

Der Personzentrierte Ansatz

Geschichte – Theorie – Praxis



IMPRESSUM

Herausgegeben von der

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e. V.
Fachverband für Psychotherapie und Beratung
Melatengürtel 125a
50825 Köln
Tel. +49.221.925908-0 | Fax +49.221.251276
e-Mail: gwg@gwg-ev.org | Internet: www.gwg-v.org

Redaktion: Ursula Reinsch
Layout und Gestaltung: Christiane Hackethal
Druck: die.druckerei.de



■ Editorial

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns, dass Sie sich für die GwG und unseren Bildungsträger, die GwG-Akademie, interessieren. Unsere Informationsbroschüre wird Ihnen einen umfassenden Einblick bieten, wenn Sie sich über den „Personzentrierten Ansatz“ nach Carl R. Rogers informieren wollen, über eine Mitgliedschaft in der GwG nachdenken oder sich für eine Fort- oder Weiterbildung nach dem Personzentrierten Ansatz interessieren.

Die GwG vertritt seit Beginn der 70er-Jahre den wissenschaftlich fundierten Personzentrierten Ansatz, der in Deutschland insbesondere im heilkundlichen Bereich der Psychotherapie und in den vielfältigen Arbeits- und Aufgabenfeldern der Beratung etabliert ist. Die konsequente Orientierung an der Person und das Vertrauen in deren eigene Entwicklungspotenziale zeichnen diesen Ansatz aus, der sich bei der Umsetzung in die therapeutischen und verschiedenen beraterischen Kontexte durch Zielsetzung, Dauer und Methodik unterscheidet.

Viele andere Therapie- und Beratungsansätze haben inzwischen wesentliche Elemente des Personzentrierten Ansatzes in ihre Ausbildungen und Anwendungen übernommen. Darin kommt zum Ausdruck, dass das Personzentrierte Konzept bereits allgemeingültige Bedeutung gewonnen hat.

■ Inhalt

1	An unsere Leserinnen und Leser	20	Anwendungsfelder des Personzentrierten Ansatzes in der Praxis
5	Die GwG – ihre Aufgaben und Leistungen	20	Der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie
5	Vernetzung	■	Personzentrierte Psychotherapie mit Erwachsenen
5	Vermittlung	■	Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
5	Kontakte und Kooperationen	■	Suchttherapie
6	Öffentlichkeitsarbeit	24	Personzentrierter Ansatz in der Beratung
6	Sonstige Dienstleistungen	■	Supervision
6	Arbeitsgemeinschaften	■	Personal-, Team- und Organisationsentwicklung sowie Coaching in Unternehmen
7	Die GwG als wissenschaftliche Fachgesellschaft	■	Personzentrierte Schule
7	Die GwG als Fachgesellschaft für Aus-, Fort- und Weiterbildung	■	Personzentrierte Elternschule
8	Der Wegbereiter: Carl R. Rogers	■	Personzentrierte Hospiz- und Palliativarbeit
11	Der Personzentrierte Ansatz in Psychotherapie und Beratung	29	Unterschiedliche Settings
13	Der Personzentrierte Ansatz – Entstehungsgeschichte und aktuelle Entwicklungen	29	Klientenzentrierte Paartherapie und Paarberatung
13	Entstehungsgeschichte	30	Klientenzentrierte Gruppentherapie
14	Aktuelle Entwicklungen	32	Bildungsangebote
16	Theoretischer Hintergrund des Personzentrierten Ansatzes	33	Grundbildungsgänge der GwG e.V.
16	Das Bild vom Menschen im Personzentrierten Ansatz	33	Weiterbildungsangebote der GwG-Akademie
17	Die Theorie der Therapie nach Rogers	34	Organisationsstruktur der GwG

■ Die GwG – ihre Aufgaben und ihre Leistungen

Die GwG ist einer der größten europäischen Fachverbände für Psychotherapie und Beratung. Sie fördert und festigt den Personenzentrierten Ansatz auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Sie bietet Mitgliedern und Interessierten, die humanistische Grundhaltungen vertreten und verbreiten möchten, eine fachliche und persönliche Plattform. Als Fachverband wirkt die GwG an der Förderung einer menschlichen Gesellschaft und an der Humanisierung der Arbeitswelt mit. GwG-Mitglieder, aber auch Außenstehende, können die vielfältigen Service-Angebote der GwG nutzen. Die nachfolgend skizzierten Dienstleistungen umfassen sowohl praktische als auch wissenschaftliche Bereiche.

Vernetzung

Die GwG schafft Netzwerke für ihre Mitglieder und bietet eine Plattform für verschiedene Kontakte und Dienstleistungen an:

- Die Mitglieder der GwG sind in Regionalversammlungen organisiert. Das bietet die Möglichkeit, aktiv zur Willensbildung des Verbandes beizutragen und die vielfältigen Gelegenheiten zu fachlichem und persönlichem Austausch zu nutzen.
- Auf der GwG-Internetseite haben die Mitglieder die Möglichkeit, eigene Bildungsangebote zu platzieren und abzurufen.
- Die GwG koordiniert Angebot und Nachfrage psychologischer, psychotherapeutischer und beraterischer Dienstleistungen sowohl bei individuellem Bedarf als auch in Universitäten, Verbänden, Unternehmen und Verwaltungen.

Vermittlung

Die GwG vermittelt über die Suchfunktion auf ihrer Homepage und auf persönliche Anfrage

- bundesweit Gesprächspsychotherapeut/innen sowie im Personenzentrierten Ansatz weitergebildete Kinder- und Jugendlichentherapeut/innen
- bundesweit Berater/innen für psychosoziale Bereiche, für Fragestellungen in Organisationen und Verwaltungen, in Unternehmen und in Schulen, Referent/innen zu psychosozialen Themen, zur Psychotherapie und zu Beratungsthemen sowie Fortbildungen
- Supervisor/innen und Ausbilder/innen, Dozent/innen und Lehrtherapeut/innen für Psychotherapie und Beratung

Kontakte und Kooperationen

Die GwG unterhält intensive Kontakte

- mit den Psychotherapeutenkammern, Gesundheitsministerien und Leistungsträgern der Sozialversicherung (Renten- und Krankenversicherungen)
- zu anderen Verbänden u. a.: The European Association for Psychotherapy (EAP), Network of the European Association for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (PCE Europe), World Association for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (WAPCEPC), Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG), Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung (pca.acp), Association pour le Developpement de L'Approche Centre sur la Personne selon Carl R. Rogers (ACP-France)

- zur Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB), deren Vorbereitung und Gründung von der GwG initiiert und betrieben wurde und an deren Ausgestaltung sich die GwG als Mitglied aktiv beteiligt

Öffentlichkeitsarbeit

Die GwG

- publiziert die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung“
Die Zeitschrift berichtet zu
 - aktuellen wissenschaftlichen Themen und neuen Forschungsergebnissen
 - berufsrechtlichen und berufspolitischen Fragestellungen
 - aktuellen Entwicklungen innerhalb der GwG und ihrem Umfeld
 - Erfahrungen aus der beruflichen Praxis mit dem Personenzentrierten Ansatz
- berichtet auf ihrer Homepage zu relevanten Themen aus Psychotherapie und Beratung und kündigt Kongresse und Tagungen an
- stellt auf der GwG-Homepage den Vereinsmitgliedern verschiedene Foren zum gegenseitigen Austausch zur Verfügung
- nimmt in Pressemitteilungen zu gesellschaftspolitischen Themen und Entwicklungen Stellung

- veröffentlicht regelmäßig Pressemitteilungen zu allgemeinen und aktuellen sozialpsychologischen und alltagsbezogenen Themen aus personenzentrierter Sicht
- unterstützt Mitglieder in ihrer Außendarstellung
- führt Medienseminare durch und befähigt Mitglieder, sich in den Medien zu präsentieren

Sonstige Dienstleistungen

Die GwG veröffentlicht

- allgemeine Literaturlisten zum Personenzentrierten Ansatz
- das Verlagsprogramm des GwG-Verlages

Arbeitsgemeinschaften

Die GwG fördert und unterstützt die Arbeit nach dem Personenzentrierten Ansatz in verschiedenen Berufsfeldern:

- Sie unterhält eine Arbeitsgruppe „Personenzentrierte Schule“. Diese entwickelt Konzepte für eine Personenzentrierte Schule: Sie unterstützt Schulleiter/innen, Lehrer/innen, Eltern und Kinder bei der Entwicklung eines lernfördernden und kommunikativen Miteinanders durch Vermittlung von Methoden nach dem Personenzentrierten Ansatz.
- Sie hat eine Personenzentrierte Elternschule entwickelt und zertifiziert, die von zur Durchführung lizenzierten GwG-Mitgliedern angeboten und durchgeführt wird.
- Sie qualifiziert Mitarbeiter/innen in der Palliativ- und Hospizarbeit.

Die GwG als wissenschaftliche Fachgesellschaft

Die GwG

- wird in ihrer fachlichen Arbeit von dem wissenschaftlichen Beirat begleitet und beraten
- organisiert Fachtagungen, Seminare, wissenschaftliche Kongresse und jährliche Fortbildungstage
- veranlasst und unterstützt wissenschaftliche Forschungen
- kooperiert mit Universitäten und Fachhochschulen
- betreibt den GwG-Verlag, der wissenschaftliche Publikationen zu dem Personzentrierten Ansatz herausgibt
- engagiert sich gegen einseitige Ökonomisierung für ein humanistisch ausgerichtetes Psychotherapie-Verständnis

Die GwG als Fachgesellschaft für Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die GwG

- konzipiert durch ihre Fachgremien curriculare Bildungsgänge für Gesprächspsychotherapie, Personzentrierte Beratung und speziell auf Tätigkeitsfelder bezogene Weiterbildungen: Supervision Personalentwicklung/Organisationsentwicklung, Coaching, Mediation u. a. m.
- vermittelt diese Qualifikationen durch Ausbilder/innen, die nach den GwG-Ausbildungsrichtlinien dazu qualifiziert sind; sie stellt Ausbilder/innen geeignetes Lehrmaterial sowie CDs zur Verfügung
- betreibt die GwG Akademie

Die GwG-Akademie

- führt bundesweit berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen durch
- führt in Kooperation mit der Evangelischen Fachhochschule Bochum den weiterbildenden Master-Studiengang „Personzentrierte Beratung: Master of Counselling“ durch und plant Kooperationen mit weiteren Fachhochschulen
- realisiert von der Bundesanstalt für Arbeit sowie Sozialversicherungsträgern (DRV) akkreditierte Weiterbildungsgänge
- betreibt Qualitätsmanagement durch Evaluierung der von der GwG zertifizierten Weiterbildungsgänge und Dienstleistungen

■ Der Wegbereiter: Carl R. Rogers (1902–1987)



Der amerikanische Psychologe Carl R. Rogers hat den Personzentrierten Ansatz begründet und den Weg zu dessen weltweiter Verbreitung geebnet. Rogers hat zeitlebens erforscht, wodurch sich hilfreiche Beziehungen in Therapie, Beratung und anderen Bereichen auszeichnen, und entwickelte seinen Ansatz bis ins hohe Alter weiter.

wickelte seinen Ansatz bis ins hohe Alter weiter.

■ Lebensstationen

Rogers sprach gerne darüber, wie seine Arbeit begonnen hatte, und er erinnerte sich stets daran, wie sehr Kindheit und Jugend ihn beeinflusst haben. Er stammte aus einer großen, wohlhabenden Familie im mittleren Westen der USA und war das vierte von sechs Kindern. Rogers' Familienleben war vom konservativen, puritanischen Protestantismus geprägt. Als Carl Rogers zwölf Jahre alt war, kaufte sein Vater eine Farm – die Familie zog aufs Land, „um die Kinder vor den Gefahren der Stadt zu bewahren“. Rogers zeigte früh Interesse an der Natur und naturwissenschaftlichen Fragestellungen, so dass er bereits mit zwölf Jahren die Bibliotheken durchstöberte. Sein Vater, ein Ingenieur, versuchte, die Landwirtschaft mit wissenschaftlichen Methoden zu erneuern. Rogers ließ sich von dem Forscherdrang seines Vaters anstecken und begann, wissenschaftliche Literatur über Ackerbau und Viehhaltung zu lesen.

