniert wird, die *de facto* eine Perversion der natürlichen Richtung der Selbstverwirklichungstendenz darstellen.“⁵⁴

An dieser Stelle möchte ich mit Anfragen an *Rogers* einsetzen. Indem *Rogers* der Fähigkeit des menschlichen Organismus, sich voll zu entfalten, die Qualitäten von sozial, konstruktiv und gut zuspricht, vollzieht er einen Überschritt, der durch seine eigenen Untersuchungen nicht gedeckt ist, sondern anders motiviert zu sein scheint. Das optimistische Menschenbild, das uns hier entgegentritt, ist wohl eher ein Gegenentwurf zu

⁵⁰ Vgl. dazu und zu den Konsequenzen daraus: *P. F. Schmid*, Bescheidenheit ist eine Zier (Anm. 1).

⁵¹ Zum folgenden siehe: *C. Korunka*, „Der Mensch ist gut, er hat nur viel zu schaffen“. Werte und Menschenbild in der Personzentrierten Psychotherapie, in: Handbuch (Anm. 19), S. 72–82; *H. Brunner*, Menschenbilder in Psychologie und Psychotherapie, in: Handbuch der Pastoralpsychologie, (Hg. *I. Baumgartner*), Regensburg 1990, S. 76–78; *C. R. Rogers*, Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben: Der sich voll entfaltende Mensch, in: *ders.*: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart 1973. 1991⁸, S. 183–95.

⁵² Vgl. dazu auch: *C. R. Rogers*, Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung, München 1978.

⁵³ *C. R. Rogers*, „Das bin ich“. Entwicklung meiner fachlichen Ansichten und meiner persönlichen Philosophie, in: *ders.*: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1991⁸, S. 19–43, hier 42.

⁵⁴ *C. R. Rogers*, Die Kraft des Guten (Anm. 52), S. 276.

einer engen pietistischen Glaubenshaltung (Rogers' Elternhaus!) und zu Freuds pessimistischer Konzeption des menschlichen Trieblebens. Es ist auffällig, daß sich Rogers an verschiedenen Stellen gegen das Postulat einer destruktiven Tendenz im Menschen wendet.⁵⁵ Hier scheint mir Rogers in einer Haltung gefangen zu sein, die aus dem Widerspruch gegenüber Positionen geboren wurde, die ein negatives Menschenbild vertreten.

Deutlich wird dies an der Einführung des Begriffes „gut“ in der Art, wie Rogers es tut.⁵⁶ Der Begriff ist mit ethischen und moralischen Konnotationen behaftet, die durch den naturwissenschaftlich geprägten Begriff der Aktualisierungstendenz nicht gedeckt sind. Die Frage, ob ein Verhalten als gut oder böse, sozial oder asozial anzusehen ist, läßt sich nicht mit dem Hinweis auf die Aktualisierungstendenz beantworten. Es kann durchaus innerhalb einer Kleingruppe soziales Verhalten geben, das sich im ganzen zutiefst gesellschaftsschädigend zeigt. Auch die Tatsache, daß die Aktualisierungstendenz im therapeutischen Prozeß sich positiv auswirkt, sagt nichts über das „Wesen“ des Menschen in einem metaphysischen Sinn, sondern nur etwas darüber, daß der Mensch sich in einem kongruenzfördernden Klima nach und nach kongruenter verhält.

Rogers hat m. E. mit der Abwendung von seiner ursprünglich vertretenen Meinung, die Inkongruenz zwischen organismischer Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung als etwas Notwendiges zu erachten, eine zu scharfe Kehrtwendung vollzogen. In der Tat gibt es nach dem Rogersschen Konzept keine *zwingende* Notwendigkeit, daß die zwangsläufige Begrenzung der Aktualisierungstendenzen verschiedener Individuen in einer Gesellschaft zu einer Veränderung des Selbstkonzeptes weg von der Tendenz des Organismus und damit zur Inkongruenz führt. Dem Individuum bleibt immer die Möglichkeit des (in diesem Fall nicht aufhebba- ren) Leidens in Kongruenz, ohne das Selbstkonzept zu ändern. Aber de facto ist es so, daß der Leidensdruck vieler Menschen so hoch ist, daß um der Leidensvermeidung willen das Selbstkonzept verändert wird, sprich Verdrängung geschieht. Mit seiner (weitgehend berechtigten) Kritik an der westlichen Kultur leistet Rogers allerdings dem Vorurteil Vorschub, daß es eine Gesellschaft geben könne, in der Menschen nicht zur Inkongruenz genötigt würden, was aber ein rein theoretisches Postulat ist. Inkongruenz unter Menschen findet sich vor und reproduziert solche, wenn nur der Druck auf das Gegenüber groß genug ist. Insofern hätte Rogers deutlicher herausheben sollen, daß es ihm um ein Weniger von Inkongruenz und nicht um die Gesellschaft als Gemeinschaft kongruenter Individuen als anzustrebendem Ziel geht. Die „fully functioning person“ ist

⁵⁵ Z. B. C. R. Rogers, „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist.“ Ansichten eines Therapeuten über persönliche Ziele, in: *ders.: Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart 1991⁸, S. 164–82, hier 177; *ders.: Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben* (Anm. 51), S. 194; *ders.: Die beste Therapieschule* (Anm. 22), S. 22. Vgl. auch C. Korunka (Anm. 51), S. 22 zum Briefwechsel Rogers' mit Rollo May über die Frage eines dämonischen Elementes im Menschen.

