

Hutterer, R. (2005), Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie. In: H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky u.S. Wiesnagrotzky (Hrsg.). Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für einen neuen Standard. Springer: Wien, New York.

Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie (PP & KP)

ROBERT HUTTERER

Diskussions- und Entwicklungslinien

Vor ca. 30 Jahren stellte eine deutsche Gesprächspsychotherapeutin in einem Vortrag in Wien fest, dass sie für eine Psychotherapie, die sie mit ihren Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus durchführt, weder eine Diagnose erstelle noch eine brauche. Über Diagnosen, die routinemäßig bei Aufnahme einer Patientin von Ärzten erstellt werde, würde sie sich auch nicht informieren, um sich die therapeutische Offenheit für das Erleben der Patienten zu erhalten.

Diese skeptisch-vorsichtige bis ablehnende Haltung gegenüber Diagnostik war durchaus typisch für die damaligen „Rogerianer“. Sie ließ sich leicht aus der Auffassung von Rogers selbst und seinen kritischen Äußerungen gegenüber Diagnosen und Diagnostik im Zusammenhang mit der Durchführung einer Klientenzentrierten Psychotherapie erklären. Rogers setzte sich in seinem 1951 erschienenen Buch differenziert mit dem „Problem der Diagnose“ auseinander: Er geht von der Frage aus, ob eine Therapie von einer Diagnose ausgehen muss oder darauf aufbauen soll. Er setzt sich vorerst kritisch mit dem „medizinischen“ und „organischen“ Modell auseinander, die den ersten Schritt in der Erstellung einer genauen Diagnose sehen, bevor ein Behandlungsplan erstellt wird. Durch die Anziehungskraft dieser „medizinischen“ Sichtweise sei das Ideal entstanden, dass man auch im psychotherapeutischen Bereich mit derselben Genauigkeit Diagnosen erstellen könnte, die eine Beziehung zu den Ursachen herstellt und in der Folge zu eindeutigen und adäquaten Behandlungsmöglichkeiten führt. Rogers sieht dieses Ideal als ungünstig an und erläutert in der Folge den Standpunkt, dass Diagnose in diesem Sinne „für die Psychotherapie überflüssig ist und für den therapeutischen Prozess eher schädlich sein kann“ (Rogers 1995, 206). Im therapeutischen

Prozess würden Therapie und Diagnose Hand in Hand gehen: „Zumindest einige Aspekte der Therapie können bereits beginnen, bevor irgendwelche Kenntnisse über das Problem oder seine Ursachen vorliegen.“ (Rogers 1995) Und weiters: „In einem sehr bedeutungsvollen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniker.“ (Rogers 1995, 208)

Da in der Klientenzentrierten Psychotherapie das prozesshafte Erfahren des Klientenerlebens aus dem Bezugsrahmen des Klienten selbst zum Kern dieser Methode gehört, kommt Rogers zu der Auffassung, „daß eine Diagnose der psychischen Eigentümlichkeiten nicht nur unnötig, sondern in mancher Hinsicht auch nachteilig und unklug sein kann“ (Rogers 1995, 209).

Auch in seinem 1957 erschienen einflussreichen Werk „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ betont er, dass es für die Psychotherapie nicht erforderlich sei, „daß der Therapeut eine genaue psychologische Diagnose besitzt“ (Rogers 1997, 182). *Die Ablehnung der Diagnose ist bei Rogers in der Charakteristik und Logik der klientenzentrierten Methodik sachlich begründet: Als Steuerung therapeutischer Handlungen hat eine Diagnose keine Funktion.* Nur in dieser Funktion der therapeutischen Handlungssteuerung wird der Diagnose eine Bedeutung abgesprochen. Es ist keine pauschale Skepsis, denn Rogers weist auch darauf hin, dass diagnostische Instrumente in der Forschung eine wichtige Funktion haben – speziell auch bei der Erforschung der klientenzentrierten Psychotherapie (Rogers 1997).

Rogers nimmt bei der Frage, inwieweit eine Psychotherapie von einer vollständigen Diagnose ausgehen sollte bzw. inwieweit es sinnvoll und hilfreich ist, auf einer derartigen Eingangs-Diagnostik aufzubauen, aus verschiedenen sachlichen Gründen eine exponierte Stellung ein, die sich vom Mainstream der medizinisch dominierten Zugänge kritisch unterschieden hat. Allerdings dürften fast alle Begründer und Pioniere therapeutischer Methoden und „Schulen“ eine ähnlich skeptisch-ablehnende Haltung eingenommen haben (vgl. Laireiter 1999). Auch psychotherapeutisch arbeitende Mediziner haben einen „medizinischen Begriff der Diagnose“ in seiner Bedeutung für die Psychotherapie deutlich in Frage gestellt (siehe Amtsgutachten von Univ. Prof. Dr. Hans Strotzka und Univ. Doz. Dr. Raoul Schindler).