Dabei entstand sein nie nachlassendes Interesse an wissenschaftlicher Arbeit. Er beobachtete Ereignisse genau, zog Schlussfolgerungen, entwickelte Lösungsstrategien und erforschte mit Akribie, ob diese sich in der Praxis bewähr-

ten. Seine genaue Beobachtung und praktische Erfahrung führten ihn zu den Fragen, auf die er Antworten suchte. Scheinbar unerklärliche Zusammenhänge schienen ihm nach einer inneren Ordnung zu funktionieren. Rogers wollte deren Wesensart erkennen und erklären – das wurde letztlich sein Lebensziel. Seine kindliche Neugier mit Methode hat ihn nie verlassen.

Der junge Rogers begann zunächst, an der Universität Wisconsin Agrarwissenschaft zu studieren, brach nach zwei Jahren das Studium ab, wechselte dann in das Fach Geschichte, später zur Theologie. Zuerst wollte er Pfarrer werden. Doch eine sechsmonatige Studienreise nach China, die er im Alter von 20 Jahren unternahm, führte zu einer grundsätzlichen Wende. Zunehmend beschäftigte sich Rogers auf der Reise mit fernöstlicher Philosophie und emanzipierte sich dabei von seinem puritanisch-protestantischen Elternhaus. Mit 22 Jahren heiratete er gegen den Willen seiner Eltern Helen Elliot, eine Jugendliebe, die er seit seiner Kindheit kannte. Die beiden zogen nach New York.

Rogers setzte sich zunehmend mit seinen religiösen Wurzeln auseinander. Dabei entstand sein Bedürfnis, dem Einzelnen zu helfen, ohne einer bestimmten religiösen Doktrin folgen zu müssen. Er beschloss daher, Psychologie an der Columbia University zu studieren und arbeitete dann zunächst in einer heilpädagogischen Beratungsstelle in Rochester, New York. Dort betreute er verhaltensauffällige Kinder, von denen viele aus dem Unterschichtmilieu kamen. Die Arbeit war schlecht bezahlt und isolierte Rogers von der akademischen Psychologie. Sie gab ihm jedoch die Möglichkeit, zu den Themen wissenschaftlich zu arbeiten,

die ihn am meisten interessierten. Nach seiner Promotion in Klinischer Psychologie 1931 entwickelte er die non-direktive Beratung, die der Ausgangspunkt einer völlig neuen Sichtweise in der Psychotherapie werden sollte. Die akademische Psychologie blieb ihm lange verschlossen; er lehrte in der Erziehungswissenschaft und Soziologie. Während seiner Zeit in Rochester wurden seine Tochter und sein Sohn geboren.

Der akademische Durchbruch in der Psychologie gelang Rogers 1940, als er eine Professur an der Ohio State Universität erhielt. In einem Vortrag schilderte er seine Praxiserfahrungen und die theoretischen Fragen, die sich daraus ergaben. Nach vier Jahren wechselte er für zwölf Jahre an die Universität von Chicago und baute dort ein Beratungszentrum auf. Sein Ansatz wurde zunehmend bekannt und zog Hunderte von Student/innen an. 1957 kehrte Rogers für kurze Zeit an die Universität Wisconsin zurück, bevor er 1964 eine Forschungsstelle in La Jolla, Californien annahm. Aus seinem Forschungsinstitut heraus verbreiteten Rogers und seine Schüler/innen den Personzentrierten Ansatz weltweit.

Rogers arbeitete unermüdlich als Therapeut, als Forscher und als Universitätsprofessor. Als Autor schrieb er Fachbücher und Artikel bis ins hohe Alter. Mit zunehmendem Alter setzte er sich international dafür ein, Konfliktparteien ins Gespräch zu bringen, gab weltweit Seminare, z. B. in Südafrika, um den Dialog zwischen Schwarzen und Weißen zu fördern und die Rassendiskriminierung zu überwinden. In verschiedenen Staaten des damaligen Ostblocks engagierte Rogers sich dafür, den „eisernen Vorhang“ durchlässiger zu machen und Menschen unterschiedlicher Gesellschaftssysteme miteinander in einen Dialog zu bringen.

■ Das Ende der Psychotherapie als Geheimwissenschaft

Wie können wir Beziehungen gestalten, die hilfreich sind und einen anderen Menschen in seiner Entwicklung fördern? Das war die Frage, die Rogers lebenslang beschäftigte. Seine Antwort wirkt zunächst einfach, fast selbstverständlich und war dennoch weitreichend und in der Psychologie nahezu revolutionär: Unterstützende Beziehungen zeichnen sich vor allem durch grundlegendes Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen und des Lebens aus. Diese Erkenntnisse wurden keineswegs nur begrüßt. Sie lösten heftige Debatten aus. Bis heute dauert die Kontroverse an, die Psychotherapie und Beratung durchzieht: Welchen Stellenwert räumen Therapeut/innen und Berater/innen der Kontrolle menschlichen Verhaltens ein, welchen dem Vertrauen, dass Menschen ihre Entwicklung selbst bestimmen?

Rogers brach mit mehreren Tabus seiner Zeit. Das Wichtigste war, dass er Psychotherapie und Beratung aus dem Dunst einer Geheimwissenschaft befreite und sie wissenschaftlichen Untersuchungen öffnete. Seine Schallplatten-Aufzeichnungen von Therapiegesprächen machten erstmals exakte Analysen möglich. Rogers erkannte, dass der „Beziehung“ für den Therapiererfolg eine große Bedeutung zukommt.

Dies führte zu einer differenzierten Beforschung der Therapeut-Klient-Beziehung. Dabei war es nicht Rogers' Anliegen, einen neuen eigenständigen Ansatz zu definieren, sondern zunächst lediglich die Merkmale hilfreicher Beziehungen im Allgemeinen zu erforschen. Seine Methode, Gespräche aufzuzeichnen und zu analysieren, ist heute zentraler Bestandteil der Ausbildung in Supervision und Psychotherapie. Dass sich in späteren Jahren aus Rogers' Forschungsergebnissen ein eigenständiges Verfahren für Psychotherapie und Beratung entwickelte, war Folge der überzeugenden Erkenntnisse seiner Forschungen.

Rogers war immer bemüht, seine Forschungsergebnisse nicht nur dem Fachpublikum zugänglich zu machen. Deshalb suchte er neben seiner regen Autorentätigkeit auch andere Medien, um seine Erkenntnisse bekannt zu machen. So produzierte er beispielsweise einen viel beachteten Dokumentarfilm über seine Arbeit mit einer Gruppe. Öffentlich, auf Kongressen, in Seminaren und vor großem Publikum führte er seine Methode nach dem Personzentrierten Ansatz in Gesprächsdemonstrationen durch. Als er nach dem Erfolg eines seiner Bücher in den USA in eine Talkshow eingeladen wurde, lehnte er jedoch ab. Persönliche Popularität und Ehrungen seiner Person waren ihm unwichtig. Rückblickend schilderte Rogers, es erfülle ihn mit Freude, auf ein langes und erfülltes Leben zurückzublicken und zu erleben, wie der Personzentrierte Ansatz weltweit das Leben von Menschen positiv beeinflusse. Seine Publikationen – in mehr als 60 Sprachen übersetzt – erzielen hohe Auflagen.

Rogers lehrte weltweit, baute Forschungs- und Beratungszentren auf und engagierte sich international für den Dialog zwischen einzelnen Menschen, Gruppen und Nationen. Als Professor für Psychologie erhielt er zahlreiche Ehrendoktorwürden von verschiedenen Universitäten, so auch der Universität Hamburg und der Universität Leiden/Holland. Er war Präsident der American Psychological Association (APA). Als Wissenschaftler wurde er wiederholt mit höchsten Auszeichnungen bestätigt. Rogers galt schon in den 40er-Jahren des vorigen Jahrhunderts als der methodisch und empirisch ausgewiesenste Wissenschaftler im Bereich der Psychotherapieforschung. Er erhielt 1956 für seine empirische Wirkungs- und Wirksamkeitsforschung zur Psychotherapie als Erster den Wissenschaftspreis (Distinguished Scientific Contribution Award) der APA. 1972 wurde ihm zusätzlich der „Distinguished Professional Scientific Contribution Award“, die höchste Auszeichnung der APA für angewandte Psychologie, verliehen. Für seine Bemühungen in Irland und Südafrika um die Überwindung von nationalistisch und rassistisch begründeten Konflikten wurde er 1987 für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen; im selben Jahr starb er im Alter von 85 Jahren.

■ Der Personzentrierte Ansatz in Psychotherapie und Beratung

Der **Personzentrierten Psychotherapie** – auch als „Klientenzentrierte Psychotherapie“ oder „Gesprächspsychotherapie“ bekannt – liegt die Überzeugung zugrunde, dass jeder Mensch die Tendenz und die Fähigkeit in sich trägt, sich konstruktiv zu entfalten und zu entwickeln. Diese „Selbstaktualisierung“ kann durch unterschiedliche Einflüsse und Erfahrungen so gestört werden, dass sich erhebliche Probleme in der Lebensbewältigung ausbilden, zu deren Auflösung ggf. eine Psychotherapie erforderlich ist.

Das Beziehungsangebot in der Personzentrierten Psychotherapie hilft dem Patienten dauerhaft, eigene Lösungen für seine Probleme zu entwickeln und seine Selbstaktualisierung wieder konstruktiv zu gestalten.

Personzentrierte Beratung unterstützt Klienten/innen professionell und qualifiziert in schwierigen Veränderungs- und Orientierungsprozessen oder bei Problembewältigungen. Sie ermöglicht, neue Ressourcen zu erschließen und Handlungsalternativen zu finden. Dabei umfasst sie das weite Spektrum persönlicher und beruflicher Problem- und Fragestellungen und reicht von professioneller Paarberatung bis hin zu Beratung und Coaching von Fach- und Führungskräften in der Wirtschaft.

Personzentrierte Beratung beinhaltet personzentrierte Kommunikations- und Kooperationsstile, welche die unterschiedlichen persönlichen und beruflichen Lebenswelten der Klienten in der Beratung berücksichtigen.

Schematische Darstellung zur Abgrenzung von Psychotherapie und Beratung

Personzentrierter Ansatz in Psychotherapie und Beratung	
■ Psychotherapie	■ Beratung
Anlass	Anlass
Ausgeprägte lebenseinschränkende Probleme, die in der betroffenen Person liegen und als krankheitswertig angesehen werden	Probleme in der persönlich-privaten und beruflichen Lebenswelt, die einer Klärung durch Beratung ohne Veränderung der Persönlichkeit zugänglich sind
Ziele	Ziele
Heilung, Verbesserung, Linderung Reorganisation des Selbstkonzeptes	Veränderung der konkreten Lebenssituation und Veränderung von Grundeinstellungen bzw. Problembewältigung
■ dauert länger	■ erstreckt sich oft nur über einen kurzen Zeitraum
■ setzt starke Motivation des Klienten voraus	■ muss in Einzelfällen ohne hinreichende Motivation des Klienten auskommen
■ findet regelmäßig statt	■ findet oft nur sporadisch, bei Bedarf, statt
■ betont die Gestaltung und Entwicklung einer intensiven Beziehung als Voraussetzung für Veränderung	■ betont die Problemlösung
■ ist eher nicht-lenkend	■ beinhaltet eher lenkende Vorgehensweisen
■ basiert auf freier Übereinkunft	■ wird oft in institutionellem Auftrag vollzogen
■ betont die Herstellung eines spezifischen Beziehungsangebots, durch das der Patient seine Fähigkeit, sich selbst zu erforschen und weiterzuentwickeln, ausprägt	■ die Intensität der Beziehung und das Maß der Erforschung des Selbst sind für den Beratungsprozess bei Betonung an derer Faktoren von geringerer Bedeutung; ist ressourcenorientiert

■ Der Personzentrierte Ansatz: Entstehungsgeschichte und aktuelle Entwicklungen

■ Entstehungsgeschichte

Komplizierte Namensfindung

„Personzentrierter Ansatz“ – diese Bezeichnung hat sich inzwischen für den wissenschaftlichen Ansatz im Bereich der Psychotherapie und Beratung durchgesetzt, der auf den amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers zurückgeht. Die lange Zeit wechselnden Bezeichnungen für Rogers Therapieansatz verdeutlichen die Entwicklungen, die dieser Ansatz seit seiner Entstehung erfahren hat. Rogers resümierte 1983 über die komplizierte Namensfindung: *„Ich lächle, wenn ich an die verschiedenen Etiketten denke, mit denen ich dieses Thema im Laufe meines Berufsweges versehen habe: Nicht-direktive Beratung, Klientenzentrierte Therapie, schülerzentrierter Unterricht, gruppenzentrierte Führung. Da die Anwendungsgebiete an Zahl und Vielfalt zugenommen haben, erscheint mir jetzt die Bezeichnung Personzentrierter Ansatz am aussagekräftigsten.“*¹ (Rogers, 1983 b, S. 66)

Rogers wurde erst durch die Reaktionen auf seinen Ansatz bewusst, wie weit er sich mit seinen Forschungen, Erkenntnissen und theoretischen Ansätzen von den damals gängigen Auffassungen in Psychotherapie und Beratung bereits entfernt hatte.