⁵⁶ Vgl. C. R. Rogers, *Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben* (Anm. 51).

auch im therapeutischen Prozeß lediglich eine nicht einholbare Zielorientierung, nicht aber ein reales Therapieziel.

Das Menschenbild von *Carl R. Rogers* ist jedenfalls keine zwingende Konsequenz aus seinen therapeutischen Erfahrungen. Vielmehr ist es Ausdruck bestimmter metaphysischer Prämissen, die als Leitlinie für die therapeutische Praxis dienen.⁵⁷ Die therapeutischen Erfahrungen lassen sich auch innerhalb eines Menschenbildes mit ambivalentem Charakter deuten, in dem für die Ausbildung der Persönlichkeit endogene, exogene und autogene Faktoren bestimmend sind. Allerdings sind die Überlegungen *Rogers'* eine ernsthafte Anfrage an eine Theologie, die den Menschen allein durch sein Sündhaftigkeit *coram Deo* definiert und dabei seine positiven Möglichkeiten *coram mundo* unterschlägt. Die Kritik, die von verschiedener Seite erhoben wurde, daß *Rogers* Selbsterlösung predige, ist jedenfalls aus der Luft gegriffen und Ausdruck eines Mißverständnisses über die Differenz zwischen Heilung und Heil.⁵⁸ *Rogers* gegenüber muß allerdings der Vorwurf festgehalten werden, daß die organismische Aktualisierungstendenz die Beweislast für den im Wesen guten Menschen nicht zu tragen vermag. Insofern sind auch alle kulturphilosophischen Ansprüche, die einen naturwissenschaftlich gewonnenen Begriff metaphysisch überhöhen wollen, abzulehnen.

Die Bedeutung der Klientenzentrierten Therapie für die Seelsorge

Es dürfte im Verlauf der Darstellung der Klientenzentrierten Therapie deutlich geworden sein, daß eine bloße Übernahme dieses therapeutischen Konzeptes in die Seelsorge illusorisch ist. Dagegen sprechen sowohl die institutionellen Faktoren⁵⁹ (therapeutisches Setting, Art und Dauer der Kontakte etc.) als auch das hohe Maß an Kompetenz, das für die Arbeit mit seelisch kranken Menschen erworben sein will.

Dagegen scheint es mir möglich zu sein, seelsorgerliches Handeln durch eine Ausbildung in Klientenzentrierter Gesprächsführung zu stärken. Die organisatorischen Möglichkeiten dafür sind vorhanden. Viele Ausbildungstherapeuten der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie bieten eine solche zweijährige Ausbildung an, die für TheologInnen offen ist und der Grundausbildung für Klientenzentrierte Therapie im wesentlichen entspricht.

Daneben aber stellt sich die viel grundsätzlichere Frage, welches denn die unaufgebbaren Einsichten sind, die die Seelsorge aus der Beschäftigung mit der Klientenzentrierten Therapie gewinnen kann?

a) *Die heilende Beziehung*

Der wichtigste Ertrag, den die Seelsorge zur Kenntnis nehmen sollte, ist doch wohl die Einsicht in die heilende Dimension einer wirklich verste-

⁵⁷ So *C. Korunka*, „Der Mensch ist gut...“ (Anm. 51), S. 72.

⁵⁸ Vgl. dazu: *I. Baumgartner*, Pastoralpsychologie (Anm. 12), S. 467–70.

⁵⁹ Darauf hat schon *A. Melcher* hingewiesen: Gesprächspsychotherapie im Gemeindefarramt?, in: *WzM* 24 (1972) 253–56.

henden und echten Beziehung zwischen zwei Menschen. „Verstehen“ meint dabei eine Art der Wahrnehmung des anderen, in der ich in die Welt des anderen eintauche, ohne mich loszulassen oder zu verlieren. Vielmehr trete ich als der, der ich bin, einem Menschen, der so ist, wie er ist, gegenüber. Seelsorge, die nicht in unverantwortlicher Weise Heilung und Heil gegeneinander ausspielt, so daß Heilung ohne Heil als unmöglich angesehen oder zumindest abschätzig betrachtet wird, kann auf diese Einsicht nicht verzichten.

