

Therapietheorie der Klientenzentrierten Psychotherapie

Wolfgang W. Keil¹

In diesem Artikel wird die klientenzentrierte Therapietheorie im engeren Sinn dargestellt. Die Basis dafür bildet Rogers' Hypothese von den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie mit den darin enthaltenen therapeutischen Grundhaltungen, welche als Seinsweise (way of being with persons) und nicht als konkrete Handlungsbeschreibungen (Techniken) zu verstehen sind. Gendlins Experiencing-Konzept, das den therapeutischen Veränderungsprozeß detailliert darstellt, wird als Ergänzung dazu gesehen. Die Weiterentwicklung des klientenzentrierten Therapiekonzepts wird in Form von drei Grundorientierungen des therapeutischen Vorgehens zusammengefaßt. Diese unterscheiden sich darin, ob die Grundhaltungen ausschließlich und ohne jede diagnostische Absicht oder aber gerade im Sinn eines therapeutischen Eingehens auf unterschiedliches, d. h. kongruentes / inkongruentes bzw. strukturgebundes / implizit wirksames Klientenerleben verwirklicht werden sollen. Abschließend wird erörtert, in welcher Hinsicht die Grundhaltungen als wesentliche Wirkfaktoren der Klientenzentrierten Therapie gelten können.

1. ROGERS' THERAPIEKONZEPT

1.1 DIE GRUNDHYPOTHESE

Rogers hat sein Konzept wiederholt in Form einer zusammenfassenden Grundhypothese formuliert. In der letzten Fassung lautet diese: "Der oder die Einzelne besitzt in sich selbst unermessliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzepts, der Einstellungen und des selbst bestimmten Verhaltens — und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann." (Rogers 1986/1991, 239). Es war Rogers äußerst wichtig, dieses "Klima förderlicher psychologischer Haltungen" möglichst genau und umfassend zu beschreiben sowie empirisch-wissenschaftlich nachweisbar zu machen. Er hat daher sein Therapiekonzept prägnant in Form der mittlerweile klassisch gewordenen "notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie" formuliert (1957/1991; 1959/1987). Diese Hypothesen hatten eine ungeheuer große Wirkung auch über den klientenzentrierten Bereich hinaus. Sie stimulierten vor allem die Psychotherapieforschung, beeinflussten aber auch wesentlich das Verständnis von Psychotherapie überhaupt.

1.2 DIE NOTWENDIGEN UND HINREICHENDEN BEDINGUNGEN FÜR PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG DURCH PSYCHOTHERAPIE

Es ist zu beachten, dass Rogers die Veränderungsbedingungen nicht bloß für die Klientenzentrierte Therapie allein, sondern für Psychotherapie generell postuliert. Da dieses Konzept mit seiner radikalen Betonung des subjektiven Erlebens jedoch von keiner bestehenden Therapieschule genügend integriert wurde, hat sich zwangsläufig eine eigenständige klientenzentrierte Therapierichtung entwickelt. Die Bedingungen für therapeutische Veränderung sind daher unbeschadet ihres allgemeinen Gültigkeitsanspruchs auch als Kernstück der klientenzentrierten Therapietheorie zu verstehen.

1.2.1 Zwei Personen haben wirklichen psychologischen Kontakt miteinander.

Psychologischer Kontakt bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die beteiligten Personen einander

¹ Die Kapitel 1 und 2 beruhen auf meinem Artikel über die klientenzentrierte Therapietheorie in Frenzel, Keil, Schmid & Stölzl (2001).

emotional berühren: "Each makes some perceived difference in the experiential field of the other" (Rogers 1957, 96). Rogers hat nicht sehr viel weiter ausgearbeitet, was genau hier mit psychologischem Kontakt gemeint ist.² Er hat jedoch immer klar gestellt, dass es sich dabei um Kontakt in Form einer intensiv erlebten Beziehung handelt. "Ich stelle die Hypothese auf, daß eine positive Persönlichkeitsveränderung von Bedeutung nur in einer Beziehung zustande kommt." (Rogers 1957/1991, 169).

1.2.2 Eine Person (Klient) ist im Zustand der Inkongruenz, d. h. mit einem Erleben beschäftigt, das nicht zu ihrem Selbstbild passt, und daher generell in Spannung oder in Angst.

"Rogers nimmt an, dass jeder Mensch eine Selbstrepräsentanz hat, ein Abbild vom eigenen Erleben, in die nicht jede Erfahrung [...] integriert wird; er nennt einen Zustand, in dem die Integration einer Erfahrung in das Selbstbild nicht gelingt, einen Zustand von Inkongruenz." (Biermann–Ratjen, Eckert & Schwartz 2003, 13). Dieser Zustand kann bewusst (generelle Angst) oder unbewusst (generelle Spannung) sein; wesentlich ist, dass der Klient mit einem derartigen Erleben befasst ist. Nur wenn der Klient einen wenigstens ahnungsweisen Zugang zu seiner Inkongruenz hat, ist Psychotherapie indiziert.

1.2.3 Die andere Person (Therapeutin)³ ist mit sich selbst kongruent (d. h. mindestens im Bereich der Beziehung zum Klienten offen für das wirkliche eigene Erleben).

Für Rogers ist die Kongruenz der Therapeutin die entscheidendste Bedingung. Die Therapeutin soll "in diesem besonderen Augenblick der unmittelbaren Beziehung" mit diesem spezifischen Klienten "ganz und gar sie selbst sein", "ohne Täuschung und Fassade sein", sich ihrer gegenwärtigen organismischen Erfahrungen exakt gewahr werden und sie in ihr Selbst integrieren können. Zu beachten ist dabei, dass Kongruenz nicht für das gesamte Erleben der Therapeutin, sondern nur für den Bereich der jeweiligen Beziehung gefordert wird.

Kongruenz meint primär das Offensein gegenüber dem eigenen organismischen Erleben. Gegenüber dieser "Innenseite" der Kongruenz wird von Lietaer (1992) deren "Transparenz" nach außen unterschieden. Dabei ist vor allem an die persönliche "Fassbarkeit" und authentische Ausdrucksform der Therapeutin und weniger an völlig persönliche Mitteilungen von ihrer Seite zu denken. Solche "Selbsteinbringungen" sind nur dann angebracht, wenn sie den Erlebensprozess des Klienten fördern.

Inkongruenz bedeutet, eigenes (organismisches) Erleben nicht akzeptieren und empathisch verstehen zu können. Was man nun bei sich selbst nicht akzeptieren und verstehen kann, kann man auch nicht bei anderen. Die Therapeutin kann also den Klienten nicht weiter bringen, als sie mit sich selbst kongruent ist. Biermann-Ratjen et al. (2003) weisen aber auch darauf hin, dass Kongruenz nicht als ausschließliche "Input-Variable" zu verstehen ist. Zwar muss von Anfang an ein genügendes Maß an Offenheit gegenüber den eigenen Impulsen gegeben sein, andererseits genügt es aber, wenn die Therapeutin sich immer von neuem persönlich einlassen bzw. eigene Unstimmigkeiten durch Reflexion und Supervision wahrnehmen und überwinden kann.

1.2.4 Die Therapeutin erlebt unbedingte Wertschätzung für das gesamte Erleben des Klienten.

Es geht bei der bedingungslosen Wertschätzung nicht um ein Akzeptieren des Verhaltens und Handelns; sie richtet sich vielmehr primär auf das Erleben des Klienten. Auch sind damit weder "Laisser-faire"-Haltungen, noch Gutheißen und Zustimmung im Sinne einer Beurteilung gemeint. Das Wertschätzen des Klienten hat die Funktion, dessen Offenheit zu sich selbst, seinen inneren Erlebensstrom in Gang zu bringen. (Dazu Rogers, 1961/1973, 33: "Wenn ich mich, so wie ich bin, akzeptiere, dann ändere ich mich.").

Rogers betont, dass Wertschätzung immer in einem funktionalen Zusammenhang mit empathischem

² Prouty (Prouty, Pörtner & van Werde 1998) hat die Phänomenologie und therapeutische Praxis von Kontaktnahme anhand der tief greifenden Problematik von psychotischer Kommunikation weiter ausgeführt.

³ Da die Mehrzahl der Psychotherapeuten Frauen sind, ist in diesem Kapitel meist von „der Therapeutin“ die Rede. Mit „Therapeutin“ und „Klient“ sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Verstehen zu sehen ist: "Akzeptieren bedeutet wenig, solange es nicht Verstehen enthält." (1961/1973, 48). Biermann-Ratjen et al. (2003, 26) haben dies noch zugespitzt, indem sie Wertschätzung als eine Art "Kontrollvariable" für die Empathie definieren. "Der Therapeut kann an seiner Unbedingten Wertschätzung des Klienten ermessen, wie weit er im Stande ist, dem Klienten empathisch zu folgen." Somit stellt auch die Empathie keine reine "Input-Variable" dar: Neben einem genügenden Respektieren und Schätzen des Klienten von Anfang an, kann das Akzeptieren allen Erlebens im Lauf der Therapie zunehmend umfassender werden.