Schüler von Rogers haben diese Auffassung zur Bedeutung der Diagnostik verschiedentlich bestärkt, wie es etwa in folgender Aussage zum Ausdruck kommt: „... klientenzentrierte Psychotherapie kennt nur eine Behandlung für alle Fälle. Diese Tatsache macht Diagnose vollständig nutzlos. Wenn man keine spezifische Behandlung hat, auf die man sich bezieht, welchen möglichen Zweck könnte eine spezifische Diagnose haben?“ (Shlien 2003, 402) Eine ähnliche Aussage stammt von Seeman (2002, 399): „Psychodiagnose ist irrelevant für den inneren Prozess der klientenzentrierten Psychotherapie“. Aber: „... es mag Anlässe geben, in denen ein Bezug zur Psychodiagnose Teil unserer ethischen/professionellen Verantwortung darstellt.“

Diese Auffassung über die Bedeutung der Diagnose im Zusammenhang mit der Durchführung von klientenzentrierten Psychotherapien, wie sie von Rogers und einigen seiner nächsten Schüler geäußert wurden, war der Ausgangspunkt für eine weitere Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Die Diskussion dazu wird bis heute kontroversiell und zum Teil undifferenziert geführt. Andererseits ist jedoch festzustellen, dass in die Diskussion zur Diagnostik in der Klientenzentrierten bzw. Personenzentrierten Psychotherapie sehr viel Bewegung gekommen ist, was zu einem differenzierteren Problembewusstsein geführt hat. Die Entwicklung dieser Diskussion wurde teilweise von außen angestoßen: durch zunehmende Professionalisierung und durch gesetzliche Regelung des Berufs des Psychotherapeuten, durch Eingliederung der Klientenzentrierte Psychotherapie in das Gesundheitswesen und durch Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen. Ein wesentlicher Anstoß für eine „bewegtere“ Diskussion kam aber auch durch den Umstand, dass die klientenzentrierte Psychotherapie seit ihrer Pionierphase zwischen 1940 und 1960 in Amerika bzw. zwischen 1960 und etwa 1980 im deutschsprachigen Raum in Deutschland ein umfangreicher Erfahrungsschatz durch die Anwendung bei einer Vielfalt von diagnostisch unterscheidbaren Klientengruppen zusammen gekommen ist. Dadurch haben sich die Rahmenbedingungen für eine Diskussion um die Bedeutung der Diagnose entscheidend geändert, jedenfalls sind sie aber deutlich anders als jene Bedingungen, unter denen Rogers seine Methode entwickelt hat. An dieser Stelle sollen einige dieser Entwicklungslinien, Positionen und Argumentationsfiguren im Zusammenhang mit dem Problem der Diagnostik im klientenzentrierten Ansatz nachgezeichnet werden.

Die Berücksichtigung des inneren Bezugsrahmens von Klienten

Um dieses methodische Prinzip konzentriert sich eine Reihe von Kontroversen im Zusammenhang mit der Diagnostik. In der klientenzentrierten Psychotherapie spielt die Subjektivität von Klienten durch den empathischen Nachvollzug des subjektiven Erlebens des Klienten eine wichtige Rolle. Die Zuwendung zum Klienten aus der Perspektive eines „inneren Bezugsrahmens“ wird dabei der Betrachtung von einem „äußeren Bezugsrahmen“ gegenübergestellt. Jede Bewertung und Kategorisierung von einem äußeren, „fremden“ Standpunkt verletzt oder irritiert die Subjektivität des Klienten, macht ihn/sie zum Objekt. Diagnosen und diagnostische Informationen oder Urteile werden dabei gerade als Musterbeispiele für Elemente aus einem äußeren Bezugsrahmen betrachtet. Das Fernhalten jeglicher Irritation der Selbstexploration des Klienten aus einem äußeren Bezugsrahmen ist ein wichtiger Teil der therapeutischen Strategie. Vor allem gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie weit dieses Prinzip reicht und anwendbar ist. Bezogen auf die Ebene des therapeu-