Später wird man von einem Paradigmenwechsel, einer radikalen Neuorientierung sprechen und Rogers wegen der scheinbaren Einfachheit seines Ansatzes einen „stillen Revolutionär“ nennen.

Der Klient als Experte seiner selbst

Die psychosoziale Praxis am Beginn des letzten Jahrhunderts war – grob skizziert – von der traditionellen Psychiatrie, der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie domi-

niert. Die traditionelle Psychiatrie hatte begonnen, sich von dem Bild der Anstaltspsychiatrie zu lösen und setzte ihre Hoffnungen auf die gerade aufstrebende Entwicklung von Psychopharmaka. Während Anhänger der Psychoanalyse die triebhafte Natur des Menschen betonten, propagierten Anhänger der Verhaltenstherapie die Rationalität und die Erziehbarkeit des Menschen. Ein Hilfesuchender sah sich demnach in jedem Fall einem Experten gegenüber, einem Experten für das richtige Medikament, einem Experten für die richtige Deutung oder einem Experten für das richtige Lernprogramm.

Im Gegensatz dazu hatte Rogers in seiner mehrjährigen Arbeit in einer Erziehungsberatungsstelle die Erfahrung gemacht, dass Hilfesuchende immer dann ihren eigenen Weg finden, wenn er selbst jede „Expertenattitüde“ ablegte und versuchte, die Sichtweise des jeweiligen Gegenübers genau zu verstehen und ihm nicht urteilend und nicht lenkend gegenüberzutreten. Rogers bezeichnete diese Methode zunächst als „non-direktive Beratung“. Diese Beratung beinhaltete, dass der Hilfesuchende als Experte seiner selbst galt. Rogers sprach daher nicht von Patient/innen, sondern von Klient/innen². Mit der Ablehnung des Patientenstatus betonte er die Selbstbestimmung der Klient/innen.

Die Merkmale einer hilfreichen Beziehung

Rogers konzentrierte seine intensive empirische Forschung über viele Jahre auf die Frage nach jenen Merkmalen, die in hilfreichen Beziehungen zu beobachten sind, und wie diese Merkmale in der Praxis genutzt werden können. Als „hilfreich“ galt ihm eine Beziehung immer dann, wenn sie die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen erkennbar förderte. Mit dieser Auffassung wird die radikale Abkehr

¹ Die wörtlichen Zitate von Carl R. Rogers sind alle einheitlich farblich hervorgehoben.

² Im Bereich Heilkunde sprechen wir heute in Anlehnung an die Terminologie im Gesundheitsrecht von Patient/innen, im Bereich Beratung von Klient/innen.

von damals vorherrschenden Auffassungen deutlich. Im Vordergrund steht nicht die Symptombehandlung, sondern die persönliche Entwicklung des/der Klient/in, die ihrerseits zur Minderung oder Auflösung der Symptome führen wird. Dieses positive und individualistische Menschenbild im Therapie-Ansatz von Rogers traf in der Roosevelt-Ära („New Deal“) zu Beginn des letzten Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten auf Resonanz. Rogers' Ansatz entwickelte sich im kreativen Zusammenspiel von Zeitgeist, philosophischen Strömungen, seiner eigenen Lebensgeschichte und seinen persönlichen Begegnungen. Entscheidend für die Entwicklung und theoretische Fundierung des Personzentrierten Ansatzes waren Rogers' tatsächliche Erfahrungen in der therapeutischen und beratenden Praxis und deren systematische Reflexion und Erforschung.

Der neue Weg

Um die Merkmale hilfreicher Beziehungen erforschen zu können, zeichneten Rogers und seine Mitarbeiter/innen Gespräche auf Schallplatten auf und analysierten sie. Diese systematische empirische Forschung führte zu der Erkenntnis, dass besonders die Gesprächspassagen positive Veränderungen anstoßen, in denen der Therapeut sich nicht lenkend oder manipulativ verhält, sondern dem Klient ein von bedingungsfreier Beachtung geprägtes Beziehungsangebot macht, in dem er sich auf die subjektive Erlebniswelt des Klient einlässt. 1942 fasst Rogers die Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und theoretischen Überlegungen in seinem Buch „Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice“ (deutsche Veröffentlichung: „Die nicht-direktive Beratung“ [1972]) zusammen. Der darin enthaltene Fall von Herbert Bryan gilt als erstes vollständig aufgenommenes, transkribiertes und veröffentlichtes therapeutisches Gespräch in der Geschichte der Psychotherapieforschung. Rogers' Verdienst ist es, erstmals öffentlich und der Forschung zugänglich gemacht zu haben, was in einer

Psychotherapie passiert. Gleichzeitig ebnete diese Methode der Ausbildung und Supervision von Psychotherapeuten neue Wege.

Das von Rogers geforderte „non-direktive Therapeutenverhalten“ erwies sich jedoch schon bald als missverständlich und als willkommener Angriffspunkt gegen die radikal neue Sichtweise in Psychotherapie und Beratung. „Non-direktiv“ barg die Gefahr, als passiv und inaktiv missverstanden zu werden. Äußerungen von Therapeuten wurden als bloße Wiederholungen der Aussagen von Patienten karikiert. Die Sichtweise eines Patienten zu verstehen wurde z. T. darauf reduziert, dass dabei nur die Gefühle der Klienten gespiegelt würden. Diese Hintergründe waren letztlich die Quellen, aus denen sich die Suche nach einem geeigneten Namen für diesen Ansatz speiste.

In den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurden im Ergebnis umfangreicher Forschung und theoretischer Auseinandersetzung die Grundlagen des Ansatzes ausgearbeitet und der Begriff „klientenzentriert“ geprägt.

■ Aktuelle Entwicklungen in der Personzentrierten Psychotherapie

In den letzten Jahrzehnten gab es zahlreiche Weiterentwicklungen. Einige Vertreter/innen des Ansatzes erforschten, wie die Anwendung des Ansatzes störungsspezifisch optimiert werden kann. Dies hat zum Teil zu Neuformulierungen verschiedener theoretischer Grundlagen geführt. Eine Entwicklungsrichtung des Personzentrierten Ansatzes ist demnach zunehmend auch durch „störungsspezifische“ Sichtweisen gekennzeichnet.

Eine andere Entwicklungsrichtung ist durch die Förderung des Erlebens der Klienten charakterisiert („Experiential Psychotherapy“). Vertreter dieser Richtung konzentrierten sich darauf, genauer zu untersuchen, wie Patienten immer mehr persönliche Erfahrungen zulassen



sen und akzeptieren und in ihr Selbstbild aufnehmen können. Verbunden mit dieser Forschung war die Frage, wie Therapeut den Prozess der Selbstannahme gezielter oder aktiver unterstützen können. Diese „erlebensbezogene“ Sichtweise hat zu besonderen Ausprägungen geführt. Die bekanntesten Ansätze sind die „Emotion Focused Therapy“ nach Leslie Greenberg (ursprünglich Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie nach Greenberg, Rice & Elliott) und der Ansatz der „Focusing-orientierten Psychotherapie“ nach Eugene Gendlin.

Encounter – als Weiterentwicklung

Der zunehmende Wunsch nach Selbsterfahrung und die vom Zeitgeist getragene Suche nach dem Selbst führten in den 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts auch dazu, dass die sogenannte Encounter-Bewegung entstand, die maßgeblich von Rogers beeinflusst war. Der Begriff Encounter meint intensive persönliche Begegnungen, wie sie hauptsächlich in Gruppen erlebt werden. „Journey into the self“ (1968), ein Film, der Rogers' Arbeit mit einer Encounter-Gruppe zeigt, wurde als Dokumentarfilm ausgezeichnet. Die Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Leitung von Großgruppen gaben dem Ansatz seinen dritten – bislang letzten – Namen: Personenzentrierter Ansatz. Hatte Rogers schon immer betont, dass es ihm um die Merkmale hilfreicher Beziehungen allgemein ging, so erweiterte die Encounter-Bewegung nun endgültig die Grenzen von Therapie und Beratung. Die Philosophie des Ansatzes wurde nicht nur als hilfreich in Therapie und Beratung angesehen, sondern galt zunehmend auch in Erziehung, Management, Politik und Familie als wegweisend. Im Mittelpunkt stand der Dialog im Sinne einer Begegnung und die Beziehung von Person zu Person („person to person“).

Verbreitung in Deutschland

In Deutschland wurde der Personenzentrierte Ansatz in den 60er-Jahren bekannt und verbreitet. In der BRD haben die Hamburger Psychologen Anne-Marie Tausch und Professor Reinhard Tausch den Ansatz als Gesprächspsychotherapie eingeführt, in der ehemaligen DDR die Ost-Berliner Professorin Inge Frohburg und Professor Johannes Helm. Die Gesprächspsychotherapie ist über ihre gesamte Geschichte hinweg eng mit der universitären Lehre und Forschung verbunden. Besondere Forschungstraditionen bestehen in Hamburg und in Berlin. Heute wird der Personenzentrierte Ansatz nicht nur in der Psychotherapie und der psychosozialen Beratung erfolgreich angewendet, sondern u. a. auch in Schulen, in der Pädagogik, in der Erwachsenenbildung, in der Personal- und Organisationsentwicklung, im Coaching, im Management und in der Supervision.

Die Wirksamkeit dieses Ansatzes ist „für ein weites Spektrum an Störungen“ (Grawe, 1995, S. 135) überzeugend nachgewiesen worden. Gesprächspsychotherapie wird bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, bei Paaren und Gruppen angewendet. Die Anwendungsfelder beziehen sich auf die medizinische Versorgung, psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen für psychosomatische Patienten, d. h. Menschen mit körperlichen Beschwerden, für die keine organischen Ursachen vorliegen.

■ Theoretischer Hintergrund des Personenzentrierten Ansatzes

„Es ist im Leben sehr selten, dass uns jemand zuhört und wirklich versteht, ohne gleich zu urteilen. Dies ist eine sehr eindringliche Erfahrung.“

Rogers, Ohio, 80er-Jahre

■ Das Bild vom Menschen im Personenzentrierten Ansatz

Rogers geht von der These aus, dass alles Leben zu seiner Entfaltung strebt und sich erhalten will. Leben trägt immer das Potenzial von Wachstum und Entwicklung in sich. Diese Tendenz bezeichnet Rogers als *Aktualisierungstendenz*. Sie ist die Triebkraft alles Lebendigen.

Rogers fand zum Ende seines Lebens wesentliche Grundannahmen des Personenzentrierten Ansatzes durch die moderne Physik bestätigt. Die Ergebnisse der Chaosforschung sowie der System- und Selbstorganisationstheorie stellten das bislang mechanistisch geprägte naturwissenschaftliche Weltbild in Frage. Idealvorstellungen der Steuerbarkeit, Machbarkeit und Vorhersagbarkeit ließen sich nicht aufrechterhalten. Menschliche Entwicklungsprozesse müssen danach auch unter dem Aspekt der *Selbstorganisation* betrachtet werden; Menschen sind sich selbst *entwickelnde Systeme*.