1.2.5 Die Therapeutin kann den Klienten von dessen inneren Bezugsrahmen her empathisch verstehen.

In Rogers' Auffassung von Empathie ist eine wichtige Weiterentwicklung zu beachten. Zunächst war sie geprägt von einem Verständnis der Therapeutin als "Alter Ego" des Klienten. Zentral war dabei, "den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die 'Als-ob'-Position aufzugeben." (1959/1987, 37). Später schreibt Rogers dann: "Ich möchte nicht mehr von einem 'Zustand der Empathie' sprechen, denn ich glaube, dass es sich hier eher um einen Prozess als einen Zustand handelt. [...] Empathie bedeutet [...] in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden Bedeutungen in dieser Person, [...] Bedeutungen zu erahnen, deren sie sich selbst kaum gewahr wird [...] Sie schließt ein, dass man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet." (Rogers 1975/1980, 79). Therapeutisches Verstehen geht also über eine 1:1-Relation (therapeutisches Verstehen = Selbstverstehen des Klienten) hinaus und ist vorzugsweise "am Rande des Gewahrseins" des Klienten orientiert!

1.2.6 Der Klient kann wenigstens ansatzweise wahr- und annehmen, dass die Therapeutin ihn ohne Bedingungen wertschätzt und empathisch versteht.

Es wird oft übersehen, dass die therapeutischen Grundhaltungen nichts bewirken können, wenn sie nicht vom Klienten als solche erlebt werden. Neben der Kontaktfähigkeit des Klienten ist also auch dessen Wahrnehmungs- und Realitätsprüfungsfähigkeit eine Vorbedingung für Psychotherapie. In diesem Sinn beschreibt Rogers' (1977, 128) berühmte "Prozessgleichung" die therapeutische Beziehung als zentralen Wirkfaktor: "Je mehr der Klient den Therapeuten als real oder echt, als empathisch und ihn bedingungslos akzeptierend wahrnimmt, desto mehr wird sich der Klient von einem statischen, gefühlsarmen, fixierten, unpersönlichen Zustand psychischer Funktionen auf einen Zustand zu bewegen, der durch ein fließendes veränderliches, akzeptierendes Erleben differenzierter persönlicher Gefühle gekennzeichnet ist."

1.3 DIE THERAPEUTISCHEN GRUNDHALTUNGEN

1.3.1 Eine „Seinsweise“

Von den sechs Bedingungen Rogers' für therapeutische Veränderung sind vor allem die Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie der Therapeutin als therapeutische Grundhaltungen bekannt und oft auch missverstanden worden. Das verbreitetste Missverständnis besteht darin, sie nicht als Grundeinstellungen, sondern als konkrete Methoden oder Verhaltensanweisungen zu sehen. Rogers hat hingegen größten Wert darauf gelegt, dass die therapeutischen Grundhaltungen nicht mit bloßen Strategien oder Techniken verwechselt werden. Es handelt sich bei ihnen vielmehr um eine ganzheitliche Orientierung, eine "grundlegende operationale Philosophie", um eine "Seinsweise (way of being)" der Therapeutin. "Diese Lebensweise vertraut dem konstruktiven, zielgerichteten Fluss des Menschen zu immer komplexerer und vollständigerer Entwicklung." (Rogers 1986/1991, 241). Von daher ergibt sich, dass die Grundhaltungen auch nicht als getrennte "Variablen" aufzufassen sind, sondern immer in ihrem gegenseitigen funktionalen Zusammenhang gesehen werden müssen. Es geht um eine einheitliche Grundeinstellung, die mittels dieser drei für sie wesentlichen Aspekte charakterisiert und beschrieben wird. Dem entspricht es somit nicht, wenn

von "Basisvariablen" des therapeutischen Verhaltens gesprochen wird. Dies suggeriert, dass Klientenzentrierte Therapeuten erstens kein anderes Verhalten kennen und zweitens alle Klienten immer gleich behandeln. Alle diese Verkürzungen auf "nur" kongruentes, wertschätzendes und empathisches Verhalten beruhen auf einer Missachtung der Abstraktionsebene, auf welcher dieses Therapiekonzept formuliert ist. Rogers hat relativ abstrakte "Therapieprinzipien" (Finke 2004) definiert. Das konkrete Therapeutenverhalten ist damit überhaupt nicht festgelegt, sondern muss aus diesen Grundhaltungen heraus in Entsprechung zur jeweiligen Situation (Therapeuten- und Klientenpersönlichkeit, störungsspezifische Aspekte, Kontext usw.) jeweils erst kreiert werden. In diesem Sinn ist eine Unterscheidung von Höger (1989) hilfreich, der die Rogers'schen Bedingungen als "Breitbandkonzept", nicht aber als "Breitbandverfahren" verstanden wissen möchte.

1.3.2. "Ein zusätzliches Merkmal"

In einigen Spätschriften schildert Rogers nach der Darstellung der drei Grundhaltungen ein "weiteres Merkmal" der therapeutischen Beziehung, das er "presence", "Gegenwärtigkeit" nennt. "Ich stelle fest, dass von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein schon meine *Anwesenheit* für den anderen befreiend und hilfreich." (Rogers 1980/1981, 80)

Wood (1988) interpretiert "presence" so, dass Empathie zu einem anderen Bewusstseinszustand, zum Kontakt mit einer "transpersonalen Bewusstheit" führen kann, wobei uns noch unklare Selbstheilungsfähigkeiten des Klienten angesprochen werden. Schmid (1994) hat ausführlich dargestellt, dass die Gegenwärtigkeit keine vierte Grundhaltung, sondern die gemeinsame Vorbedingung für ein authentisches Verwirklichen der drei Grundhaltungen bildet. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die funktionale gegenseitige Verschränktheit und damit Ganzheit der drei Grundhaltungen.

1.4 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ALS AGENS DER VERÄNDERUNG

Bzgl. einer Definition von Beziehung trifft Swildens (1991) folgende Unterscheidungen:

- *Interaktion* = funktioneller Umgang miteinander, eher äußere Zielsetzung
- *Kontakt* = persönlich (setzt "Mit-Sein" voraus: dass ich ohne den Anderen nicht Ich sein kann)
- *Begegnung* = mehr als persönlicher Kontakt; gemeinsames Erleben der existenziellen Situation
- *Beziehung* = besteht auch wenn gerade keine Interaktion oder Kontakt da ist; kann, muss aber nicht Begegnung beinhalten; eher innere Motive, kann auch äußere Ziele haben

Die therapeutische Beziehung ist demnach zugleich *funktionell* (Vertrag, professionelle Interaktion) und *persönlich* (sich gegenseitig im Kontakt öffnen). Einige Vertreter unserer Therapierichtung legen dagegen Wert darauf, dass das Ziel (das Ende) der Personzentrierten Therapie immer personale Begegnung sei. Vom Wesen der Beziehung her muss jedoch Begegnung nicht in ihr enthalten sein.

Weiters darf nicht vergessen werden, dass Rogers' Therapiekonzept nicht nur drei therapeutische Grundhaltungen, sondern insgesamt sechs Bedingungen umfasst. Zur Bestimmung der therapeutischen Beziehung sind daher neben den Grundhaltungen der Therapeutin auch die psychologischen Voraussetzungen aufseiten des Klienten (Kontakt, Inkongruenz-Ahnung, Wahrnehmung der Grundhaltungen) erforderlich. Beides zusammen beschreibt erst, was eine therapeutische Beziehung ausmacht.

Eine derartige Beziehung wird als das eigentliche Agens angesehen, das Veränderung bewirkt. Das Therapiekonzept ist als Wenn-Dann-Aussage formuliert, das heißt: *wenn* diese Bedingungen vorhanden sind, *dann* kommen bestimmte Prozesse in Gang, *wenn* diese Prozesse stattfinden, *dann* verändert sich der Klient. Die Veränderung geschieht dabei *wie von selbst*. Rogers verweist darauf,

dass diese Phänomene (wie etwa auch viele chemische oder physikalische Vorgänge) regelmäßig zu beobachten sind, unabhängig davon, ob wir schon eine genaue Erklärung dafür haben oder genau wissen, was die kausalen Faktoren dabei sind.

