

Die Darstellung des Personzentrierten Ansatzes in der deutschsprachigen Fachliteratur

Jana Lammers, Claudia Oelrich, Kathleen Raasch, Julia Spreitz
Hamburg

Vor dem Hintergrund der Kernkonzepte personzentrierter Theoriebildung, die auf die Forschungsergebnisse von Carl R. Rogers zurückgehen, analysieren die Autorinnen die Darstellungen des PZA in weit verbreiteten Lehrbüchern von Klinischer Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Ratgeberliteratur. Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass die Darstellung oft lückenhaft und damit missverständlich ist – und entsprechend wenig dazu geeignet, den PZA als ein Psychotherapieverfahren kenntlich zu machen.

Schlüsselwörter: Literaturanalyse, personzentrierte Literatur, Therapietheorie, Persönlichkeitstheorie

The presentation of person-centered therapy in German-speaking literature. Focusing on the central concepts of the person-centered approach (PCA)—which are based on the results of Carl R. Rogers' research—the authors analyze several portrayals of person-centered therapy by using examples from textbooks on clinical psychology, psychotherapy, psychiatry and from guidebooks. The authors conclude that the accounts often are incomplete and therefore misleading. Thus, the presentation is not suitable for delineating the PCA as a psychotherapy procedure.

Keywords: literature analysis, person-centered literature, therapy theory, personality theory

1. Einleitung

Der Personzentrierte Ansatz (PZA) basiert auf den Forschungsergebnissen von Carl R. Rogers und seinen Mitarbeiter*innen. Seit den frühen 1950er-Jahren fand er weltweit Verbreitung. In Deutschland wird unverändert oft der Begriff Gesprächspsychotherapie verwendet, den Tausch (1968) prägte. Rogers selbst nannte seinen Ansatz zunächst non-direktiv, dann klientenzentriert und schließlich personzentriert.

Im vorliegenden Artikel betrachten wir an einigen ausgewählten Beispielen die Darstellung des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie in deutschsprachigen Lehrbüchern und Ratgebern. Insbesondere gehen wir der Frage nach, inwieweit diese Darstellungen mit den Charakteristika des Ansatzes übereinstimmen, über die in historischer Perspektive wie auch in der

gegenwärtigen Diskussion des Ansatzes in der wissenschaftlichen Community weitgehend Einigkeit herrscht, vor allem mit jenen Charakteristika, die als essenziell für den Ansatz gelten können. Dem Eindruck folgend, dass sich möglicherweise im Verlauf der Rezeption des personzentrierten Konzepts in den vergangenen 70 Jahren Verzerrungen in seiner Darstellung eingeschlichen haben, die in Deutschland vielleicht auch auf der Grundlage von berufspolitischen Interessen aufrechterhalten werden, beschäftigen wir uns mit weit verbreiteten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie, der Psychiatrie sowie mit psychologischen Ratgebern.

Zu Beginn unserer Erörterung möchten wir das Ziel hervorheben, das Rogers als Psychotherapieforscher verfolgte, und die Mittel benennen, die er dafür einsetzte: Rogers hatte nicht die Absicht, eine neue Therapieschule zu begründen, sondern

Jana Lammers, geb. 1969, Psychologische Psychotherapeutin für Gesprächspsychotherapie und Psychotherapeutin (DeGPT). Selbstständig tätig in eigener Praxis in Hamburg – und als Dozentin an Ausbildungsinstituten und Hochschulen. Kontakt: jana.lammers@me.com

Claudia Oelrich, geb. 1976, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung für Gesprächspsychotherapie. Langjährig in Hamburg tätig in der Arbeit mit (traumatisierten) geflüchteten Menschen sowie als Dozentin an Hochschulen. Kontakt: ClaudiaOe@gmx.net

Kathleen Raasch, geb. 1980, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (GPT), Psychoonkologin (WPO), langjährige psychoonkologische Beratungsstellentätigkeit, selbstständig in eigener Praxis sowie als Dozentin. Kontakt: kathleen-raasch@web.de

Julia Spreitz, geb. 1975, Psychologische Psychotherapeutin für Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Langjährige therapeutische Tätigkeit in psychiatrischer und psychosomatischer Klinik sowie als Dozentin. In eigener Praxis in Hamburg tätig. Kontakt: kontakt@psychotherapie-spreitz.de

sein Ziel war es, Hypothesen und klinische Erkenntnisse über den therapeutischen Prozess und die in ihm bewirkten Persönlichkeitsveränderungen zu gewinnen. Der PZA ist u. a. das Ergebnis langjähriger systematischer empirischer Forschung.