Zentrales Merkmal des Personenzentrierten Ansatzes ist deshalb das Vertrauen in die jedem Menschen innewohnende Kraft, konstruktive Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Ziel des Personenzentrierten Ansatzes ist es daher, Bedingungen zu schaffen, unter denen sich die Aktualisierungstendenz entfalten kann, die positive Veränderungen, Wachstum und Problemlösung ermöglicht. Nach dem Personenzentrierten Ansatz bringt jeder Hilfesuchende nicht nur das *Problem* mit, sondern auch die *Lösung*. Diese

konsequente Entwicklungs- und Ressourcenorientierung ist es, die den Personenzentrierten Ansatz von anderen Ansätzen unterscheidet.

Ob in klientenzentrierten Beratungs- oder Therapiesituationen: Im Mittelpunkt steht immer der Mensch und nicht sein isoliertes Problem. Der Ansatz heißt im englischen *person-centered approach (PCA)*. Das Wort „*approach*“ (Annäherung, Herangehen, Zugang, Weg) verdeutlicht, dass es nicht um spezielle therapeutische oder pädagogische Techniken geht, sondern um Einstellungen und Haltungen gegenüber den Patient bzw. Klient. Neuere Forschungsergebnisse bestätigen, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut den Erfolg von Beratungen und Therapien in einem weitaus größeren Maße bestimmt als spezifische Techniken. Die besondere Bedeutung, die der Herstellung einer hilfreichen Beziehung zukommt, erfordert besondere persönliche Fähigkeiten. Das macht für Gesprächspsychotherapeut oder Personenzentrierte Berater während ihrer Ausbildung eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person erforderlich, die durch Selbsterfahrung, Eigentherapie und die berufsbegleitende Supervision erreicht wird.

Vertrauen in Entwicklungsprozesse und Streben nach Entfaltung sind somit neben der Selbstbestimmung des Menschen die philosophischen Fundamente der *Humanistischen Psychologie*. Sie wird als humanistisch bezeichnet, weil sie das spezifisch Menschliche betont, z. B. Kreativität, Subjektivität und das Streben nach Selbstausdruck.

Im historischen Rückblick wird die Humanistische Psychologie auch als „*dritte Kraft*“ in der Psychotherapie bezeichnet – neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie.

In dem Personenzentrierten Ansatz findet die Humanistische Psychologie ihre stärkste Ausprägung. Die Phänome-

nologie der Existenzphilosophie und die fernöstliche Philosophie sind weitere Strömungen, die den Personzentrierten Ansatz beeinflusst haben.

Ausgangspunkt für das humanistische Menschenbild sind vier Thesen:

- Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht die erlebende Person. Damit rückt das Erleben als das primäre Phänomen beim Studium des Menschen in den Mittelpunkt. Sowohl theoretische Erklärungen wie auch sichtbares Verhalten werden im Hinblick auf das Erleben selbst und auf seine Bedeutung für den Menschen als zweitrangig betrachtet.
- Der Akzent liegt auf spezifisch menschlichen Eigenschaften wie der Fähigkeit zu wählen, der Kreativität, der eigenen Wertsetzung und Selbstverwirklichung – im Gegensatz zu einer mechanistischen und reduktionistischen Auffassung des Menschen.
- Die Auswahl der Fragestellungen und der Forschungsmethoden folgt dem Aspekt der Sinnhaftigkeit – im Gegensatz zur Betonung der Objektivität auf Kosten des Sinnes.
- Ein zentrales Anliegen ist es, den Wert und die Würde des Menschen aufrecht zu erhalten. Das Interesse gilt der Entwicklung der jedem Menschen innewohnenden Kräfte und Fähigkeiten. Die Fähigkeit des Menschen, sein Selbst zu entdecken und zu diesem selbstreflexiv in Beziehung zu treten, macht ihn einzigartig unter allen Lebewesen.

■ Die Theorie der Therapie nach Rogers

Rogers fasste 1959 als Extrakt aus seinen Forschungen und Erkenntnissen die sechs von ihm als notwendig und hinreichend erachteten Bedingungen zusammen, die über eine gewisse Zeitspanne vorhanden sein müssen, damit sich ein psychotherapeutischer Prozess entwickelt

1. Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt.

Rogers betont mit psychologischem Kontakt, dass sich Veränderungen innerhalb von Beziehung vollziehen.

2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz. Sie ist verletztlich oder voller Angst.

Inkongruenz bedeutet, dass das Selbstbild oder Selbstkonzept eines Menschen unvereinbar ist mit seinen aktuellen Erfahrungen. Erfahrung schließt alles ein, was in einem gegebenen Moment in einem Menschen vor sich geht. Können nicht alle Erfahrungen in das Bild, das die Person von sich selbst hat, integriert werden, entsteht ein Zustand der Inkongruenz, der als Spannung erfahren wird.

Solche Inkongruenz kann dann aufgelöst werden, wenn die Person ihr Selbstkonzept erweitert, indem sie ihre zuerst einmal unverträgliche Erfahrungen zunehmend zulassen kann. Dieser Prozess wird Selbstexploration genannt und wird dann zunehmend möglich, wenn der Therapeut den Erfahrungen des Patienten mit bedingungsfreier positiver Beachtung begegnet.

Das Ideal einer voll entwickelten Persönlichkeit nannte Rogers „*fully functioning person*“, also eine Person, die keinerlei Verzerrung ihrer eigenen Erfahrung benötigt

und daher reife und den anderen Menschen fördernde Beziehungen eingehen kann. Rogers beschreibt sie so: *„Weg von den Fassaden, weg vom ‚Eigentlich-sollte-ich‘, weg vom Erfüllen kultureller Erwartungen, weg davon, anderen zu gefallen, hin zu einer Entwicklung zur Selbstbestimmung, zum Prozess-Sein, zur Komplexität, zur Erfahrungsoffenheit, zum Akzeptieren der anderen und zum Selbstvertrauen.“* (Rogers, 1973, S. 167–176)

3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.

Diese auch als Echtheit oder als authentische Haltung des Therapeuten bezeichnete Bedingung bedeutet, dass der Therapeut alle Erfahrungen in sich zulässt, die der Patient in ihm auslöst. Der Therapeut begegnet dem Patienten ohne Fassade und Expertenattitüde

4. Der Therapeut empfindet bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten.

Der Therapeut begegnet dem Patienten bedingungslos wertschätzend, d. h. die Zuwendung des Therapeuten ist an keine Bedingungen geknüpft. Das heißt nicht, dass Therapeuten alle Verhaltensweisen der Klienten billigen, sondern nur, dass die Zuwendung zum Patienten nicht von dessen Verhaltensweisen, Gedanken usw. abhängt. Diese Haltung findet ihren Ausdruck in Wärme, Interesse, Zugewandtheit und Akzeptanz.

Die Erfahrung, dass die eigenen Gefühle und Gedanken nicht negativ bewertet werden und nicht zur Ablehnung der Person führen, macht es dem Patienten/in möglich, auch sich selbst gegenüber weniger bewertend zu sein und immer mehr Erfahrungen als Teile seiner Person zu akzeptieren.

5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.

Diese Einfühlung bzw. Empathie beschreibt Rogers als *„eine komplexe, stark beanspruchende, starke und doch subtile und sanfte Art des Zusammenseins“*. Sie setzt gleichzeitig eine große Sicherheit und Stabilität des Therapeuten voraus.

Sie wird verwirklicht, indem der Therapeut die persönliche Wahrnehmungswelt eines anderen betritt, ohne völlig in ihr zu Hause zu sein. Es bedeutet, zeitweise im Leben eines Patienten zu leben und sich in diesem zu bewegen, ohne Urteile zu fällen, Gefühlsbedeutungen, deren sich der Patient kaum bewusst ist, zu erfühlen – dabei aber nicht zu versuchen, Gefühle aufzudecken, deren sich der andere völlig unbewusst ist, denn das wäre bedrohlich.

6. Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaß die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose positive Beachtung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten.

Entscheidend ist nicht, ob der Therapeut sich echt, wertschätzend und empathisch verhält, sondern ob der Therapeut von dem Patienten so wahrgenommen wird.

Diese sechs Bedingungen lassen sich weder isoliert betrachten noch getrennt verwirklichen, sie sind ein Gesamtes; sie sind sich gegenseitig beeinflussende Bedingungen, die dann einen konstruktiven Veränderungsprozess unterstützen, wenn sie vollständig vorliegen.

Die Bedingungen können auch als Bedingungen für die Indikation zur Gesprächspsychotherapie angesehen werden. Ist ein Patient nicht in der Lage, psychologischen Kontakt aufzunehmen oder die unbedingte Wertschätzung und das empathische Verstehen wenigstens in Ansätzen wahrzunehmen, ist Gesprächspsychotherapie nicht indiziert.

■ Anwendungsfelder des Personenzentrierten Ansatzes in der Praxis

„Die Zukunft hängt nicht von den Naturwissenschaften ab. Sie hängt von uns ab, die wir versuchen, die Interaktionen zwischen Menschen zu verstehen und mit ihnen umzugehen.“ (Rogers, 1973, S. 71)

Ob in der Heilbehandlung, in der Wirtschaft, Politik, in Schulen oder Behörden – überall dort, wo Menschen miteinander *verhandeln*, wo Menschen *behandelt* oder *beraten* werden – sind zwischenmenschliche Beziehungen bedeutsam. Zwischenmenschliche Beziehungen – als wissenschaftlich erforschbare und beeinflussbare Prozesse – stehen im Mittelpunkt des Personenzentrierten Ansatzes. Das bedeutet, dass der Personenzentrierte Ansatz prinzipiell in all diesen Bereichen produktiv und erfolgreich angewendet werden kann.

Die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes hat ihre Wurzeln im Kontext von Beratung und Therapie. In den letzten 50 Jahren konnten Erkenntnisse und Erfahrungen darüber gewonnen werden, in welchen weiteren bzw. anderen Lebens- und Arbeitszusammenhängen der Personenzentrierte Ansatz hilfreich und wirkungsvoll ist.

In der Praxis arbeiten Vertreter/innen des Personenzentrierten Ansatzes im Wesentlichen

- in Psychotherapeutischen Praxen
- in der stationären Behandlung psychisch Kranker (psychiatrische Einrichtungen, Krankenhäuser)
- in der ambulanten sozialpsychiatrischen Psychotherapie und Beratung
- in Beratungsstellen, Schulen und anderen Erziehungseinrichtungen
- in der Sozialarbeit und Jugendhilfe
- in der Suchttherapie und –beratung

- in der Seelsorge
- im Hospiz und in Palliativstationen
- im Strafvollzug
- in der Erwachsenenpädagogik und betrieblichen Aus- und Weiterbildung
- in der Supervision
- in der Personal-, Team- und Organisationsentwicklung
- im Coaching von Führungskräften
- in der Projektberatung/Projektsupervision
- in Management- und Führungspsychologie
- in gerichtlicher Mediation und Wirtschaftsmediation
- in Unternehmen, Organisationen und Verwaltungen

■ Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie

Personenzentrierte Psychotherapie ist in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung etabliert. Sie wird meist als Einzeltherapie mit Erwachsenen, mit Kindern und Jugendlichen, aber auch als Gruppentherapie sowie als Paar- bzw. Familientherapie durchgeführt. Detaillierte Informationen zu verschiedenen Bereichen und Settings finden Sie ab Seite 29.

■ Personenzentrierte Psychotherapie mit Erwachsenen

„Gesprächspsychotherapie“ ist in Deutschland die gebräuchlichste Bezeichnung für die auf dem Personenzentrierten Ansatz gründende Psychotherapieform.

Grundlegend und leitend für das Handeln in der Gesprächspsychotherapie ist die jedem Menschen innewohnende Aktualisierungstendenz, durch die die Entwicklung, die Entfaltung und die Veränderung der Persönlichkeit wesentlich bestimmt wird.