Die Therapietheorie von Rogers stellt *keine* Handlungsvorschrift, sondern eine komplexe „*Beziehungsregel*“ (vgl. dazu Keil Sylvia, 2003) dar, die eine genaue Beschreibung dafür liefert, welche *Qualität* eine Beziehung haben muss, damit persönliche Veränderung geschehen kann. Klientenzentrierte Therapeuten orientieren sich an ihr insofern, dass sie die Beziehung, die sich zwischen ihnen und ihren Klienten entwickelt, ständig unter diesem Bezugspunkt reflektieren. Alle Abweichungen von dieser Beziehungsregel lösen eine intensive persönliche Auseinandersetzung aus, in der sie lernen, ihr Verhalten so zu verändern, dass sie sich und den Klienten mehr akzeptieren und damit genauer verstehen können. Der Therapieprozess besteht somit aus dem konsequenten Bemühen, die geforderte Beziehungsqualität herzustellen. Ein kontinuierliches Erfüllen dieser Bedingungen markiert daher gleichzeitig das Ende einer Klientenzentrierten Psychotherapie.

Sachse (1992) plädiert gegen ein — wie er es interpretiert — "invariantes Beziehungsangebot" und will daher differenzieren zwischen Prozessen, bei denen die therapeutische Beziehung selbst neue Erfahrungen vermittelt, und solchen, bei denen sie nur als Grundlage ("Arbeitsbeziehung") zur Klärung nicht-beziehungsrelevanter Probleme dient. Im letzteren Fall könne nicht von der Beziehung als therapeutischem Agens gesprochen werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass die hier getroffene Unterscheidung letztlich fiktiv bleibt. In beiden Fällen lässt sich die Therapeutin einfühlsam auf das Erleben des Klienten ein; in beiden Fällen lebt der therapeutische Vorgang vom Beziehungsangebot, das von den Grundeinstellungen geprägt ist. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass dieses Beziehungsangebot auf keinen Fall immer gleich bleibend dasselbe ist. Biermann-Ratjen et al. (2003) stellen deutlich dar, dass es sich hier um ein immer individuell ausgeformtes, spezifisches Beziehungsangebot handelt. Ein uniformes oder invariantes Angebot (nach Sachse) oder eine "universale Triasvariablentherapie" (nach Speierer, 1994) könnten die hierbei notwendige individuelle Adaption gar nicht erbringen.

2. GENDLIN: THEORIE DER PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG

2.1 DER UNTERSCHIED ZU ROGERS

Rogers hat immer Wert darauf gelegt, die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten des Individuums (Aktualisierungstendenz, vgl. die Ausführungen zur Persönlichkeitstheorie) zu respektieren, und daher postuliert, dass es genügt, die passenden Bedingungen (d.h. eine therapeutische Beziehung) bereitzustellen, damit persönliche Veränderung geschehen kann. Gendlin sieht den Wirkfaktor zwar auch in der therapeutischen Beziehung, aber primär in einer bestimmten Art und Weise wie der Klient "innerlich mit sich umgeht". Rein kognitive Reflexion, bloß freundliche Kontaktnahme und oberflächliche Emotionen reichen hier nicht aus. Klient (wie Therapeutin) müssen sich vielmehr auf sich selbst (und auf einander und auf die Welt) "wirklich einlassen" können und wollen. Es geht dabei um ein spürbares Betroffensein und existenzielles Ernstnehmen. Diese Art des inneren Erlebens wurde von Gendlin sehr prägnant mit den Begriffen des (implizit wirksamen) Experiencing bzw. des Felt Sense erfasst.

Diese Begriff wurden von Rogers noch übernommen, er hat aber ein direktes Eingreifen in das Erleben der Klienten, ein bewusstes Anstoßen und Vertiefen des Erlebensprozesses in der Person abgelehnt. Diese wichtige Differenz im Therapiekonzept wurde von den beiden Kontrahenten nie wirklich ausdiskutiert. Neben einigen anderen Faktoren hat dieser Mangel u.a. dazu geführt, dass Gendlins Konzept bzw. sein "Focusing" oder seine "Experiential Therapy" bisweilen als nicht zum klientenzentrierten Therapiekonzept gehörig betrachtet wurden.

Bestätigt wird Gendlins Konzept durch empirische Untersuchungen, die ergeben, dass es Klienten gibt, bei denen sich eine Vertiefung des Erlebens auch im weiteren Verlauf der Therapie nicht von

selbst ergibt. (Kirtner & Cartwright 1958; vgl. Gendlin, 1993, 57f) Das sind Klienten, die es von Anfang schwer haben, sich überhaupt auf ihr inneres Erleben einzulassen.

2.2 DAS EXPERIENCING-KONZEPT

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass die von Gendlin verwendeten Begriffe im Deutschen üblicherweise nicht übersetzt, sondern in der englischen Fassung verwendet werden, um so deren spezifische Bedeutung, die im Folgenden erläutert wird, zu bewahren. (Die Darstellung des Experiencing-Konzepts erfolgt hier nach Gendlin 1964 und 1975.)

2.2.1 Grundlage: "experiencing" und "felt sense"

Beim "experiencing" handelt es sich um ein präkonzeptuelles und im Körperlichen ("in der eigenen Mitte") spürbares, noch undifferenziertes, aber vieldimensionales Erleben, aus dem in der Folge (persönliche) Bedeutungen, Gefühle und Kognitionen expliziert werden können. Das einzelne Element dieses Erlebens, auf das man sich im jeweiligen Moment bezieht, wird "felt sense" genannt. Wesentlich ist dabei, dass es sich nicht um explizite Gefühle oder gar gewohnheitsmäßige Erlebensmuster handelt, sondern wirklich um spontan hervorkommendes Erleben. Es muss Platz da sein, damit der felt sense "sein eigenes Leben führen" und in sich in seiner reichen impliziten Komplexität entfalten kann.

2.2.2 "Carrying forward" als Authentizitätskriterium für das Erleben

Der laufende Strom des Erlebens hat seine spezifische Ordnung, nach der sein authentisches oder "falsches" Weiterströmen unterschieden werden kann. Das spontane und authentische Fühlen zeichnet sich dadurch aus, dass es die nächsten Entwicklungsschritte schon in sich impliziert. Ein "given feeling" ist somit nie "purely present", sondern trägt ein "carrying forward" in sich. (Beispiel: ein unbehagliches Hitze-Empfinden impliziert Impulse wie etwa: das Unbehagen auszudrücken, sich eine kühle Brise zu fantasieren, ein Fenster zu öffnen, sich zu bewegen, die Jacke auszuziehen u. v. a. m.). Daraus ergibt sich, dass das Empfinden (und die Ausführung) von nicht schon im vorhergehenden Erleben implizierten Schritten (steps) als nicht authentisch anzusehen ist. Die Schritte hingegen, die im experiencing schon implizit enthalten waren, stellen eine authentische Entfaltung des Empfindens dar.

2.2.3 Implizit wirksames experiencing, Explikation und "felt shift"

Die Explikation der implizierten Schritte (bzw. der persönlichen Bedeutung) erklärt Gendlin als Interaktion (Zusammenfügen) des jeweiligen experiencing mit zu ihm passenden "Symbolen" (Bilder, Sprache, Handlungen). Ohne eine solche Symbolisierung sind die "gefühlten Bedeutungen" unvollständig. Umgekehrt gilt, dass jeder felt sense noch viele andere mögliche Bedeutungen enthält, die unter anderen Umständen eben auch anders symbolisiert werden. Für jede stimmige Explikation gibt es aber ein Signal: die gelungene Symbolisierung äußert sich im "felt shift", d. h. in einer körperlich spürbaren Entspannung.

2.2.4 Strukturgebundenes Erleben

Das Gegenteil von authentischem Erleben nennt Gendlin strukturgebundenes Erleben. Dabei findet ein Zusammentreffen von Experiencing und passenden Symbolen entweder gar nicht statt (ist eventuell gar nicht möglich) oder der Explikationsprozess bleibt unvollständig, wird blockiert oder übersprungen. Es handelt sich dann um starre, immer von neuem wiederholte Erlebensmuster oder um Erleben, das jedenfalls nicht wirklich berührt oder sogar Ich-fremd anmutet. Es fühlt sich zwar wie der (fließende) Erlebensstrom an, ist aber ohne "implizite Wirksamkeit", ohne "carrying forward". Neurotisches und psychotisches Erleben sowie Erleben unter Hypnose oder im Traum haben eine ähnliche Struktur.