Den ersten Abschnitt dieses Textes werden wir mit Rogers' ursprünglichen Definitionen zentraler Begriffe und Konzepte beschließen, die er 1959 aus seinen Forschungsergebnissen ableitete und die in deutscher Übersetzung erstmals 1987 und 2009 in (zweiter) Neuauflage erschienen (Rogers, 1959a/2009). Diese Definitionen werden wir der Analyse der von uns kritisch betrachteten Darstellungen des PZA zugrunde legen.

2. Der Personzentrierte Ansatz bei Rogers

In seinem ersten Buch „The clinical treatment of the problem child“ legte Rogers (1939a) die Grundzüge seines Verständnisses von Psychotherapie dar. Seinen Ansatz bezeichnete er seinerzeit noch als „non-direktiv“. Am Beispiel dieses Konzepts der „Non-Direktivität“ lässt sich zeigen, dass Rogers' empirische Prüfungen seiner Hypothesen zu einer Weiterentwicklung führten und er bestehende Konzepte veränderte bzw. neu definierte. 1942 beschrieb er in dem Buch „Counseling and psychotherapy“ (Rogers, 1942a) die selbstverantwortlichen Klient*innen in Abgrenzung zu abhängigen Patient*innen und die therapeutische Haltung. Therapeut*innen sind davon überzeugt, dass Klient*innen in sich die Fähigkeit tragen, sich in Richtung Selbstaktualisierung in eine positive Richtung zu reorganisieren, wenn zwischen ihnen und den Therapeut*innen eine angstfreie Atmosphäre entsteht. Therapeut*innen können durch sorgfältiges Zuhören, Akzeptieren der Klient*innen als die Person, die sie jeweils sind, und Reflektieren der Gefühle der Klient*innen dazu beitragen.

Rogers war der erste Psychotherapeut, der Aufzeichnungen von Therapiegesprächen machen ließ und sie (bzw. deren Transkripte) beim klinischen Training von Psychotherapeut*innen einsetzte.

Die Bedeutung von Empathie, Bedingungsfreier Positiver Beachtung und Kongruenz der Therapeut*innen für den Veränderungsprozess der Klient*innen wurde mittels empirischer Forschung nachgewiesen bzw. daraus abstrahiert.

Im Verlauf der folgenden Jahre betonte Rogers immer stärker die therapeutische Beziehung: Therapeut*innen nehmen eine bestimmte Haltung ein, ohne die die Therapietechniken – z. B. die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte der Klient*innen als Ausdruck des empathischen Verstehens der Therapeut*innen – wirkungslos bleiben (vgl. Biermann-Ratjen & Eckert, 2017, S. 21ff.). Mit dem Titel seines Buchs „Client-centered therapy“ (Rogers, 1951s) nannte er seinen Ansatz programmatisch nicht mehr „non-direktiv“, sondern „klientenzentriert“. Seine klientenzentrierte Therapie erweiterte Rogers

in den 1960er-Jahren zum Personzentrierten Ansatz (person-centered approach).

1959 legte Rogers im Handbuch „Psychology. A study of a science“ in seinem Aufsatz „A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework“ (Rogers, 1959a; dt.: „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes“, Rogers, 1959a/2009) die Therapietheorie dar. Die dort enthaltenen Definitionen der Grundbegriffe haben bis heute Gültigkeit und sind Grundlage des Werks Rogers'.

Zum einen sind die für die Theorie dieses Therapieverfahrens zentralen Begriffe, Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz auf der Seite des*der Therapeut*in die Bedingungen für den therapeutischen Prozess, zum anderen stellen sie zentrale Grundannahmen über die Natur des Menschen dar (insbesondere die Aktualisierungs- bzw. Selbstaktualisierungstendenz).

Unsere Betrachtung der Darstellung des PZA in der deutschsprachigen Fachliteratur wird sich den Übereinstimmungen und Differenzen der dort verwendeten Begriffe im Vergleich zu Rogers' Original-Definitionen zuwenden. Deshalb zitieren wir zunächst Abschnitte aus Rogers (1959a) erstveröffentlichter exakter theoretischer Aufarbeitung „Eine Theorie der Psychotherapie“ aus der deutschen Übersetzung (1959a/2009):

Bedingungen des therapeutischen Prozesses:

„Damit sich ein therapeutischer Prozess entwickelt, müssen folgende Bedingungen vorhanden sein:

1. Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* oder *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut empfindet *bedingungslose Wertschätzung* gegenüber dem Klienten.
5. Der Therapeut *erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose Wertschätzung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *empathische Verstehen des Therapeuten*“ (ebd., S. 46f., Hervorh. i. Orig.).

3. Die zentralen Begriffe des Personzentrierten Ansatzes

Empathie: „Empathisch zu sein bedeutet, 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. Das bedeutet, Schmerz oder Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewusstsein davon zu verlieren, dass es so ist, als ob man verletzt würde usw. Verliert man diese ‚als ob‘-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung“ (ebd., S. 44).