Probleme und Beschwerden, deren Ursachen in einer Störung der Selbstaktualisierungstendenz liegen, bilden den Ausgangspunkt und die Motivationsquelle für eine Psychotherapie: Der/die Patient/in kann nicht alle für seine/ihre Entwicklung und Entfaltung förderlichen Erfahrungen zulassen oder hat Werte und Einstellungen als handlungsleitend übernommen, die seinen/ihren tatsächlichen Bedürfnissen widersprechen. In der Sprache des Personzentrierten Ansatzes ist der Patient „inkongruent“. Unter Kongruenz wird die Möglichkeit verstanden, sich aller bewussteinfähigen Erfahrungen bewusst zu werden und sie konstruktiv in das Selbsterleben aufzunehmen.

Die **Aufgabe des Therapeuten** ist es, bei dem Patienten eine Entwicklung zu weitestgehender Kongruenz zu fördern. Dazu konzentriert sich der Therapeut auf das Erleben und die Erfahrungen des Patienten, denen er unabhängig von den Inhalten und unabhängig von seinen eigenen Überzeugungen bedingungslos positive Beachtung entgegenbringt. Er fühlt sich in den Patienten und dessen inneren Bezugsrahmen – d. h. die Haltung und Einstellung, die dieser zu sich und zu seinem Erleben einnimmt – ein. Er erlebt die Welt aus der Wahrnehmung des Patienten, „als ob“ er der Patient sei, ohne sich aber mit dem Patienten zu identifizieren. Er teilt dem Patienten akzeptierend mit, was er empathisch verstanden hat, und prüft mit dem Patienten, ob das Verstandene den Erfahrungen des Patienten und dem, was diese für ihn bedeuten, entspricht.

Vor allem die akzeptierende, die Person wertschätzende Haltung des Therapeuten ermöglicht es dem Patienten, sich auch gegenüber bisher abgelehnten Erfahrungen zu öffnen und zu neuen Erkenntnissen und Einstellungen zu kommen. Dieser Prozess wird als Selbstexploration bezeichnet.

Der **Beitrag des Patienten** zur Therapie besteht in der intensiven Selbstexploration der persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte im Sinne einer Beziehungsaufnahme zum eigenen Erleben und vor allem zu den bislang vermiedenen, abgewehrten oder verzerrt wahrgenommenen Erfahrungen. Der Patient überträgt die von dem Therapeuten erfahrene akzeptierende Haltung auf seine Beziehung zu sich selbst.

Von Selbstexploration wird in der Gesprächspsychotherapie gesprochen, wenn sich der Patient sprachlich darüber äußert, dass und wie er sich selbst erlebt. Er setzt sich mit dem eigenen Erleben, den eigenen Erfahrungen und deren Bewertungen auseinander. Selbstexploration in der Therapiestunde dient meistens dem Versuch, bisher unverstandene Erfahrungen zu verstehen und neu bewerten.

Zielsetzungen in der Gesprächspsychotherapie

Das Therapieziel besteht darin, Blockierungen der Selbstaktualisierungstendenz aufzuheben. Das bedeutet die Reduktion oder Beseitigung der Inkongruenzen von Erfahrung und Selbstkonzept durch eine Re-Organisation des Selbstkonzeptes, dessen unflexible Struktur aufgelöst und für bislang verzerrt wahrgenommene oder abgewiesene Erfahrungen (wieder) zugänglich gemacht wird. Mit der Integration bisher abgewehrter Erfahrungen und der Erweiterung des Selbstkonzeptes geht eine Neubewertung einher, die zu Verhaltensänderungen führt.

Gesprächspsychotherapie zielt damit auf eine Veränderung in der Selbstwahrnehmung der Patienten in Bezug auf den Umgang mit ihren Erfahrungen und Gefühlen ab und nicht auf inhaltlich bestimmte „Problemlösungen“. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht das Erleben des Individuums, nicht das Problem.

Rahmenbedingungen

Vor Beginn der Behandlung informiert der Therapeut den Patienten über das therapeutische Vorgehen, so dass er sich entscheiden kann, ob er das therapeutische Angebot aufgreift.

Die angestrebte therapeutische Beziehung als gleichberechtigte Begegnung eines inkongruenten Menschen mit einem in der therapeutischen Beziehung kongruenten Therapeuten findet ihren Ausdruck schon in der Sitz-Anordnung: Therapeut und Patient sitzen sich auf gleicher Augenhöhe gegenüber. Der Patient bestimmt die Themen und die Intensität seiner Auseinandersetzung mit sich selbst. Der Therapeut verzichtet auf Lenkung und Ratschläge, „Experte“ ist er „nur“ für die Herstellung der therapeutischen Beziehung, die dem Patienten Selbstexploration ermöglicht.

Die ca. 50-minütigen Therapiesitzungen finden in der Regel einmal in der Woche statt. Gesprächspsychotherapien dauern durchschnittlich ca. zwei Jahre. In dieser Zeit werden ca. 70 Therapiegespräche geführt.

■ Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Grundkonzept: Diese zielgruppenorientierte Form der Psychotherapie und Beratung hat sich als Personzentrierte Spieltherapie etabliert. Sie geht auf Carl Rogers' Doktorandin Virginia Axline zurück, die bereits vor mehr als 50 Jahren nachgewiesen hat, dass sich Kontakt, Interaktion und Selbstklärung bei Kindern vor allem beim Spielen entwickeln. Anders als im psychodynamischen Rahmen entfallen in der Personzentrierten Spieltherapie Deutungen: Das Kind spielt, stellt dabei sich und seine Gefühle im

Spiel dar, klärt sie und ordnet sich so selbstgesteuert. Der Therapeut vermeidet Vorschläge, fördert den Prozess aber nachhaltig, insbesondere dadurch, dass er in Kontakt mit dem Kind höchst aufmerksam und empathisch interveniert. Das Kind erlebt im Zusammensein mit dem Therapeuten bedingungsfreie Wertschätzung für seine Gefühle und sein Sosein. Der Therapeut spielt meist nicht selbst mit, sondern stiftet mit tiefer Einfühlung eine tragende, öffnende, abschließende zwischenmenschliche Beziehung. Dies ist das Grundkonzept Personzentrierter Spieltherapie.

Weiterentwicklungen

Heute erweitern emotions- und erfahrungsorientierte Methoden die traditionelle Spieltherapie. Hierbei bringt der Therapeut – ausgehend vom Erfahrungsprozess des Kindes – „erlebnisaktivierende Angebote“ ein, zum Beispiel Metaphergeschichten, Zeichnen oder Bilderbücher. Ein interaktionelles Beziehungsangebot ist eine andere Erweiterung und fordert das Kind durch das – weiterhin nicht-direktive – Mitspielen der Therapeutenperson heraus. Das Kind erlebt dann im gemeinsamen Spiel eine Beziehung in nicht gekannter Qualität; Beziehungs-Schemata und damit Selbst-Schemata modifizieren sich. Dieses interaktionelle Vorgehen gründet auf Konzepten der Bindungstheorie und der Säuglingsforschung und greift das Schema-Konzept nach Piaget auf. Zusätzlich ergänzen störungsspezifische Behandlungsmethoden die Spieltherapie. Für Jugendliche wurden speziell abgestimmte Therapieformen mit kombinierten Elementen der Spiel- und Gesprächspsychotherapie entwickelt.

Elternberatung und Familientherapie

Hier stehen Ziele und Methoden im Vordergrund, die insbesondere zur Beziehungsklärung zwischen den Familienmitgliedern geeignet sind. Sie helfen, die Perspektive

des anderen einnehmen zu können, neue authentische, wertschätzende und einfühlsame Interaktionsformen zu lernen und Problemlösungen realistisch mit Verständnis für Gefühle und Verletzbarkeiten anderer zu entwerfen. Die Gestaltung der Beziehungen innerhalb der Familie und die gemeinsame Entwicklung hilfreicher Maßnahmen sind die großen Stärken des personenzentrierten Vorgehens.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist mit den Forschungsmethoden und Denkweisen der empirischen Psychologie durch stringente Zielformulierungen, differentielle Diagnostik, Operationalisierungen des Therapeuten- und des Klientenverhaltens sowie Prozess- und Outcome-Evaluation wissenschaftlich nachgewiesen worden. In großen Metaanalysen konnten wiederholt die beachtlichen Therapieeffekte vor allem der personenzentrierten neben den behavioralen Methoden nachgewiesen werden.

Professionalisierung

Die Personenzentrierte Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien gehört in Deutschland zu den am weitesten verbreiteten Ansätzen in der Psychotherapie und Heilpädagogik. In Heimen, Beratungsstellen, Kliniken und freien Praxen wird das Verfahren ebenso nachgefragt wie in der Sonderpädagogik, Ergotherapie, Familienhilfe und in Schulen.

■ Suchttherapie

Die Anwendung der Gesprächspsychotherapie bietet auch in der stationären und ambulanten Arbeit mit Abhängigkeitskranken eine bewährte, wissenschaftlich fundierte und empirisch überprüfte Handlungsgrundlage.

In ihrer Definition der Sucht und Abhängigkeit orientiert sich die klientenzentrierte Krankheitstheorie an den Definitionen der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen, ICD-10 und des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen, DSM-IV. Sie berücksichtigt ferner die aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse der Ätiologie, Pathogenese, Therapie und Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Damit wird auf der Basis eines psycho-sozial-biologischen Krankheitsmodells die gesprächspsychotherapeutisch orientierte Behandlung Abhängigkeitskranker realisiert.

Aus Sicht der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitstheorie kann der Konsum psychotroper Substanzen als Versuch gesehen werden, das Erleben von Inkongruenzen, d. h. von innerseelischen Widersprüchen und Konflikten, zu mildern oder zu verleugnen. Unter der Wirkung von Alkohol, Medikamenten oder Rauschdrogen, aber auch durch Manipulation der Ernährung oder durch Glücksspiele sowie mittels exzessiven Spielens am PC, gelingt es, die Wahrnehmung wenig geschätzter Aspekte der eigenen Person zu überdecken. Inkongruenzen werden dann als bedrohlich erlebt, wenn die Wirkung der Substanz bzw. des süchtigen Verhaltens nachlässt. Durch den Substanzgebrauch bzw. das süchtige Verhalten selbst entstehen jedoch neue Inkongruenzen. Deren Erleben wird dann durch den weiteren Konsum bzw. fortgesetztes süchtiges Verhalten verhindert. Es ist ein ständiger Versuch, scheinbare Kongruenz durch Dämpfen oder Vermeiden von Inkongruenzerleben zu erreichen – eine „Pseudo-Bewältigung“ im Sinne eines Teufelskreises, der in die Abhängigkeit führt und als Abhängigkeitssyndrom zu diagnostizieren ist.

Was geschieht in einer Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen?

Der/die gesprächspsychotherapeutisch orientierte Therapeut/in versucht Ansätze von Inkongruenzerleben zu erkennen, unterstützt den Klienten, diese bewusst wahrzunehmen – z. B. mit Hilfe motivierender Gesprächsführung (Miller und Rollnick), Ambivalenzen aufzulösen und die Motivation zur Abstinenz zu stärken.

Gesprächspsychotherapeuten vertiefen mit ihren Interventionen das Selbstverstehen der Klienten und Patienten. Sie aktivieren deren Ressourcen und Selbststeuerung. In diesem Prozess werden die Klienten bzw. Patienten zur Selbstexploration angeleitet, können ihre Einschränkungen und Grenzen erkennen, aber auch ihre Möglichkeiten und Potenziale erweitern. Durch die therapeutische Beziehung und durch differenziertere Interventionen können sich allmählich das Selbstverstehen und die Selbststeuerung verändern und verbessern. Die Erfahrung von Offenheit, Wertschätzung und Empathie in der Beziehung zum Therapeuten sind notwendige Bedingungen für heilsame Veränderungen im Erleben der Abhängigkeitskranken. Sie erreichen auf diese Weise neben der Abstinenz auch eine verbesserte Kongruenz, d. h. Übereinstimmung in ihrem Selbsterleben, und eine Verringerung seelischer Störungen und Symptome.