2.2.5 Wiederherstellung des authentischen Erlebensprozesses

- Direktes Bezugnehmen auf gegenwärtiges Experiencing ist grundsätzlich (Ausnahmen bestätigen die Regel!) immer möglich. Gendlin hat als Methode dafür das FOCUSING entwickelt. Es kann aber immer nur auf *gegenwärtiges* Experiencing Bezug genommen werden!
- Bezugnehmen auf strukturgebundenenes Erleben bringt nichts, weil es kein "carrying forward" hat.
- Es können sich aber Kommunikationspartner auf implizit wirksame Aspekte eines Erlebens beziehen, auf die die Person selbst sich nicht von sich aus einlassen kann. So kommt es z. B. zur Wiederherstellung des implizit wirksamen Experiencing beim Klienten, wenn die Therapeutin auf ihn wirklich "antwortet". Response = unmittelbares Ansprechen des Gegenüber vom eigenen Erleben über diese Person (und nicht über die Inhalte des strukturgebundenen Erlebens dieser Person) aus. Es geht gewissenmaßen darum, die andere Person so zu berühren, dass diese wiederum von sich selbst berührt sein kann, d. h. sich der Art gewahr wird, wie sie (gerade) mit sich umgeht.

2.2.6 Gendlins Begriff vom Selbst

Gendlin versteht das Selbst nicht als eine inhaltlich strukturierte, gestalthafte Konfiguration von Selbsterfahrungen, sondern als (mehr oder weniger intensiven) Selbstprozess, der im "Auf-sich-(sein experiencing)-Antworten", d. h. in der Explikation impliziten Fühlens besteht. Je nach dem Ausmaß des "Auf-sich-Antwortens" gibt es also ein Selbst, das mehr oder weniger "sich selbst ist" bzw. "nicht sich selbst ist". In einer poetischeren Sprache differenziert Gendlin später (z. B. 1993, 89 ff) dabei ein Ich ("die Person, die mich da durch die Augen anschaut") und ein Selbst, das aus den "Inhalten", den Lebenserfahrungen kommt. Das Ich "hat" ein Selbst oder besser: es hat ein Recht zu einem Selbst aus den "Inhalten".

2.3 DAS EXPERIENCING-KONZEPTS ALS VERVOLLSTÄNDIGUNG

Obwohl Gendlin sich mit seiner Veränderungstheorie in einen gewissen Gegensatz zu Rogers' Therapiekonzept gesetzt hat, sehen viele Klientenzentrierte Therapeuten im Experiencing-Konzept eine hervorragende Ergänzung dafür. Vor allem bietet Gendlins Konzept eine detaillierte Beschreibung des Veränderungsvorgangs im Klienten, sowie eine praktikable und exakte Definition der für Psychotherapie notwendigen Tiefe des Erlebens. M. E. ist Rogers insofern inkonsequent geblieben, als er nicht auch die für Psychotherapie nötige Erlebensstiefe der Klientin als wesentlichen Wirkfaktor ansieht. Wir wollen daher das Experiencing-Konzept von Gendlin in die Therapietheorie von Rogers integrieren. Eine solche Klientenzentrierte Therapietheorie beschreibt dann das für Psychotherapie nötige innere Erleben der Therapeutin *und* des Klienten als zentrales Element. Die folgende Tabelle soll diese Vervollständigung sichtbar machen, indem den von Rogers definierten Erlebensformen die von Gendlin (*in kursiver Schrift*) hinzugefügt werden.

<i>Therapeutin</i>	<i>Klient</i>
Kontakt (Rogers' Bedingung 1)	Kontakt (Rogers' Bedingung 1)
Kongruenz (Rogers' Bedingung 3)	Inkongruenz (Rogers' Bedingung 2)
Erleben von unbedingter Wertschätzung und empathischem Verstehen der Klientin (Rogers' Bedingungen 4 und 5)	<i>(Implizit wirksames) Experiencing, Felt Sense (Gendlins Experiencing-Konzept)</i>
<i>Wirkliche Interaktion, so dass das „Antworten“ des Therapeuten die Klientin innerlich berührt (Gendlins "Wiederherstellung")</i>	Wahrnehmung der Wertschätzung und der Empathie des Therapeuten (Rogers' Bedingung 6)

Mit dem Experiencing-Konzept wird darüber hinaus ein direkter Bezug zur phänomenologischen und zur existenzialistischen Philosophie als Metatheorien der Klientenzentrierten Therapie hergestellt. Während einerseits das Anliegen der phänomenologischen Wesensschau im Explizieren

des implizit Gespürten konkretisiert wird, können zum Zweiten implizit wirksames experiencing bzw. strukturgebundenen Erleben als alltäglich erfahrbare Formen eigentlicher bzw. dem Uneigentlichen verfallener Existenz aufgefasst werden. Wenn auch Bense (1981) mit Recht vor einem zu simplifizierenden Dualismus in diesem Zusammenhang warnt, so kann man doch festhalten, dass der Gendlin'sche Begriff des Experiencing dem Menschenbild der existenzialistischen Philosophie mit seiner Betonung der Selbstverantwortlichkeit und Freiheit besonders verbunden ist.

3. WEITERE ENTWICKLUNGEN DES KLIENTENZENTRIERTEN THERAPIE-KONZEPTS

3.0 STRÖMUNGEN INNERHALB DER KLIENTENZENTRIERTEN THERAPIETHEORIE

Das klientenzentrierte Therapiekonzept hat sich auch nach Rogers und Gendlin weiter entwickelt und differenziert. Ein inhaltliches Kriterium für die Unterscheidung der verschiedenen Varianten kann dabei in der Grundausrichtung oder Zielsetzung des therapeutischen Vorgehens gesehen werden. Therapeutisches Vorgehen ist immer von der Absicht getragen, die jeweiligen Therapieziele zu erreichen. Im Rahmen des Therapiekonzepts von Rogers kann eine zweifache „Absicht“ oder Orientierung des therapeutischen Vorgehens formuliert werden. Die Therapeutin soll einmal eine gewisse Lebensweise bzw. die dafür charakteristischen Grundeinstellungen in sich selbst aufweisen. Zum weiteren soll sie bemüht sein, diese Grundhaltungen so zu vermitteln, dass der Klient sie als solche wahrnehmen kann. Alle Vertreter der Klientenzentrierten Therapie stimmen darin überein, dass die grundsätzliche Orientierung des therapeutischen Vorgehens sich basal auf die Verwirklichung und Vermittlung der Grundhaltungen richtet.

Viele, vor allem klinisch tätige, Klientenzentrierte Therapeuten spezifizieren diese Orientierung aber noch etwas weiter darüber hinaus. Sie bestreiten, dass die Grundhaltungen eine völlige diagnostische Absichtslosigkeit fordern, und finden es im Gegenteil wichtig, dass ein (diagnostisch relevantes) Wahrnehmen von Unterschieden im Erleben des Klienten mit ihnen einhergeht. Um das Erleben des Klienten wirklich empathisch verstehen zu können, muss also in bestimmter Weise kongruentes von inkongruentem Erleben unterschieden werden und es kann nicht mit beidem in gleich-gültiger Wertschätzung therapeutisch umgegangen werden. Zudem muss beachtet werden, dass ohne ausreichendes Wissen von vielen störungsbedingten Erlebensformen diese gar nicht empathisch verstanden werden und die Grundhaltungen somit nicht in einem therapeutisch notwendigen Maß verwirklicht werden können. Dementsprechend möchte ich innerhalb der Klientenzentrierten Therapie von einer Grundorientierung, die sich ausschließlich um die Verwirklichung der Grundhaltungen bemüht, eine spezifisch klinisch ausgerichtete Orientierung unterscheiden. Bei dieser hat die Therapeutin die spezielle „Absicht“, aus den Grundhaltungen heraus gerade das „gestörte“ Erleben gut zu erfassen und zu verstehen und dadurch dem Klienten ebenfalls das Gewahrwerden von Inkongruenz zu ermöglichen.

Eine dritte Grundorientierung therapeutischen Vorgehens lässt sich in der auf Gendlin zurückgehenden Tradition der „Experiential Therapy“ ausmachen. Den Ausgangspunkt bildet hier die Erfahrung, dass sich die für therapeutische Veränderung nötige Tiefung des Erlebens nicht in allen Fällen „von selber“ ergibt. Wenn die Person in ihrem „strukturgebundenen Erleben“ verfangen ist, bedarf die „Wiederherstellung“ des vertiefenden Experiencing-Prozesses eines Anstoßes, der von außen, d. h. von einer anderen Person kommt. Dementsprechend hat die Therapeutin hier die „Absicht“, auf der Basis der Grundhaltungen einen der Therapie adäquaten Erlebensprozess beim Klienten anzustoßen und zu ermöglichen.