Bedingungslose Wertschätzung bzw. Bedingungsfreie Positive Beachtung: „Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, dass keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner Wertschätzung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose Wertschätzung für diese Person“ (ebd., S. 41). Heute setzt sich der Begriff Bedingungsfreie Positive Beachtung als Terminus der Klientenzentrierten Therapie – wie ihn Höger (2012) benannt hat – zunehmend durch.

Kongruenz: „Das Individuum überprüft sein Selbstkonzept, um es in Übereinstimmung mit seiner exakt symbolisierten Erfahrung zu bringen. ... Es organisiert sein Selbstkonzept, um Charakteristiken mit einschließen zu können, die früher als unvereinbar erlebt wurden. Wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden, dann ist der Zustand der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung erreicht. ... Trifft dies in einigen Erfahrungsbereichen zu, z. B. für die Erfahrung eines Individuums in einer bestimmten Beziehung oder in einem bestimmten Augenblick, dann können wir sagen, dass das Individuum sich in einem gewissen Ausmaße im Zustand der Kongruenz befindet“ (ebd., S. 38). Heute lautet diese Definition folgendermaßen: „Kongruenz ist definiert als das Vorliegen der Möglichkeit, sich aller bewußtseinsfähigen Erfahrungen, die der Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren“ (Eckert & Petersen, 2012, S. 181).

Aktualisierungstendenz: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 1959a/2009, S. 26).

Selbstaktualisierungstendenz: „Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen. Wenn das Selbst und die Erfahrung des Organismus verhältnismäßig kongruent sind, dann bleibt die Aktualisierungstendenz ebenfalls verhältnismäßig ungespalten. Wenn aber Selbst und Erfahrung inkongruent sind, dann

kann die allgemeine Aktualisierungstendenz des Organismus mit diesem Subsystem, nämlich der Tendenz zur Entfaltung des Selbst, in Widerspruch stehen“ (ebd., S. 27). Heute wird Rogers’ Selbstaktualisierungstendenz eher folgendermaßen definiert: „Die Selbstaktualisierungstendenz ist der speziell humane Teil der Aktualisierungstendenz des Gesamtorganismus. Die Struktur der in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen ist entscheidend für die Symbolisierung aktueller Erfahrung im Bewusstsein bzw. die Abwehr von und Verteidigung gegen die Erfahrung sowie dafür, dass Erfahrungen sich selbst zugeschrieben, zum Selbst passend und zu ihm gehörend bewertet werden“ (Biermann-Ratjen, 2012, S. 92; unter Bezug auf Kriz & Stumm, 2003).

Innerer Bezugsrahmen: „Hiermit wird die Gesamtheit der Erfahrungen bezeichnet, die dem Gewahrsein eines Individuums in einem bestimmten Augenblick erreichbar ist. Dieser Begriff umfasst die gesamte Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährwerdung zugänglich sind. Der innere Bezugsrahmen ist die subjektive Welt des Individuums. Nur das Individuum allein kennt sie völlig. Diese innere Welt kann niemals durch einen anderen erfahren werden, es sei denn durch empathisches Einfühlen, jedoch auch dann niemals ganz“ (Rogers, 1959a/2009, S. 44).

4. Darstellung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) in der Fachliteratur

Für die Betrachtung und Analyse der Darstellung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) bzw. der Gesprächspsychotherapie in der Fachliteratur haben wir Beispiele aus den Bereichen Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und der Ratgeberliteratur ausgewählt. Da es nicht Ziel unserer Analyse ist festzustellen, wie hoch der Anteil angemessener bzw. unangemessener Darstellungen des Ansatzes in der aktuellen Fachliteratur ist, haben wir gezielt aus der Vielzahl der Publikationen eine Auswahl getroffen. Die Auswahl berücksichtigt zum einen die empfohlene Prüfungsliteratur der Fachbereiche Psychologie (Klinische Psychologie und Psychotherapie, Interventionsmethoden) und Medizin (Psychiatrie und Psychotherapie) der Universität Hamburg, zum anderen den Grad der Verbreitung des jeweiligen Buchs (große Auflagenhöhe, hoher Amazon-Bestseller-Rang).

Klinische Psychologie

Im Bereich der Fachliteratur für Klinische Psychologie finden sich prominente Beispiele dafür, dass die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu anderen Therapieansätzen verkürzt

und als angeblich weniger wissenschaftlich fundiert und folglich weniger wirksam dargestellt wird.

Dies geschieht z. B. in dem von den beiden verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren Wittchen und Hoyer (2011) herausgegebenen Standardlehrbuch „Klinische Psychologie & Psychotherapie“.