■ Der Personzentrierte Ansatz in der Beratung

Beratung erstreckt sich im Gegensatz zu Therapie oft nur auf kurze Zeit, ist stärker an eine bestimmte Thematik gebunden, hat oftmals mehrere Auftraggeber mit unterschiedlichen Zielsetzungen und ist häufig in institutionelle Rahmenkonzeptionen eingebunden, die Beratenden auch inhaltliche Vorgaben machen. Ihr Ziel ist es, Ratsuchende bei Veränderungen ihrer konkreten Lebenssituation oder bei konkreten Problembewältigungen zu unterstützen. Personzentrierte Beratung befasst sich auf der theoriegeleiteten, personzentrierten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und häufig komplexen Problem- und Konfliktsituationen – in Bereichen wie

- Erziehung und Bildung
- Sozial- und Gemeinwesen
- Arbeit und Beruf
- Gesundheit
- Pflege und Rehabilitation
- Ökonomie
- Politik
- Recht

Zu Beginn der Beratung steht in aller Regel eine Zielvereinbarung zwischen Berater/in und Klient/in. Probleme und Konflikte werden dialogisch bearbeitet. Beratungsprozesse werden als Kooperationsverhältnisse gesehen. Das Ziel einer personzentriert ausgerichteten Beratung ist in der Regel erreicht, wenn die Beratenen Entscheidungen und Problembewältigungswege gefunden haben, die sie bewusst und eigenverantwortlich in ihren Bezügen umsetzen können. Hierzu gehört auch, dass Selbsthilfepotenziale und soziale Ressourcen erschlossen werden.

Personenzentrierte Beratung ist als soziale Dienstleistung ressourcenorientiert und gesundheitsfördernd; sie kann präventiv, kurativ oder rehabilitativ sein. Sie findet in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichen Einrichtungen und Unternehmen statt, in speziellen Beratungsinstitutionen (öffentliche oder freie Trägerschaft) oder in selbstständigen Praxen bzw. multiprofessionellen Praxengemeinschaften – einzeln oder in Teams.

Personenzentrierte Beratung berücksichtigt die unterschiedlichen Sozialgesetze, vor allem im Kinderjugendhilfegesetz (KJHG) und Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Personenzentrierte Beratung ist subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen. Sie ist eingebettet in institutionelle, rechtliche, ökonomische und berufsethische Rahmenbedingungen. Sie erfolgt auf der Grundlage eines rechtlich geschützten Vertrauensverhältnisses (Schutz des Privatgeheimnisses und Datenschutz). Personenzentrierte Beratende sind verpflichtet, mit Abhängigkeiten, die in der Beratungsbeziehung entstehen, transparent und sorgsam umzugehen. Die fortlaufende fachliche Reflexion der Beziehungen, Verhaltensweisen und Interaktionen aller am Beratungsprozess Beteiligten sind wesentlicher Bestandteil der Beratung.

Berater mit zertifizierter personenzentrierter Qualifikation haben langjährige und umfangreiche Weiterbildungen absolviert. Sie greifen in Beratungssituationen auf das vielfältige Spektrum personenzentrierter Methoden und Erkenntnisse zurück und arbeiten auf der Basis der personenzentrierten Grundeinstellungen.

■ Supervision

Supervision, als Beratungsformat zur Bearbeitung beruflicher Themen, ist heute in vielen beruflichen Feldern gefragt und gilt in zahlreichen Arbeitsfeldern als fester Bestandteil der Personalentwicklung und der Qualitäts-

sicherung. Ursprünglich aus der Sozialarbeit kommend, hat Supervision sich schnell im gesamten Sozialbereich etabliert, in den letzten Jahrzehnten Grenzen überschritten und Eingang gefunden in nahezu alle Felder der Arbeitswelt, wie z. B. Verwaltung, Bildung, Gesundheitswesen, Wirtschaft und Industrie. Supervision hat sich damit in der gesamten Arbeitswelt als ein bedeutungsvolles Beratungsinstrument etabliert.

Je nach Setting wird differenziert zwischen Einzel-, Gruppen- und Teamsupervision. Der Begriff Coaching wird häufig synonym mit Supervision verwandt, manchmal mit stärker trainierender als reflektierender Ausrichtung. Die Reflexionsebenen und damit die Themenfelder in Supervision und Coaching sind

- das eigene berufliche Handeln, die eigene berufliche Rolle und der Umgang mit sich selbst im Beruf
- die Zusammenarbeit mit Kollegen (eventuell als Teamsupervision), Mitarbeitern (eventuell als Coaching) und Vorgesetzten
- die Arbeit mit den Klienten und Kunden (eventuell als Fallsupervision)

Die möglichen und erwünschten Effekte von Supervision und Coaching sind anlass- und anliegenbezogen sowie breit gefächert. Die Supervisanden sollen sich entlasten können, Hilfe bei der Selbstklärung in beruflichen Fragestellungen erhalten, in ihrer Problemlösekompetenz gefördert werden, generell ihre Kooperations- und Konfliktfähigkeit im Beruf entwickeln können sowie Hilfe bei Konfliktklärungen erhalten. Berufliche Prozesse und die Arbeit mit dem Klienten- und Kundensystem werden reflektiert und verbessert. Als Ergebnis der Reflexion werden gangbare Vorgehensweisen und Strategien zur Bewältigung der eingebrachten und vielleicht schwierigen beruflichen Situation entwickelt.

Personzentrierte Supervision und Personzentriertes Coaching machen das persönliche Erleben und das Anliegen der Supervisanden und Coachees zum Ausgangs- und Mittelpunkt des Supervisions- und Coachingprozesses. Durch die echte, wertschätzende und empathische Grundhaltung mit der der/die Supervisor/in mit den Supervisanden zu ihren Themen in Beziehung tritt, entsteht ein Klima, in dem diese auch schwierige Reflexions-, Klärungs- und Veränderungsschritte gehen können. Personzentrierte Supervision und Personzentriertes Coaching unterstützt also das persönliche Wachstum des Einzelnen bzw. der Gruppe oder des Teams entlang beruflicher Themen. Personzentrierte Supervision und Personzentriertes Coaching fördern die Kongruenz der Person im Beruf und klären die Möglichkeiten beruflichen Handelns in den institutionellen Strukturen in Übereinstimmung mit dem beruflichen Auftrag und der eigenen Berufsrolle. Problemlösungen entstehen dabei in den Supervisanden als ein Gefühl der Lösung oder Gelöstheit. Das bedeutet ein Erleben von Stimmigkeit, also Kongruenz, zwischen dem eigenen Erleben, dem eigenen Selbstkonzept, der beruflichen Aufgabe und der eigenen Berufsrolle. Dieses Stimmigkeitsgefühl führt die Supervisanden auch an ihre Potenziale zur Entwicklung angemessener Lösungen auf der Handlungsebene.

Der Personzentrierte Ansatz in Supervision und Coaching ist also besonders entwicklungs- und ressourcenorientiert und wird gleichzeitig dem stark verbreiteten und berechtigten Wunsch nach Lösungsorientierung in hohem Maße gerecht.

■ Personal-, Team- und Organisationsentwicklung sowie Coaching in Unternehmen

Organisationen sind komplexe soziale Systeme mit vielseitigen Beziehungen: Wesentliche innere Strukturen eines Unternehmens stellen – von Menschen geschaffene – Kommunikations- und Entscheidungswege, Arbeitsabläufe,

Gesetzmäßigkeiten, Werte, Geschichten und (Führungs-) Kulturen dar, die in enger Wechselwirkung nach außen zu einer dynamischen Umwelt stehen.

Das Spezifische einer personzentrierten Organisations-, Personal-, Team- und Führungsberatung ist, dass ein angstfreies Arbeitsklima ermöglicht wird. Dieses Arbeitsklima ist Voraussetzung für konstruktive, effektive, abteilungsübergreifende, kundenorientierte und konfliktfreundige Zusammenarbeit. Es hat sich gezeigt, dass „Personzentriertes Miteinander“ zu besseren Arbeitsergebnissen führt und die Motivation aller Beteiligten erhöht.

Der Personzentrierte Ansatz wird daher zunehmend sowohl im Personalmanagement von Unternehmen als auch von Führungskräften aus den verschiedensten Branchen (Industrie, Dienstleistung, Touristik, Handwerk, Medien, Verwaltung u. a.) und von Organisationsberatern in der Aus- und Weiterbildung in Anspruch genommen.

Menschen, die Verhandlungen führen müssen, Teams leiten und organisieren, Berater/innen, die Organisationen bei Veränderungsprozessen begleiten, können diesen Ansatz nutzen. Berufsgruppen, deren Produkt oder Leistung letztlich immer eine Leistung von einzelnen Menschen oder von Gruppen ist, profitieren vom Personzentrierten Ansatz.

Der Personzentrierte Ansatz ist gestaltpsychologisch und feldtheoretisch konzipiert, d. h. – in moderner Sprache ausgedrückt – ist Personzentrierte Personal- und Organisationsentwicklung eine systemische Konzeption, die die Entwicklung einer Person in ihrer Wechselwirkung mit sozialen und strukturellen Arbeits- und Organisationsbedingungen zielgerichtet fördert. In Abgrenzung und Ergänzung zur struktur- und betriebswirtschaftlich orientierten Fachberatung steht die organisationspsychologische Beratung im Mittelpunkt der personorientierten Beratung. Sie fokussiert



auf die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Zusammenarbeit innerhalb einer Organisation. So kann eine personenzentrierte Organisationsberatung sowohl einen Konsens zwischen Management und Belegschaft ausloten als auch den nachhaltigen Unternehmenserfolg sichern.

■ Personenzentrierte Schule

Der Mensch im Mittelpunkt der (Schul)-Welt

Der Personenzentrierte Ansatz ist in der modernen Schul- und Unterrichtsentwicklung in höchstem Maße aktuell. Unterrichts- und Schulentwicklungsforschung, neurowissenschaftliche Erkenntnisse zum Lernen, internationale Studien u. v. m. belegen, dass personenzentrierte Haltungen und Kommunikation tragende Elemente einer „guten Schule“ sind. Mit Carl Rogers Studien zur Unterrichtspraxis liegen empirische Ergebnisse vor, die zeigen, dass durch personenzentrierte Haltungen ein hohes Maß an menschlichen Qualitäten und an Lernergebnissen in unseren Schulen realisiert werden können. Aktuell belegen zusätzlich neurobiologische Forschungen die Bedeutung zuverlässiger, persönlicher Bindungen und sozialer Akzeptanz für gute Lernprozesse. Angst, Stress und Leistungsdruck hingegen erweisen sich als Bildungskiller.

Um den Personenzentrierten Ansatz in Schulen zu verwirklichen, ist es notwendig, dass die menschlichen Beziehungsqualitäten selbst in die Unterrichtspraxis und in die Struktur des Schulsystems sowie in die Praxis der Lehreraus- und Fortbildung eingeführt werden.

Merkmale einer Personenzentrierten Schule

Wichtige Qualitätsmerkmale einer Personenzentrierten Schule sind u. a.: lernförderliches Schul- und Unterrichtsklima, individuelle Förderung, der Einsatz von offenen und explorativen Unterrichtsformen, sinnstiftendes Kommunizieren. Personenzentriertes Handeln beeinflusst den Unterricht und

die Kommunikations- und Kooperationskultur bis in die organisatorischen Strukturen hinein. Eine Balance zwischen fachlichem Fördern, individuellem Unterstützen, Gewähren von Freiräumen und konsequentem Einhalten der vereinbarten Strukturen und Regeln gehört zu den Merkmalen Personenzentrierter Schulen. Der Personenzentrierte Ansatz bietet hierfür notwendige Wert- und Handlungskonzepte, an denen sie sich alle Beteiligten und ihr Tun orientieren können.

In Personenzentrierten Schulen entwickelt sich eine pädagogisch wirksame Schul- und Lernkultur, welche die Entfaltung von Verstand, Gefühl, Kreativität und Handlungskompetenz im Unterrichtsprozess und im Schulleben unterstützt. Im Zentrum stehen stets alle Personen, die in der Schule und im Umfeld von Schule tätig sind. Kommunikation und Kooperation werden so gestaltet, dass die Personen ihre Bedürfnisse angstfrei artikulieren und ihre individuellen Stärken entwickeln und einbringen können. Auf diese Weise sind sie am Gestaltungsprozess der Schule beteiligt.