Die verschiedenen Weiterentwicklungen innerhalb des Klientenzentrierten Therapiekonzepts werden hier also drei Grundorientierungen bzw. Zielsetzungen des therapeutischen Vorgehens, wie in der folgenden Tabelle stichwortartig charakterisiert, zugeordnet. In Anlehnung an G. Stumm (Vortrag PCE 2003 Kongress) differenziere ich diese drei Strömungen in der Klientenzentrierten

Therapietheorie noch weiter aus. Da die Position „Grundhaltungen allein“ meist sehr radikal vertreten wird, ordne ich sie als fundamentalistisch ein; von der „Klinischen Orientierung“ unterscheide ich die Interpersonelle und die Existenzialistische Orientierung sowie die Systemtheoretische Perspektive. Zu Letzterer zählt v.a. das Konzept einer Personenzentrierten Systemtheorie von Kriz, eine spezielle Therapietheorie wurde hier allerdings noch nicht ausgearbeitet.

<i>Grundhaltungen allein</i>	<i>Klinische Orientierung</i>	<i>Arbeit am Experiencing</i>
<p>FUNDAMENTALISTEN</p> <p>NON-DIREKTIVITÄT Dem Klienten folgen, Vertrauen auf dessen Selbstentfaltungspotenzial (Bozarth)</p> <p>Absichts- und Strategielosigkeit der Therapeutin (Brodley)</p> <p>"Einziges" Ziel: Das Beziehungsangebot dem Klienten so vermitteln, dass er Wertschätzung und Empathie des Therapeuten als solche wahrnimmt (Brodley)</p> <p>PERSONALE BEGEGNUNG Gegenwärtigkeit, Personale Begegnung (Schmid)</p> <p>Tenderness (Thorne)</p>	<p>KLZ. THERAPIE ALS FUNKTIONALE BEZIEHUNG</p> <p>SPEZIFISCHES BEZIEHUNGSAN- GEBOT (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz)</p> <p>PSYCHODYNAMISCHES VERSTÄNDNIS (Finke) Prozessuale Diagnostik (ÖGwG) Hermeneutische Empathie (Keil) Szenisches Verstehen (Sommer)</p> <p>STÖRUNGSSPEZIFISCHES WISSEN Grundhaltungen nicht zu verwirklichen ohne Störungswissen und Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive, (Binder, Finke, Swildens, Speierer)</p> <p>INTERPERSONELLE ORIENTIERUNG (van Kessel & van der Linden)</p> <p>EXISTENZIALISTISCHE ORIENTIERUNG (Swildens, Cooper)</p>	<p>EXPERIENZIELLE THERAPIE</p> <p>FOCUSING-THERAPIE (Gendlin) "Wiederherstellung" des Experiencing-Prozesses „Listening and focusing“ Arbeit mit dem Felt Sense, den der Klient noch nicht hat</p> <p>PROCESS-EXPERIENTIAL THERAPY (Rice, Greenberg) Prozessdirektivität, jedoch nicht inhaltsbezogene Direktiven; Processing emotionaler Schemata</p> <p>ZIELORIENTIERTE GT Zielorientierung, Interventionen müssen immer Bearbeitungsangebote sein (Sachse)</p>

3.1 FUNDAMENTALISTEN

Non-direktive Orientierung am Klienten

Bozarth (1998, 6): "The foundation block of person-centered therapy is the actualizing tendency." bzw. Brodley (1990): Das erste Prinzip der Klz. Therapie ist das Vertrauen in den Klienten. Das zweite ist die Idee, dass (kongruentes, bedingungslos wertschätzendes) Verstandenwerden persönliche Veränderung bewirkt. Daraus folgen als Konsequenz:

Schlussfolgerung 1: "The essence of person-centered therapy is the therapist's dedication to going with the client's direction, at the client's pace and in the client's unique way of being" (Bozarth 1998, 9).

Schlussfolgerung 2: Völlige Absichtslosigkeit des Therapeuten: "Client-centeredness involves a profoundly non-diagnostic mindset." (Brodley & Brody, 1996, 371)

Prouty (2001) fasst dies so zusammen, dass die Nicht-Direktivität (obwohl sie Rogers nicht formell in seine Definitionen aufgenommen hat) das wesentliche Charakteristikum der Klz. Therapie ist.

Personale Begegnung

Person-zentrierte Therapie muss dem Menschen als *Person* gerecht werden: "Ziel des therapeutischen Prozesses jedoch bleibt die volle - also wechselseitige und symmetrische - personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüber treten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtig sind und vergegenwärtigen." (Schmid, 1994, 272).

Personzentrierung bedeutet für Schmid zugleich Ablehnung von Methoden und Techniken,

Methodenintegration, bewusster Beachtung des Experiencing, ja auch von der Unterscheidung verschiedener Strömungen in unserem Ansatz. "Die *Un-Mittel-barkeit* entsteht durch das Zerfallen der Mittel (Buber), die trennend zwischen uns stehen: Begegnung ist Sein ohne Mittel und mittellos, somit unmittelbares Erleben (Levinas). Das setzt zuallererst den Verzicht auf Techniken, Methoden, Mittel voraus, die als Schutz dienen, um solches, das einem 'wider-fährt', auf den Leib rückt, abzuwehren." (Ebd. 275).

3.2. KLINISCHES VERSTÄNDNIS: KLZ. THERAPIE ALS FUNKTIONALE BEZIEHUNG

3.2.1 Klz. Therapie als spezifisches Beziehungsangebot

Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003; 15) sehen die eigentliche Entdeckung von Rogers weniger in den therapeutischen Grundhaltungen, sondern vielmehr in dem Zusammenhang, dass Menschen ganz von sich aus „das Selbst werden, das sie in Wahrheit sind“, wenn sie unbedingte positive empathische Beachtung erleben. Daher besteht Klz. Therapie wesentlich in einem spezifischen Beziehungsangebot des Therapeuten an den Klienten. „Der Gesprächspsychotherapeut versucht eine Beziehung zum Klienten herzustellen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass er auf der Grundlage eigener Kongruenz den Klienten empathisch verstehen und fühlen kann, dass er ihn in seinem gesamten Erleben unterschiedslos wertschätzt." (ebd., 31). Diese Beziehung ist jedoch – auch wenn sie eventuell zu tiefen persönlichen Begegnungen führt – eine funktionale oder Arbeitsbeziehung, die vom Therapeuten nicht um ihrer selbst willen, sondern um des Therapieprozesses willen angestrebt wird.

Das Funktionale oder Professionelle am unbedingt wertschätzenden empathischen Verstehen wird von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz m. E. darin gesehen, das nicht bloß das Erleben (die „Gefühle“) des Klienten verstanden werden soll, sondern wie der Klient mit seinem Erleben umgeht („Gefühle, die die Gefühle machen“). „Das Gefühl der Unbedingten Wertschätzung des Klienten im Therapeuten wird in der Regel weit weniger durch die 'Gefühle' eines Klienten erschüttert als durch den Umgang des Klienten mit diesen“ (ebd., 105). Es geht also weniger um das Erleben, sondern vielmehr darum, wie leicht oder schwer, wie angenehm oder unannehmbar, wie selbstverständlich oder erschreckend usw. das jeweilige Erleben für eine Person ist. Empathisches Verstehen bedeutet somit, sich intensiv im „Inneren Bezugsrahmen“ der Person bewegen zu können.

Als ein weiteres wesentliches funktionales Element der Klz. Therapie haben Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz die Notwendigkeit der Indikationsstellung ausgearbeitet. Die Indikationsstellung darf nicht von irgendwelchen psychologischen Behandlungsmodellen her, sie muss vielmehr aus dem Klz. Konzept selbst abgeleitet werden. Demnach müssen v.a. zwei Bedingungen erfüllt sein, damit Klz. Therapie stattfinden kann. Der Klient muss zum Einen an einer Inkongruenz in seinem Erleben leiden. Die Inkongruenz darf dabei aber nicht derart sein, dass sie eine Beziehungsaufnahme zum Therapeuten unmöglich macht und sie darf auch nicht generell die Beziehungsaufnahme zu sich selbst (Selbstexploration) verhindern. Zum Anderen muss der Klient das Beziehungsangebot des Therapeuten zumindest ansatzweise wahr- und annehmen können. (Vgl, Rogers' Bedingung Nr. 6!)

3.2.2 Psychodynamisches bzw. hermeneutisches Verständnis

Wie J. Finke die Klz. Therapie versteht, kommt m.E. am Besten zum Ausdruck, wenn man sich zunächst sein Verständnis von Psychotherapie allgemein vergegenwärtigt. Finke zählt die Klz. Therapie ja zu den Psychotherapieformen, die wesentlich mit unbewusster Psychodynamik befasst sind. In Finke (1998) werden als deren Grundannahmen definiert:

- Annahme eines intrapsychischen Konflikts (Inkongruenz) als Ursache neurotischer Störungen und Annahme unbewusster, von der Gewahrwerdung ausgeschlossener, aber handlungssteuernder Prozesse (Konflikthypothese).
- Annahme, dass der Konflikt selbst unbewusst ist, so dass es daher zu Täuschungen über das

eigene Selbst kommt und der Patient deren Aufhebung Abwehr entgegensetzt (Latenzhypothese).