tischen Handelns führt es zu einer Diskussion darüber, ob und inwieweit Diagnose und Empathie vereinbar sind, da diagnostisches Einordnen eine andere Bewusstseinshaltung und Einstellung des Therapeuten verlangt als empathische Zuwendung. Manche Praktiker vermeiden es daher, für einen und demselben Klienten Diagnosen zu erstellen und gleichzeitig therapeutisch tätig zu sein. Andere lösen das Problem mit einem bewussten Perspektivenwechsel und gehen auf Seiten des Klienten von einer zumutbaren Umstellungsanforderung aus, die die therapeutische Beziehung nicht permanent behindert. Eine extreme Argumentation vermutet eine Irritation der Subjektivität von Klienten bei jeglicher Form von Diagnostizieren, Einordnen, Einschätzung und Kategorisieren, auch wenn es nur zum Zwecke der Forschung geschieht. Eine derartig extreme Argumentation kann dogmatische und ideologische Züge kaum verbergen. Oft ist damit auch eine Art Befangenheit gegenüber Diagnosen verbunden, eine „Berührungsangst“ zum Schutze der Integrität des Klienten und zum Schutze der eigenen Empathiefähigkeit (wie sie etwa in dem anfänglichen Beispiel der deutschen Gesprächspsychotherapeutin anklingt). Das dogmatische an dieser Haltung kommt zum Vorschein, wenn die ablehnende Haltung gegenüber Diagnosen auch auf Prozesseinschätzungen, Beziehungsevaluationen und jegliche Formen distanzierter Reflektierens undifferenziert ausgedehnt wird (was – streng genommen – auch jede Supervision verbieten müsste). Wie diese Diskussion auch immer geführt wird – erfahrungsnah oder dogmatisch beschränkt – die Warnung, die immer mitschwingt, kann man folgendermaßen zusammenfassen: Diagnosen und Diagnostizieren gehen mit einer Qualitätsminderung der therapeutischen Beziehung einher bzw. mit einer Beschränkung des therapeutischen Potentials.

Diagnostische Instrumente für Forschung und Evaluation

Ungeachtet der oben erläuterten, teilweise dogmatisch geführten Diskussion über das Verhältnis von Diagnostik und Berücksichtigung des inneren Bezugsrahmens des Klienten wurden eine Reihe von Instrumenten für Forschung und Evaluation der Klientenzentrierten Psychotherapie entwickelt. Da die Klientenzentrierte Psychotherapie aus der empirischen Erforschung von realen Therapiesituationen entwickelt wurde, war eine diagnostische Problemstellung von Anfang an ein Teil dieser Therapieform. Sowohl zum Zwecke der Prozessforschung, als auch für die Wirksamkeits- und Effektivitätsforschung wurden Kategorien und Konstrukte entwickelt, die über diagnostische Instrumente operationalisiert werden mussten. Es ist bemerkenswert, dass viele dieser Instrumente unmittelbar in der Theorie der Klientenzentrierten Therapie verankert sind. Dadurch konnten therapie- und fachspezifische Erhebungsverfahren entwickelt werden. Einige dieser Verfahren sollen hier beispielhaft genannt werden wie das Regensburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (Speie-

rer 1997, Speierer 2002, Speierer et. al 1999), die Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker 2004) oder Instrumente zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (Tscheulin 2001). Diese Verfahren gehen von zentralen Konstrukten der klientenzentrierten Persönlichkeits- und Therapietheorie aus. Das bedeutet, dass theorienahe und methodenspezifische Instrumente vorliegen, die eine Unterstützung bei der Indikationsstellung und Erfolgsdiagnostik darstellen können.

Unterscheidbare Formen und Funktionen der Diagnostik

Ein weiterer Faktor, der die Rahmenbedingungen für die Diskussion um die Bedeutung der Diagnostik für die Psychotherapie verändert hat, ist von außen an die Psychotherapie herangetragen worden. Genauer: Je mehr die Psychotherapie einen Prozess der Professionalisierung erfahren hat und den Weg der Integration in das Gesundheitswesen gesucht hat, umso deutlicher waren die Anforderungen, die von der Gesellschaft an die Psychotherapie herangetragen wurden. Vor allem im Zusammenhang mit Kostenübernahme der Psychotherapie durch Krankenkassen (Sozialversicherung) war es kaum möglich Gegenforderungen (etwa nach Diagnosestellung, Dokumentation etc.) abzuwehren. Psychotherapeutische Richtungen, die bislang das Problem der Diagnostik rein methodenspezifisch bzw. „eigenwillig“ abgehandelt haben, mussten die Fragestellung in einem neuen und weiteren Kontext diskutieren. Das Ergebnis dieser Auseinandersetzung war, dass auch die Klientenzentrierte Psychotherapie deutlicher verschiedene Formen der Diagnostik in der weiteren Diskussion unterschieden hat (Eingangs- und Statusdiagnostik, Verlaufs- und Prozessdiagnostik, Veränderungsdiagnostik und evaluative Diagnostik etc.; vgl. dazu auch Sommer & Sauer 2001). Weiters wurden in der Folge auch verschiedene Funktionen der Diagnostik zur Kenntnis genommen (Variablenerhebung für die Forschung, Unterstützung für die Indikationsstellung, Sprachregelung für kollegialen Austausch, Prozessdokumentation, Evaluation etc.)