Das Klassen- und Schulklima stellt die Basis dar, die für die Entwicklung der Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeit notwendig ist. Dabei spielen einerseits die stimmungs- und gefühlsmäßigen Wahrnehmungen aus individueller Sicht und andererseits die Lernumwelten und deren pädagogisch-didaktische Architektur eine wichtige Rolle.

In der Praxis bedeutet dies, dass alle in der Schule Tätigen wertschätzend, achtsam, offen und konstruktiv miteinander umgehen. Begegnen Lehrer ihren Schülern mit diesen Personenzentrierten Grundhaltungen, verbessern sich das seelische Befinden der Schüler, ihre Gesundheit, ihr Selbstvertrauen und ihre Leistungen. Störverhalten und Aggressivität hingegen nehmen ab. Die Orientierung an den Stärken

und Ressourcen gehören zu den wichtigsten personzentrierten Merkmalen. Eines der erwünschten Resultate ist die erhöhte Resilienz, die Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse wie Gewalt oder Mobbing.

Um Personzentrierte Kommunikation und Kooperation verwirklichen zu können, müssen Pädagogen/innen sich selber entwickeln, weiter wachsen und sich der eigenen Wirkung bewusst werden. Dieses Ziel können sie in Personzentrierten Weiterbildungen, regelmäßiger Praxis-Reflexion sowie in Supervision und Coaching von Schulleitungen und Steuergruppen verfolgen. Methoden hierzu haben Carl Rogers sowie seine Kollegen Reinhard Tausch, Thomas Gordon u. a. m. entwickelt und ihre Wirkung in vielen Studien erfolgreich belegt.

Weiterbildungen werden von qualifizierten Ausbilder/innen der GwG-Akademie mit der Steuergruppe einer Schule vorbereitet und innerschulisch oder außerhalb durchgeführt.

■ Personzentrierte Elternschule

Viele Eltern, Lehrer/innen und Erzieher/innen sind heute zutiefst verunsichert, wie sie Kinder und Jugendliche sinnvoll zu verantwortungsvollen und sozialen Erwachsenen erziehen können. Als Reaktion auf diese Unsicherheit werden heute bundesweit sehr unterschiedliche „Elternschulen“ angeboten.

Die GwG reagierte darauf mit ihrem Konzept der „Personzentrierten Elternschule – Miteinander leben“. Auf der Basis des Personzentrierten Ansatzes und Erkenntnissen aus der Erziehungsberatung hat die GwG ein personzentriertes Elternschul-Konzept entwickelt, das Institutionen wie Familienbildungsstätten, Jugendämter, Schulen usw. abrufen können.

Die Personzentrierte Elternschule ermöglicht es Eltern und Erziehenden, Antworten auf die drängendsten Erziehungsfragen zu finden. In der Elternschule geht es mehr um Beziehung als um Erziehung. Die Personzentrierte Elternschule umfasst acht thematisch strukturierte Lerneinheiten, in denen Erziehende sich damit auseinandersetzen, wie sie gute Beziehungen mit ihren Kindern erschaffen können. Die Eltern/Erzieher beschäftigen sich mit ihren Erziehungsgrundsätzen, ihren persönlichen Lösungsstrategien und Personzentrierten Alternativen. Dabei wird das dem Personzentrierten Ansatz zugrunde liegende humanistische Menschenbild vermittelt. Die Teilnehmenden erlernen beispielsweise Methoden wie „Ich-Botschaften“, „Aktives Zuhören“ oder „Familienkonferenz“. Sie erfahren, wie sie Grenzen setzen und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Kindern aufbauen können. Sie werden darin geschult, individuelle Lösungen für die Probleme in ihrer Familie/Gruppe/Klasse zu finden. Ziel ist es, die elterliche Erziehungskompetenz auf der Basis des Personzentrierten Ansatzes zu stärken.

Die GwG bildet geeignete Personen in zweitägigen Fortbildungsveranstaltungen zur Leitung der Personzentrierten Elternschule fort. Sie vergibt Lizenzen für die Durchführung Personzentrierter Elternschulen und unterstützt die Absolventen darin, Kurse bundesweit durchzuführen. Sie hat dafür geeignetes Material entwickelt, das den Lizenznehmer bereitgestellt wird.

■ Personzentrierte Hospiz- und Palliativarbeit

Der Leitgedanke der Hospizidee ist von einem humanistischen Weltbild geprägt. Es besteht darin, dem schwer kranken und sterbenden Menschen eine ganzheitliche Begleitung anzubieten, die es dem Einzelnen ermöglicht, seinen Lebensweg unter würdigen Bedingungen selbstbestimmt zu Ende gehen zu können. Als soziales Wesen in Beziehungen



und Bezügen lebend, sind die Angehörigen bzw. Freunde/innen des Sterbenden sowie sein Umfeld in dieses Begleitungskonzept mit eingeschlossen. Hospizliche Begleitung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Beziehung zwischen der sterbenden Person und ihren Begleitenden aufmerksam und achtsam gestaltet wird. Sie verwirklicht damit auch einen von Carl Rogers beschriebenen Wesenszug menschlicher Existenz, nämlich jenen, dass der Mensch in seinem Leben zutiefst auf Beziehungen ausgerichtet ist.

Die achtsame Gestaltung der Beziehung ist daher die eigentliche Qualität hospizlichen Wirkens. Sowohl im internen Umgang mit den ehrenamtlich Mitarbeitenden als auch in den Dienstleistungsbeziehungen zu den betroffenen Personen lebt der Hospizgedanke von der Fähigkeit, Beziehungen herzustellen und zu ermöglichen: Beziehungen, die die einzelnen Personen in ihrer Eigenverantwortung belassen, Selbstbestimmung gewähren und sicherstellen und hierin die Würde des Menschen bewahren.

Die GwG-Akademie bietet Beschäftigten in der Hospiz- oder Palliativarbeit eine einjährige berufsbegleitende Qualifizierung an. Die Weiterbildung befähigt sie, mit Hilfe des Personenzentrierten Ansatzes die unterschiedlichen Aufgaben ihrer Tätigkeit besser ausüben zu können. Die Weiterbildung vermittelt eine konzeptgebundene handlungsleitende Orientierung für die kommunikative Gestaltung von Beratungsgesprächen mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, für Moderation und Koordination von Einzelfallhilfeplanung („Case-Management“), für Sterbende bzw. ihre Angehörigensysteme, für ethische Fallbesprechungen, für Mitarbeitergespräche mit den ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen und viele andere Gesprächssituationen mehr.

■ Unterschiedliche Settings

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung wird, wie bereits deutlich wurde, in unterschiedlichen Settings angeboten: Als Psychotherapie oder Beratung mit Einzelnen – wie in den o. g. Beratungsfeldern dargestellt – aber auch als Psychotherapie/Beratung mit Paaren, Familien oder Gruppen. Die Besonderheiten von Paartherapie/-beratung und Gruppentherapie bzw. -beratung werden im Nachfolgenden kurz umrissen.

■ Klientenzentrierte Paartherapie und Paarberatung

Theoretische Grundlage der Klientenzentrierten Paartherapie ist die Verbindung von Rogers' Theorie der Therapie mit seiner Theorie der interpersonellen Beziehungen (Auckenthaler, 1983). Daraus ergibt sich, dass auch die klientenzentrierte Paartherapie Veränderungen im Selbstkonzept und in der Beziehung der beiden Klienten zu sich selbst, also die *Selbstentwicklung*, zum Ziel hat. Für die Paarbeziehung sind auch die Änderungen der Partner/innen in der Beziehung zu sich selbst bedeutsam. Im Fokus stehen deshalb die Auswirkungen von Inkongruenzen auf das Verhalten der Partner/innen.

Die Theorie der Klientenzentrierten Paartherapie macht keine Aussagen über die Merkmale einer „guten Beziehung“. Sie konzentriert sich stattdessen auf die *Voraussetzungen* befriedigender Partnerschaften. **Ziel** der klientenzentrierten Paartherapie ist daher nicht die „Verbesserung der Beziehung“ i. S. einer Anpassung der Beziehung an normative Beziehungsvorstellungen, sondern die Entwicklung der *Fähigkeit* zur Verbesserung der Beziehung. Indem die Klienten/innen darin unterstützt werden, einen besseren Zugang zu den eigenen Emotionen und Bedürfnissen, ihren Wünschen an die Beziehung und an den/die Partner/in zu gewinnen und sich so selbst besser zu verstehen und

zu akzeptieren, sollen sie fähig werden, sich auch wechselseitig besser zu verstehen und zu akzeptieren. Die klientenzentrierte Paartherapie gibt den Klienten die Chance, ihre eigene Beziehungsdefinition zu finden und selbst zu bestimmen, in welchen Bereichen und in welche Richtung sie ihre Beziehung ändern wollen.

Die Theorie der Klientenzentrierten Paartherapie hat in den letzten Jahre indirekt sehr viel Bestätigung bekommen: So sollen Paare jetzt auch in anderen Paartherapien zu wechselseitiger Empathie und Akzeptanz befähigt werden. Gleichzeitig haben individuelle Veränderungen der beiden Partner gegenüber Veränderungen der Beziehung an Bedeutung gewonnen. **Empirische Befunde** zur („klassischen“) klientenzentrierten Paartherapie fehlen aber. Anders sieht das für die **emotionsfokussierte Paartherapie** aus, die den Klientenzentrierten Ansatz mit der Gestalttherapie und mit systemischen Ansätzen verbindet und sich auf theoretischer Ebene vor allem auf die Bindungstheorie von Bowlby bezieht (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2004; 2008). Sie zählt zu den empirisch gut bestätigten paartherapeutischen Ansätzen.

Die Grenzen zwischen einer Klientenzentrierten Paartherapie und einer Klientenzentrierten (bzw. „personenzentrierten“) **Paarberatung** sind fließend. Das liegt einerseits am ansatzspezifischen Verständnis von Psychotherapie und Beratung, andererseits an den Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung: Da Paartherapien aus der „heilkundlichen Psychotherapie“ herausfallen, werden sie inzwischen vermutlich fast nur noch an Beratungsstellen angeboten und folgerichtig eher als Paarberatungen bezeichnet. Vorschläge zur **Abgrenzung** von Paarberatung und Paartherapie berücksichtigen vor allem Kriterien wie Dauer und Alltagsorientierung: Eine Paarberatung dauere

kürzer als eine Paartherapie. Sie sei außerdem konkreter und alltagsnäher als eine Paartherapie.

■ Klientenzentrierte Gruppentherapie

Bei den im Rahmen des klientenzentrierten Therapiekonzeptes entwickelten Gruppenkonzepten lassen sich zwei Zielsetzungen unterscheiden: Zum einen wird die Gruppentherapie zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt, zum anderen wird die Gruppe als Ort für Selbsterfahrung genutzt mit dem Ziel, Persönlichkeitsentwicklung und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen.

Während „Encountergruppen“ (Rogers, 1974) der Selbsterfahrung dienen, besteht das Ziel der Gruppentherapie in der Krankenbehandlung.

Für die Gruppentherapie gelten im Wesentlichen Grundannahmen der klientenzentrierten Einzeltherapie. Im Zentrum der therapeutischen Arbeit steht eine bestimmte Art der Beziehung, die es dem/der Patienten/in ermöglicht, in einen Prozess der Selbstauseinandersetzung und Selbstempathie einzutreten. Hierdurch werden bestehende Inkongruenzen und in der Folge Symptome reduziert bzw. aufgehoben. Aus der Sicht des Therapeuten stellt sich diese Beziehung dann ein, wenn er sich dem Erleben und den Erfahrungen des Patienten empathisch mit bedingungsfreier Beachtung und kongruent zuwenden kann. Der Patient kann dabei die Erfahrung machen, in einer ihm wichtigen Beziehung empathisch verstanden und bedingungsfrei beachtet zu werden. Der Patient/in erlebt dabei seinen Therapeuten als authentisch und echt, d. h. kongruent.