- Annahme, dass die Persönlichkeit durch lebensgeschichtliche Erfahrungen, besonders in der Kindheit geprägt wird (Entwicklungspsychologische Hypothese).
- Annahme, dass das Handeln nicht *unmittelbare* Folge früherer Beziehungserfahrungen ist, sondern diese mehrfach individuell und soziokulturell überarbeitet sind; d. h. sie sind vom Selbstkonzept und vom inneren Bezugsrahmen her gesteuert (Repräsentationshypothese).

Finke (2004) interpretiert die neueren Entwicklungen der Klz. Therapietheorie als Ausdifferenzierung von drei Hauptwirkfaktoren. Demnach geschieht Veränderung durch bedingungsloses Akzeptieren (i.S. eines empathischen Mitvollziehens im Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz) und/oder durch empathisches Verstehen (i.S. eines hermeneutischen Verstehens des Noch-nicht-Verstehbaren; vgl. Keil 1997) und/oder durch personale Begegnung (i.S. einer korrigierenden Beziehungserfahrung). Die verschiedenen Strömungen der Klz. Therapie unterscheiden sich für Finke in der unterschiedlichen Akzentsetzung, die sie einem oder mehreren von den drei Änderungskonzepten beimessen. Finke selbst präferiert das Konzept des empathischen Verstehens, wobei es hier nicht nur um empathisches Mitfühlen, „sondern um ein gezieltes Erfassen von Bedeutungsverweisen, Sinnstrukturen und Emotions-Motivations-Zusammenhängen“ (ebd., 6) geht. "Die entscheidende Aufgabe des Therapeuten in einer konfliktzentrierten Therapie besteht darin, das "Unerklärliche" zu verstehen und das Verstandene so zu kommunizieren, daß es beim Patienten zu einer affektiv verankerten, das Erleben ändernden Einsicht führt." (1998, 130)

3.2.3 Störungsspezifisches Wissen als Notwendigkeit

Ute Binder (1994, 17f) ist "davon überzeugt, dass wir zumindest bei der Arbeit im klinischen Bereich ohne differenziertere Untersuchungen von bestimmten Krankheitsphänomenen, den damit einhergehenden Erlebnisweisen und deren Entstehungsbedingungen weit unter dem erreichbaren und für klinische therapeutische Arbeit notwendigen Niveau der Verwirklichung der Variablen bleiben".

Eckert (1985) verweist darauf, dass bei schwereren Störungen Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten oft bedroht sind und daher kein empathisches Verstehen möglich ist. Deswegen brauchen wir zwar keine störungsspezifischen Ansätze, jedoch: "Ich bin also darauf angewiesen, mein *Verstehen durch Einfühlung* bei diesen Patienten zu ergänzen bzw. erst zu ermöglichen durch ein *Verstehen durch Wissen*." (ebd., 119).

Swildens (1991) versteht die klassischen neurotischen und z.T. auch die psychotischen Störungen als Blockaden und Stagnationen des existenziellen Prozesses eines Menschen. Die Blockaden haben dabei störungsspezifische typische Formen, die er als "Alibi" (gegenüber der Existenz) und als "Mythe" (subjektive Geschichtsschreibung als Rechtfertigung für die Stagnation des existenziellen Prozesses) beschreibt.

Speierer (1994) hat im Rahmen seines Differenziellen Inkongruenzmodells (DIM) umfangreiche Beschreibungen störungsspezifischen Erlebens und dem entsprechenden therapeutischen Vorgehens ausgearbeitet. "Neben der Arbeit an der und durch die therapeutische Beziehung steht jetzt gleich bedeutsam eine möglichst ursächliche und gezielte *Bearbeitung* des individuellen und störungsspezifischen *Inkongruenzerlebens* in seinen direkten und indirekten Zusammenhängen mit den Störungssymptomen ... Das Ziel ist ... selbstverträgliche(re) Erfahrungen an die Stelle von selbstbedrohlichen Erfahrungen treten zu lassen durch Inkongruenzverringering, Inkongruenzauflösung und / oder Inkongruenztoleranz." (Ds. 2002, 174 f).

3.3 EXPERIENZIELLE THERAPIE

3.3.1 *Focusing-(orientierte) Therapie*

Gendlin modifiziert das klz. Konzept theoretisch und praktisch. Theoretisch, indem er (1970): Experiencing ("wie die Person innerlich mit sich umgeht") als zentralen Faktor für persönliche Veränderung (und nicht ausschließlich Rogers' 6 Bedingungen!) versteht. Praktisch, indem er (1974) der Klz. Therapie vorwirft, das Wesentliche, nämlich "responding in a listening way" nicht zu tun: "The essence of client-centered therapy is not well-stated as "Say back what the person says", it is much better stated as "Stay in touch at all times with the person's directly felt concrete experiential datum – and help the person also to stay in touch with that, and get into it." (ebd. 220). "The basic principle of the experiential method ist that whatever is said and done must be checked against the concretely felt experiencing of the person." (ebd. 212).

„Primäres Anliegen der Focusing-Therapie ist es, Klienten dabei zu unterstützen, die je eigenen Schritte für die Bewältigung ihrer Probleme und für ihr persönliches Wachstum aus sich selbst heraus entstehen zu lassen. Quelle und Führer für diesen Prozess ist der Felt Sense als ein „Sein-Wissen“, das dem Körper aufgrund seiner permanenten impliziten Interaktion mit der Welt zu Eigen ist.“ (Wiltschko 2003, 120f.)

3.3.2 *"Process-experiential therapy"*

Von Greenberg u.a. entwickelte spezifische Richtung innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie, die sich in besonderer Weise auf das innere Erleben (Experiencing) bzw. auf die Arbeit an problematischen Erlebensmustern konzentriert (vgl. Greenberg, Watson & Lietaer, 1998). Einen theoretischen Hintergrund bilden dabei die psychologischen Theoreme von den emotional-kognitiven Schemata, vorbewussten Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-processing“) und persönliche Bedeutung konstruieren.

Psychotherapie dient dazu, die Reorganisation problematischer emotionaler Schemata zu ermöglichen und zu aktivieren. Dementsprechend wird nicht mehr die Inkongruenz zwischen (körperlich) Gefühlem und ins Selbst-Gewahrsein Symbolisiertem als alleinige Quelle von psychischer Dysfunktion gesehen. Neben der Inkongruenz werden v.a. die Aktivierung von massiv-negativen emotionalen Schemata (wie bei gravierenden Bindungsstörungen, nach Missbrauch oder bei psychotischen oder post-traumatischen Erlebensformen) und überhaupt jede Art von Unfähigkeit, divergierende innerpsychische Prozesse zu integrieren, als Ursache von dysfunktionalem Processing des eigenen Erlebens verstanden. Greenberg, Rice & Elliott (2003) haben in dieser Hinsicht beispielsweise sechs partikuläre Processing-Probleme erfasst und auf diese verweisende "marker" identifiziert, die sowohl auf die jeweiligen Störungen des Processing wie auch auf die Bereitschaft des Klienten zur tieferen Exploration derselben hinweisen. Diese Erlebensschemata sind inadäquate affektive Reaktionen, welche die Person selbst nicht haben möchte, Unfähigkeit, einen Felt Sense zu bilden ("intellektualisieren") oder einen Felt Sense zu explizieren (Gefühlschaos), unaufhebbar widersprüchliche Impulse oder Selbstbewertungen, Abblocken von Gefühlen oder Bedürfnissen ("unfinished business"), Selbstbestrafungsreaktionen sowie massive Vulnerabilität („fragile sense of self“).

Im Hinblick auf die Veränderung problematischen Erlebens-Processings wird die therapeutische Beziehung, das Behandlungsprinzip der Klientenzentrierten Therapie, als generell hinreichend, aber nicht immer als effizient angesehen, und daher mit dem Behandlungsprinzip der "Prozessdirektivität" ergänzt. Die Therapeutin soll dementsprechend zwar keinesfalls die Erlebensinhalte des Klienten, wohl aber sein Erlebens-Processing bzw. dessen Veränderung beeinflussen. Als methodische Zugänge dazu werden in der Therapie neben der Bezugnahme auf den Felt Sense i. S. von Gendlins Focusing, das genaue Gewahren von Sinneswahrnehmungen, das intensive äußere Ausdrücken inneren Erlebens und das Erleben von interpersonalem Kontakt, bei dem das eigene innere Erleben gewahrt bleibt, verwendet.