b) *Das Leiden an der Inkongruenz*

Rogers hat uns sehen gelehrt, wieviel Leiden aus jener Inkongruenz zwischen dem, was mein Organismus will, und dem, was mein Selbstkonzept durchsetzt, entsteht, mit anderen Worten unser Leiden an dem, was uns nicht bewußt ist, uns aber zutiefst bestimmt. Seelsorge, die diese Erfahrung integriert hat, wird dem Irrtum widerstehen, als ob alle Krankheit und alles Leiden von Menschen nur Ausdruck einer noch viel tieferen Störung der Beziehung zu Gott wäre.

c) *Kongruenz*

Die Grundforderung von Rogers nach Kongruenz des Therapeuten deckt sich mit der Einsicht der Seelsorgepraxis, daß es Seelsorge nicht anders als durch die Person des Seelsorgers hindurch, aber nicht an ihm vorbei geben kann. D. h. aber, man kann nicht SeelsorgerIn sein ohne ein Mindestmaß an Eigenwahrnehmung.

d) *Empathie*

Die Einsicht von Rogers, daß die Erfahrung eines Menschen, von einem anderen Menschen wirklich verstanden worden zu sein, diesem seine eigene, bisher verborgene, innere Wirklichkeit überhaupt erst erschließt, scheint mir unabweisbar zu sein. Daraus ergibt sich die Forderung an ein Minimum an Empathie auf Seiten des Seelsorgers.

e) *Wertschätzung*

Genauso offensichtlich erscheint mir die Erfahrung von Rogers, daß erst das Erlebnis eines Menschen, daß seinen Gefühlen von einem anderen unbedingte Wertschätzung entgegengebracht wird, es diesem erlaubt, seine Gefühle zuzulassen und anzusehen. Daraus ergibt sich die Forderung an den Seelsorger, immer neu darauf zu achten, warum er wen wo wie im seelsorgerlichen Gespräch bewertet.

f) *Die Verknüpfung der Therapeutenvariablen*

Die Einsicht, daß es sich bei Kongruenz, Empathie und Wertschätzung um Prozeßvariablen handelt, die erst in ihrem Zusammenspiel ihre volle Bedeutung für den heilenden Prozeß entfalten, muß den Seelsorger daran hindern, einfach nur möglichst empathisch, wertschätzend oder kongruent zu sein. Trotz der Schwierigkeit der Aufgabe bleibt die Forderung an den Seelsorger bestehen, im Rahmen seiner Möglichkeiten, dieses Zu-

sammenspiel wahrzunehmen, um auch tatsächlich als die Person, die er wirklich ist, in der Seelsorge präsent zu sein und nicht irgendwelche „seelsorgerlichen Haltungen“ auszuagieren.

g) *Verkündigung in der Seelsorge*

Die Selbstbeschränkung der verstehenden Beziehung auf das, was es zu verstehen gibt, schafft genauso Raum für die Verkündigung, wie die Kongruenz des Seelsorgers ihm erlaubt, seine Glaubenserfahrungen einzubringen, wenn er dies will und sich dadurch innerlich nicht vom Ratsuchenden entfernt. Beichte und geistlicher Zuspruch ersetzen nicht die verstehende Beziehung, sondern treten ihr da zur Seite, wo Menschen nicht (nur) an Inkongruenz, sondern an Schuld, Krankheit und Not leiden. Ein trinitarisch formulierter Seelsorgeansatz könnte die heilsame Beziehung wirklichen Verstehens im Rahmen des 1. Glaubensartikels verorten, Beichte, Verkündigung, Beratung im geistlichen Wachstum und Seelsorge als Auswirkung einer verbindlichen, geistlichen Gemeinschaft im Rahmen des 2. und 3. Glaubensartikels.⁶⁰

h) *Theologische und anthropologische Prämissen*

Deutlich ist auch, daß es bestimmter theologischer und anthropologischer Vorentscheidungen bedarf, um sich auf die heilsame Beziehung des echten Verstehens einlassen zu können. Eine Theologie, die dem Seelsorger einen generellen Vorrang vor dem „Seelsorgekind“ einräumt, die meint, dem einzelnen seine Entscheidungen über seinen Lebensweg abnehmen und bestimmen zu können – und sei es durch Druck –, und die bestreitet, daß Gott mit jedem Menschen seinen je eigenen, individuellen Weg geht, wird diese Art der Beziehung ablehnen müssen. Außerdem wird die Wahrnehmung des Menschen in den positiven Möglichkeiten seiner Geschöpflichkeit gleichrangig neben seine Wahrnehmung als einem sündigen, von Gott erlöstem und mit dem Geist beschenkten Menschen treten müssen.

⁶⁰ Zu einer solchen dreiteilig gefaßten Konzeption von Seelsorge finden sich wichtige Anmerkungen aus systematisch-theologischer Perspektive bei A. Peters, Christliche Seelsorge im Horizont der drei Glaubensartikel. Aspekte einer theologischen Anthropologie, in: ThLZ 114 (1989) 644–51.