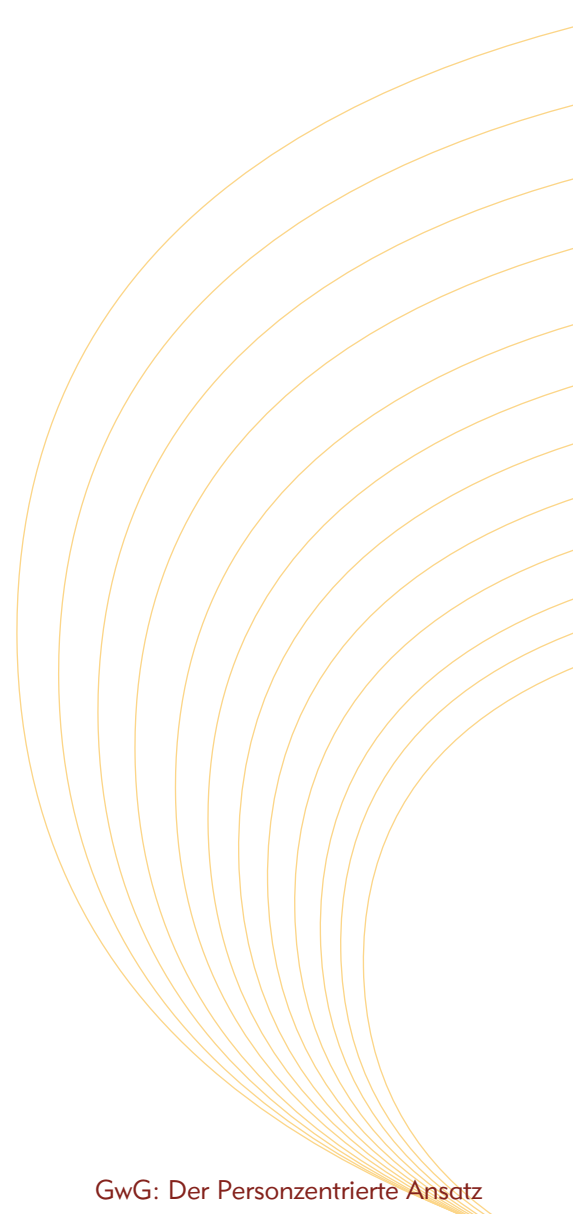
Eine solche Beziehungserfahrung ist auch in einer Gruppentherapie eine Voraussetzung für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen. Dadurch, dass die Behandlung in

einer Gruppe stattfindet, gibt es jedoch folgende Unterschiede:

1. Diese Beziehungserfahrung ist nicht mehr auf die Beziehung zum Therapeuten begrenzt, sie stellt sich durchaus auch zu anderen Gruppenmitgliedern und zur Gruppe als Ganze ein. Ein Gruppenmitglied wird eine solche Beziehungserfahrung mit einem oder mehreren Gruppenmitgliedern in der Regel aber nur dann machen, wenn sich die Gruppe als Ganze durch eine hohe Gruppenkohäsion auszeichnet.
2. Die von Gesprächspsychotherapeuten in der Einzeltherapie geforderte Zentrierung der Aufmerksamkeit auf den inneren Bezugsrahmen des Patient (mit den drei Bereichen Selbstkonzept, internalisierte Wertvorstellungen und Beziehung zum Therapeuten), erweitert sich in der Gruppentherapie um die Bereiche „Beziehung zu anderen Gruppenmitgliedern“ und „Beziehung zur Gruppe als Ganzes“.

Das Selbsterleben eines Patienten erfährt in der Gruppentherapie eine mehrfache Spiegelung – durch die Reaktion der anderen Gruppenmitglieder. Sind die Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder auf die Selbstdarstellung eines Gruppenmitglieds nicht verständnisvoll und/oder nicht akzeptierend, dann ist das zunächst ein Ausdruck des Scheiterns in dem Versuch, zu verstehen oder/und ein Ausdruck des antizipierten Scheiterns in dem Versuch, sich verständlich zu machen. Analog zur Abweichung des Therapeuten von der bedingungsfreien Anerkennung in der Einzeltherapie spiegeln die nicht akzeptierenden Reaktionen der Gruppenmitglieder in aller Regel den Teil des Erlebens dieses Gruppenmitglieds wider, welches er mit seinem Selbstkonzept nicht vereinbaren kann.

Klientenzentrierte Gruppentherapie wird sowohl stationär als auch ambulant praktiziert. Die Wirksamkeit wurde in beiden Anwendungsbereichen durch empirische Studien belegt. Sie unterscheidet sich im Mittel nicht von der Wirksamkeit einer Einzeltherapie. Dennoch gibt es Patienten, die von einer Gruppentherapie mehr profitieren als von einer Einzeltherapie und umgekehrt. Daher schließt die Klärung der Indikation zu einer Personzentrierten Therapie die Frage ein, ob Einzel- oder Gruppentherapie besser geeignet ist.



■ Bildungsangebote der GwG

Auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes von Carl R. Rogers hat die GwG berufs begleitende Fort- und Weiterbildungskonzepte für alle beraterischen und psychotherapeutischen Arbeitsfelder entwickelt.

In mehrjährigen berufsbegleitenden Kursen erlernen Seminar teilnehmer/innen die Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes. Absolvent/innen der Fort- und Weiterbildungen können durch diese Qualifizierungen die Kommunikation und die professionelle Beziehung in ihrem ganz speziellen Arbeitsbereich effektiver gestalten, Konflikte besser lösen und produktiver arbeiten.

Alle Weiterbildungen der GwG werden von Dozenten/innen durchgeführt, die von der GwG in speziellen Fortbildungsprogrammen eigens dazu qualifiziert wurden. Die Bildungsgänge unterliegen strengen Qualitätskriterien.

Die Abschlüsse nach den Richtlinien der GwG sind in zahlreichen nationalen und internationalen Einrichtungen, in Verwaltungen und in der Wirtschaft anerkannt. Die Bildungsgänge werden bundesweit – an unterschiedlichen Orten – durchgeführt.

■ Weiterbildungen

- Klientenzentrierte Psychotherapie –
Gesprächspsychotherapie
Dauer: 5 Jahre
- Personzentrierte Beratung – Grundlagen
Dauer: 2 Jahre
- Personzentrierte Beratung – Aufbau
Dauer: 2 Jahre
- Personzentrierte Psychotherapie mit
Kindern und Jugendlichen
Dauer: 5 Jahre
- Personzentrierte Beratung mit Kindern, Jugendlichen
und deren Bezugspersonen
Dauer: 3 Jahre
- Weiterbildung zum/zur Supervisor/in und Coach
Dauer: 3 Jahre
- Sozialtherapie – klientenzentriert/
gesprächspsychotherapeutisch orientiert
Dauer: 3 Jahre
(Der Kurs ist von der Deutschen Rentenversicherung
Bund anerkannt)
- Personzentrierte Beratung in der Personal- und Orga-
nisationsentwicklung
Dauer: 2 Jahre
- Personzentrierte Mediation
Dauer: 2 Jahre

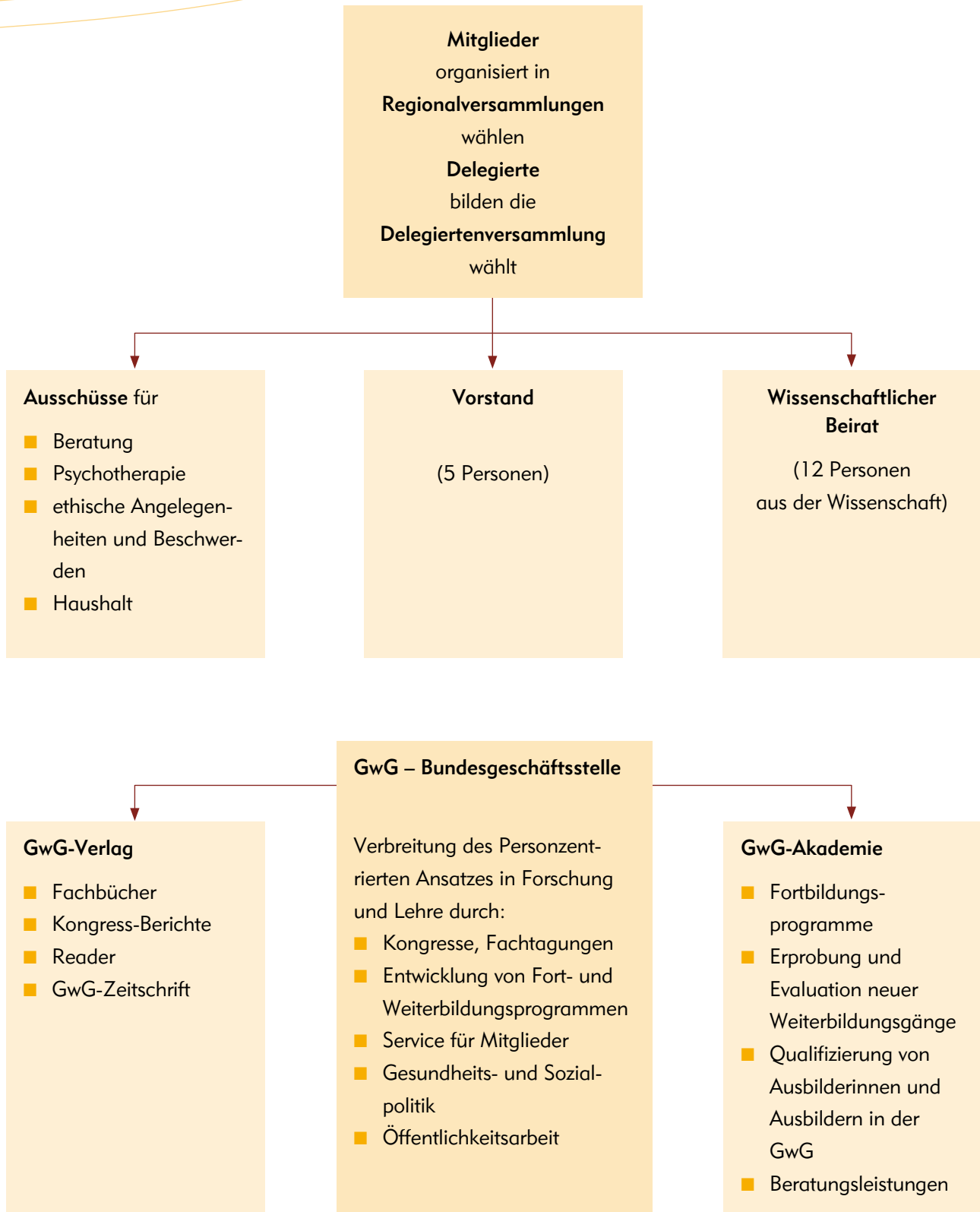
■ Weiterbildendes Studium Personzentrierte Beratung: Master of Counselling

Die GwG-Akademie führt in Kooperation mit der Evangelischen Fachhochschule in Bochum ein weiterbildendes Studium „Personzentrierte Beratung: Counsellor“ durch.

Dieser Bildungsgang entspricht bereits den zu erwartenden standardisierten europäischen Anforderungen (**Standards der European Association of Counselling – EAC**) und ermöglicht den Absolvent/innen deshalb neue berufliche Perspektiven.

Dauer: 2,5 Jahre (5 Semester)

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V.



Autor/innen

Anna Auckenthaler

Michael Barg

Michael Behr

Wolfgang Bense

Jeanette Bischof

Jochen Eckert

Thomas Fleischer

Karl-Otto Hentze

Dorothea Kunze

Ursula Reinsch

Reinhold Schmitz-Schretzmair

Herbert Schiffmann

Michael Schleichriemen



**Gesellschaft für wissenschaftliche
Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V.
Fachverband für Psychotherapie und Beratung**

Melatengürtel 125a
50825 Köln

Tel. +49 221.925908-0

Fax +49 221.251276

e-Mail: gwg@gwg-ev.org

Internet: www.gwg-ev.org