Vielfalt der Klientel und differentielle Fragestellung

Ein weiterer Faktor hat mit der Verbreitung und inneren Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie zu tun. Carl Rogers hat die klientenzentrierte Therapie (damals nicht-direktive Beratung) auf der Basis von Erfahrungen mit einer spezifischen Klientel gemeinsam mit seinen Studenten und Mitarbeitern entwickelt. Sie haben mit einer relativ homogenen Gruppe von Klienten gearbeitet (neurotische Erwachsene, College-Studenten). Im klinischen Bereich kam es im weiteren Verlauf zu Anwendungen bei verschiedenen Klientengruppen (Schizophrenie, Süchten, Persönlichkeitsstörungen etc.) bzw. auch bei neu

identifizierten Störungen. Es sind in diesem Kontext umfangreiche und neue Erfahrungen mit vielfältigen Klientengruppen gebildet worden – Erfahrungen, die die zentrale Grundlage für die weitere Entwicklung des klientenzentrierten Ansatzes, für theoretische Einsichten und Konzeptbildungen sowie für methodische Strategien darstellen. Allein für die Kommunikation und den kollegialen Austausch dieser vielfältigen Erfahrungen musste man auf eine diagnostische Sprache zurückgreifen. Darüber hinaus ist dadurch verstärkt eine differentielle Fragestellung in den Vordergrund gerückt, in der die Bedeutung der Diagnostik neu beleuchtet wird

Diese Entwicklungen und Diskussionslinien sind die Rahmenbedingungen für die weitere Auseinandersetzung mit Diagnose und Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Aus der Wechselwirkung dieser Faktoren ergibt sich eine Reihe von weiteren Fragestellungen. So ergibt sich aus der Notwendigkeit der diagnostischen Abklärung zu Dokumentationszwecke, die von außen herangetragen wurde, ein neues Diskussionsmotiv für die Interpretation der methodischen Bedeutung des inneren Bezugsrahmens des Klienten. Weiters sind dokumentierte Erfahrungen für kooperative Formen der Diagnostik in der Therapie erforderlich. Die Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bietet einen günstigen Rahmen für die weitere Erfahrungsbildung und Diskussion

Literatur

- Behr M, Becker M (2004) SEE-Skalen zum Erleben von Emotionen. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Laireiter A-R (1999) Diagnostik in der Psychotherapie. Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In: Laireiter A-R (Hrsg) Diagnostik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York
- Rogers C R (1995) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. (Original 1951: Client-Centered Therapy.) Fischer, Frankfurt/M
- Rogers C R (1997) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung (Original 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change). Psychotherapie Forum 5 (3): 177–185
- Seeman J (2002) Symposium on psychodiagnosis: (ii) A reaction to ‚Psychodiagnosis: a person-centered perspective‘. In: Cain D J (ed) Classics in the Person-Centered Approach. Ross-on-Wye, PCCS Books, UK
- Shlien J (2002) Symposium on psychodiagnosis: (iii) Boy’s person-centered perspective on psychodiagnosis: A response. In: Cain D J (ed) Classics in the Person-Centered Approach. Ross-on-Wye, PCCS Books, UK
- Speierer G-W (1997) Das Regensburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI). Erste Ergebnisse. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 28 (1): 13–21
- Speierer G-W (2002) Das differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In: Keil W, Stumm G (Hrsg) Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien New York
- Speierer G-W, Helgert N, Rösner S (1999) Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI) (Internet)

- Sommer K, Sauer J (2001) Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Frenzel P et al (Hrsg) Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Konzepte, Kontexte, Konkretisierungen. Facultas, Wien
- Tscheulin Dieter (2001) Würzburger Leitfaden (WLF) zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle personenzentrierter Beratung und Psychotherapie. GwG-Verlag, Köln