Im Rahmen des Prozess-Experienziellen Ansatzes wurde u.a. von Susan Johnson die "emotionally

focused therapy" für Paare und z.T. auch für Familien entwickelt (Greenberg & Johnson, 1988, Heekerens & Ohling, 2004). Es handelt sich dabei um ein relativ kurzzeitiges, systematisches Verfahren zur Veränderung von restringierten Interaktionsmustern und emotionalen Reaktionen innerhalb von partnerschaftlichen bzw. familiären Beziehungen.

3.3.3 Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist eine stark prozessdirektive, differenzielle und störungsspezifische Therapieform, die auf Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Psychotherapeuten basiert, in ihren Strategien jedoch "weit über die klassische Gesprächspsychotherapie" hinausgeht (Sachse 1992; 1996). Theoretisch wird davon ausgegangen, dass psychotherapeutische Veränderung durch eine bestimmte Vertiefung des Erlebens, nämlich durch die Käring und Veränderung problem-determinierender affektiver und kognitiver Schemata vor sich geht. Um einen solchen Klärungs- oder Explizierungsprozess des Klienten zu fördern, wurden spezifische therapeutische Vorgehensweisen entwickelt, z.B. zur Internalisierung der Perspektive („Was löst das Verhalten von X in Ihnen aus?“), zur Klärung eigener Motive („Was ist Ihnen so wichtig daran, X zu erreichen?“), zur Aktivierung und Repräsentation von Schemata. Besonders wichtig sind hier sogenannte *Bearbeitungsangebote* des Psychotherapeuten, die das Niveau der vom Klienten geleisteten Klärungsarbeit vertiefen sollen. Sachse unterscheidet dabei drei Ebenen im Therapieprozess: therapeutisches Arbeiten auf der Inhalts-, auf der Beziehungs- und auf der Bearbeitungsebene. Letztere meint die Art und Weise wie eine Person ihre Erfahrungen „verarbeitet“, d.h. wie sei mit ihrem inneren Erleben umgeht. Eine große Rolle spielt hier die „Bearbeitung der Bearbeitung“, z.B. die therapeutische Bearbeitung von Vermeidungen des Klienten. Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie umfasst auch Strategien des Psychotherapeuten, sich zu zentralen Beziehungsmotiven des Klienten komplementär zu verhalten sowie dysfunktionale Interaktionsmuster des Klienten zu bearbeiten; dies ist vor allem bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen bedeutsam.

In jüngster Zeit hat Sachse (2003) seinen Ansatz zur "Klärungsorientierten Therapie" weiter entwickelt und will sein Konzept mittlerweile weniger als ein gesprächstherapeutisches, sondern vielmehr als verhaltenstherapeutisches verstehen.

3.4. INTERPERSONELLE ORIENTIERUNG

Bei dieser speziellen Variante der Klientenzentrierten Psychotherapie wird primär nicht an den (innerpsychischen) Beschwerden und Symptomen der Klientin, sondern an deren (interaktionellen) Kommunikations- und Beziehungsmustern gearbeitet. Dem liegt das Konzept zugrunde, dass das Selbst des Individuums keine ursprüngliche Konstante, sondern immer eine Resultante der jeweiligen Interaktionssituation darstellt. Diesen interaktionellen Aspekt in der Psychotherapie hat H. S. Sullivan (1980) mit seiner interpersonalen Theorie der Psychiatrie grundgelegt. Aus dieser Sichtweise, die von Donald Kiesler, einem Mitarbeiter von Rogers, weiter ausgearbeitet wurde, hat sich vor allem in den Niederlanden die sogenannte Interaktionelle Orientierung innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie entwickelt. Als ihre bekanntesten Vertreter gelten Wim van Kessel und Peter van der Linden (1991/1993; Wim van Kessel & Keil, 2003).

Im konkreten therapeutischen Vorgehen versucht der Therapeut die Klientin zu verstehen, indem er deren interaktionelle Muster bzw. deren Rigidität und Widersprüchlichkeit in der aktuellen Beziehung manifest werden lässt. Dies bedeutet eine Umkehrung der Wichtigkeit der Kommunikationsebenen. Nicht die Inhaltsebene (die Probleme des Klienten) wird behandelt, sondern die Beziehungsebene, d. h. die Art von Beziehung, die die Klientin dem Therapeuten anbietet. Dabei darf der Therapeut nicht auf die von der Klientin angebotene Beziehungsform komplementär eingehen, muss diese aber mittels seiner emotionalen Resonanz deutlich machen ("nicht-positionelle Haltung"). Eine solche „a-soziale Reaktion“ kann Widerstand und Angst bei der Klientin hervorrufen, schafft aber letztlich für sie den Freiraum, die Stereotypen ihrer Kommunikation und deren funktionalen Zusammenhang mit ihren Problemen zu erfassen und zu

verändern.

3.5 EXISTENZIALISTISCHE ORIENTIERUNG

Swildens (1991) geht insofern einen Schritt weiter als Rogers, als er ausgehend von der Existenzphilosophie neben dem organismischen Erleben noch einen tieferen und wesentlicheren Prozess unterscheidet, nämlich den existenziellen Prozess. Dieser besteht darin, sich der Anforderung des eigenen Daseins zu stellen: in der offenbaren Sinnlosigkeit des Daseins (zum Tode) einen gültigen Sinn für die eigene Existenz zu finden. Swildens versteht die klassischen neurotischen und z.T. auch die psychotischen Störungen als Blockaden und Stagnationen dieses existenziellen Prozesses. Die Blockaden haben dabei störungsspezifische typische Formen, die er als "Alibi" (gegenüber der Existenz) und als "Mythe" (subjektive Geschichtsschreibung als Rechtfertigung für die Stagnation des existenziellen Prozesses) beschreibt. Wenn der existenzielle Prozess blockiert ist, reicht "Klientenzentrierte Gesprächstherapie" nicht aus. Dann sind tiefergehende sowohl differenzielle wie auch prozessphasen-orientierte Vorgehensweisen vonnöten. Hier werden in idealtypischer Weise folgende Phasen unterschieden:

1. Prämotivationsphase (Erarbeiten der Therapiemotivation bzw. der Eigenverantwortlichkeit)
2. Symptomphase (Erarbeiten der persönlichen, existenziellen Bedeutung des Symptoms)
3. Problem- / Konfliktphase (Arbeit am Widerstand und auch am Problem)
4. Existenzielle Phase (Selbstexploration zum Sinn des eigenen Daseins, personale Begegnung)
5. Abschiedsphase (zu existenziellen Bewältigung von Trennung und Getrennt-Sein)

Sein Konzept nennt Swildens "*Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*".

4. DIE WIRKFAKTOREN IN DER KLIENTENZENTRIERTEN THERAPIE

4.1 DIE GRUNDHALTUNGEN ALS WIRKFAKTOR

Die generelle Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie ist durch eine große Zahl von Untersuchungen ausreichend belegt. Selbst Grawe (1994, 140), dessen großer Meta-Untersuchung einige Fehler und Auslassungen auch im Bereich der Klientenzentrierten Therapie nachgewiesen wurden, spricht dieser "überzeugende Wirksamkeitsnachweise" zu. Die Forschung hat sich nun zunehmend damit beschäftigt, spezifische Faktoren jenseits der Therapiemethoden herauszufinden, die für den Therapieerfolg bedeutsam sein können. Dieses Unterfangen scheitert allerdings dann, wenn versucht wird, unabhängige Variablen im Sinn einer Unabhängigkeit von der jeweiligen therapeutischen Beziehung und von der Persönlichkeit des Klienten zu konstatieren.

Ein wesentlicher Wirkfaktor sollte das Therapeutenverhalten sein. Sauer (1993) fasst die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse so zusammen, dass sie überwiegend bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Grundhaltungen und den entsprechenden Erfolgsmaßen belegen. Es zeigt sich dabei, dass die Grundhaltungen nicht als isolierte Faktoren, sondern in ihrer Integration wirksam werden. Bei Rogers' Hypothese von den notwendigen *und* hinreichenden Bedingungen "kann die Notwendigkeit als empirisch gesichert gelten, bezüglich des hinreichenden Effektes bedarf es sicherlich entsprechender Differenzierungen. Es besteht jedoch kein Anlass, an der prinzipiellen Wirksamkeit der drei Bedingungen Klientenzentrierter Psychotherapie zu zweifeln, wenn sie auch nicht als uniformes Agens mit uniformen Effekten bei Klienten anzusehen ist." (Sauer 1993, 73). Die Diskussion darüber, ob die Grundhaltungen hinreichend sind, wird im Wesentlichen über die Frage nach zusätzlichen Therapeutenvariablen und die Frage nach erlebnisaktivierenden Methoden bzw. der Prozessdirektivität als zweitem Behandlungsprinzip geführt.

4.2 ZUR FRAGE NACH ZUSÄTZLICHEN THERAPEUTENVARIABLEN

Als zusätzliche Wirkfaktoren, die im klientenzentrierten Bereich diskutiert wurden, nennt Sauer (ebd.): Konkretisieren, Konfrontation, Aktivität und innere Beteiligung des Therapeuten, Selbstöffnung und Überzeugungskraft des Therapeuten. Alle diese Faktoren haben einen Einfluss auf den Therapieerfolg, der aber nicht als direkter Zusammenhang nachgewiesen ist. Von weiteren Untersuchungsergebnissen her ist anzunehmen, dass dieser Einfluss abhängt von der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Aufnahmebereitschaft des Klienten. Von daher sollte klar sein, dass diese "zusätzlichen Variablen" nicht einfach in eine Reihe mit den Grundhaltungen, den (dann nicht-hinreichenden) so genannten "Basisvariablen" gestellt werden können. Die zusätzlichen Variablen sind also nicht als solche zu verstehen, sondern als Therapeutenverhalten, das sich der Situation entsprechend aus den Grundeinstellungen ergibt.

4.3 ZUR FRAGE DER ERLEBNISAKTIVIERUNG UND DER PROZESSDIREKTIVITÄT

Untersuchungen belegen die Bedeutung der Intensität der Auseinandersetzung mit dem eigenen inneren Erleben (vgl. Bommert 1977, 145) und die erhöhte Wirksamkeit der Therapie mit Focusing (Sachse/Atrops/Wilke/Maus 1992). Weiters hat Sachse einen größeren Anteil an Erfolgsvarianz durch seinen Wirkfaktor "Bearbeitungstiefe" aufgeklärt und nachgewiesen, dass die Bearbeitungsweise des Klienten durch das vorhergehende "Bearbeitungsangebot" des Therapeuten in hohem Maß gesteuert wird (Sachse 1992). Die (intendierte) Beeinflussung des Erlebensprozesses (nicht der Inhalte) des Klienten scheint also wichtig zu sein. Rice (1974) spricht in diesem Zusammenhang von der "evokativen Funktion" der Therapeutin. Sachse (1992) setzt sich deswegen gar mit seiner "Zielorientierten Gesprächspsychotherapie" von der "klassischen Haltungskonzeption" ab. Einige weitere Autoren wollen zwar im Rahmen bleiben, erörtern aber die Notwendigkeit des Einbezugs so genannter "erlebensaktivierender Methoden".

Von vielen anderen wird dem entgegengehalten, dass dies wiederum ein Missverständnis der Grundhaltungen inkludiert. Wenn die erlebensaktivierenden Methoden sich nicht kongruent aus den Grundhaltungen ergeben, so verblassen letztere zu einem allgemeinen, nur "unspezifisch" wirksamen Faktor. Die Grundhaltungen stellen aber ein spezifisches Beziehungsangebot (Biermann-Ratjen et al. 2003) dar, eine klare, gerichtete Disposition, sich in einer kreativen Weise auf das Erleben des Klienten einzulassen und dieses damit zu berühren. Das Anstoßen des Experiencing-Prozesses bzw. die Beeinflussung dieses Prozesses stehen nicht im Gegensatz zu den Grundhaltungen, sondern müssen aus diesen erfließen.

4.4 DAS KONZEPT DER THERAPEUTIN ALS "GEHEIMER WIRKFAKTOR"

Biermann-Ratjen et al. (2003, 72) verweisen auf zwei wichtige Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Therapeutenverhalten, für die es allerdings erst wenige empirische Belege gibt. Zum einen scheint es so zu sein, dass die als spezifisch für eine Therapiemethode angesehenen Wirkfaktoren nur im Kontext dieser Methode voll wirksam werden. Das bedeutet, dass etwa das rogerianische Beziehungsangebot nur dann wirksam wird, wenn sich die Therapeutin in der klientenzentrierten Therapietheorie und im entsprechenden Menschenbild "zu Hause fühlt". Zum anderen scheint die Überzeugtheit, mit der eine Therapeutin ihre Methode verkörpert und anwendet, das Therapieergebnis positiv zu beeinflussen. Eckert und Biermann-Ratjen (1990) bezeichnen daher die "Theorie" der Therapeutin als "geheimen Wirkfaktor". Im günstigsten Fall suchen sich Therapeuten von ihrer Persönlichkeit her diejenige Therapiemethode, in der sie sich am ehesten wieder finden können. Dies ermöglicht eine therapeutische Identität, die eine auch für den Klienten erfahrbare, kongruente emotionale Qualität der Beziehung erlaubt. Ein zusätzlicher Hinweis, wie bedeutsam ein kongruentes und sorgsames Sich-Aneignen des Therapiekonzepts innerhalb der Psychotherapieausbildung ist!

Literatur

- Bense, A. (1981). *Klinische Handlungstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003) *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. (9. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer, ¹1979, ²1995 (überarb. u. erw. Aufl.), ³1997
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Bommert, H. (1977). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer ⁵1988.
- Bozarth, J. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Brodley, B.T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87-107) Leuven: Leuven Univ. Press.
- Brodley, B.T. & Brody A. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 369-374). Frankfurt/M.: P. Lang.
- Eckert, J. (1985). Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? *GwG-info* 59, 115-122.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: die „Theorie“ des Psychotherapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Was wirkt in der Psychotherapie? Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (S. 272-287). Berlin: Springer.
- Finke, J. (1998). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (Neuaufgabe von Finke 1994). Stuttgart: Thieme.
- Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F. und Stözl, N. (Hrsg.) (2001). *Klienten- /Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Gendlin, E. T. (1964/1970). A theory of personality change. In P. Worchel, & D. Byrne (Eds.), *Personality change*. (pp. 100-148) New York: Wiley; auch in: J.T. Hart & T.M. Tomlinson (Eds.) (1970), *New directions in client-centered therapy* (pp. 129-173). Boston: Houghton Mifflin dt: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In H. Bommert & H.-D. Dahlhoff (Hrsg.), *Das Selbsterleben in der Psychotherapie*. (S. 1-62) München: Urban & Schwarzenberg 1978.
- Gendlin, E.T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (S. 211-246). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. (1975). Experiential psychotherapy In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317-352). Itasca, IL: Peacock 1973; ²1974, ³1975.
- Gendlin, E.T. (1993). *Focusing ist eine kleine Tür... Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie*. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E.T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (Orig. ersch. 1996 Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guilford).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliot, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1993: Facilitating Emotional Change. The moment-by-moment-process. New York: Guilford Press).
- Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Lietaer, G. (Eds.) (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2004). Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Focussierte Paartherapie. *PERSON* 8,2, 156-163.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197-222). Heidelberg: Asanger.
- Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON* 7,1, 37-50.
- Keil, W.W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON* 1,1, 5-13.
- Kirtner, W. & Cartwright, D. (1958). Success in failure in client-centered therapy as a function of client personality variables. *Journal of Consulting Psychology* 22, 259–264.
- Lietaer, G. (1992): Die Authentizität des Therapeuten. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 92-116). Wien: Facultas.
- Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: Eine Dissonanz? *PERSON* 5,1, 52-57.
- Prouty, G.F., Pörtner, M. & van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Rice, L.N. (1974). The evocative function of the therapist. In D.A. Wexler & L.N. Rice (eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
- Rogers, C.R. (1957/1973). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid, *Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165-184). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch.: 1957 The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95-103)
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. ersch.: 1959 A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vo. III. New York: McGraw Hill, 184-256)
- Rogers, C.R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C.R. (1975/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75-93). Göttingen: Hogrefe. (Orig. ersch.: 1975 Empathic – an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5,2, 2-10)
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler; ab 1983 Frankfurt/M: FischerTb.
- Rogers, C.R. (1980/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett. (Orig. ersch.: 1980 A way of being. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C.R. (1986/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid, *Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238-256). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch.: 1986 A client-centered / person-centered approach to therapy. In I.L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*. San Francisco: Jossey Bass, 197-208)
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focusing. Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern: Huber.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 67-80.
- Schmid P.F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 1.: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Sullivan, H.S. (1983). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt/M.: Fischer Tb. (Orig. ersch. 1953 The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton & Comp.)
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG (Original erschienen 1988: Prozesgerichtete gesprekstherapie)
- Witschko, J. (2003). Focusing-Therapie. In Stumm, G., Witschko, J. & Keil, W.W. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie* (S. 120-123). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- van Kessel, W. & Keil, W.W. (2002). Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer, S. 107-119.
- van Kessel, W. & van der Linden, P. (1993). Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschrift* 90, S. 19-32.
- Wood, J.K. (1988). *Menschliches Dasein als Miteinander. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.