Im Kapitel 19 „Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick“ (Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi & Junge-Hoffmeister, 2011) wird der Darstellung der Gesprächspsychotherapie ca. eine halbe Buchseite (ebd., S. 469f.) gewidmet. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren werden im Abschnitt davor zwar in vergleichbarer Kürze vorgestellt (ebd., S. 469), allerdings mit der abschließenden Ankündigung „Die verhaltenstherapeutischen Methoden werden ausführlich in den Kap. 20–29 behandelt“ (ebd.). Diese „ausführliche“ Darstellung umfasst 130 Seiten (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 477–607). Allein der Platz, der damit der Darstellung des behavioralen Ansatzes eingeräumt wird, lässt die anderen klinischen Paradigmen, wie das psychoanalytische, humanistische oder systemische, marginal erscheinen, bzw. es ist eine Engführung festzustellen, die der Vielfalt des Fachs kaum gerecht wird.

Zentrale Aspekte und Begrifflichkeiten des speziell geschäftspsychotherapeutischen Beziehungsangebots werden in diesem Buch bereits im Kapitel 18 eingeführt, hier allerdings nicht als verfahrensspezifisch, sondern als wesentliche Grundlage der und allgemeine Voraussetzung für „Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie“ (Hoyer & Wittchen, 2011). Die Autoren binden damit zentrale Aspekte des PZA in eine breite Perspektive auf Gespräche im klinischen Bereich ein. Es unterbleibt eine differenzierte Darstellung des geschäftspsychotherapeutischen Verfahrens, auf das nur kurz in einigen Punkten rekurriert wird (ebd., S. 440f.). Diese Form der Darstellung lässt bei Lesenden den Eindruck zurück, drei der von Rogers (1957) genannten Bedingungen für eine erfolgreiche Psychotherapie seien nach wie vor wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Gesprächsführung, nämlich Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (Hoyer & Wittchen, 2011, S. 440). Aus diesen „Basisvariablen“ ließen sich spezifische Verhaltensweisen ableiten, und sie gehörten „nichtsdestotrotz zum Standardwissen der Therapeuten weltweit“ (ebd.), obwohl sie „jedoch je nach Patient und Störungsbild um ein spezifisches Interventionsrepertoire ergänzt werden“ (ebd.) müssten. Die Umsetzung der durch Rogers formulierten Bedingungen seien für eine therapeutische Veränderung notwendig, aber nicht hinreichend.

Folgt man den Analysen von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2016) bzgl. dieser vereinfachenden und verkürzenden Darstellungen des PZA, so fällt auf, dass Wittchen und Hoyer (2011, S. 440f.) gleich mehrere unzulässige Vereinfachungen und

anwendungsbezogene Ableitungen in Bezug auf therapeutische „Verhaltensempfehlungen“ vornehmen: „Die Verfasser des Kapitels reduzieren die in Rogers (1957) genannten Bedingungen von sechs auf drei und transformieren sie dabei in ‚zu realisierende Variable‘, was in konzeptueller Hinsicht unzulässig ist, denn bei den von Rogers sechs genannten Bedingungen – im Original: ‚conditions‘ – wie Empathie und Kongruenz, handelt es sich um psychologische Konzepte von psychischen Konstellationen und nicht um messbare Merkmale (Variablen) mit linearer Ausprägung. Ihre Wirksamkeit setzt die Persönlichkeitstheoretische Annahme voraus, dass die menschliche Entwicklung wesentlich von dem Vorliegen einer Aktualisierungstendenz und einer Selbstaktualisierungstendenz bestimmt ist. Der geschäftspsychotherapeutische Prozess besteht also eben nicht in der Realisierung von drei Variablen, sondern in dem Versuch, eine therapeutische Beziehung zu etablieren, die es ermöglicht, Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz zu fördern. Gelingt das, ist das von Rogers (1997) charakterisierte therapeutische Vorgehen nicht nur notwendig, sondern auch hinreichend“ (Biermann-Ratjen et al., 2016, S. 58f.; Hervorh. v. Verf.).

An der zitierten Stelle (Hoyer & Wittchen, 2011, S. 440) wird nicht berücksichtigt, dass der Gesprächspsychotherapie ein anderes Menschenbild zugrunde liegt als der Verhaltenstherapie oder den psychoanalytisch orientierten Verfahren. Jedes Verfahren wirkt aber als Gesamtverfahren – bei wissenschaftlich korrekter Vorgehensweise darf ein Verfahren nicht nur anhand von drei isolierten Konstrukten betrachtet und dann anhand von Maßstäben und Begrifflichkeiten völlig anderer Verfahren bezüglich der Wirksamkeit bewertet werden.

In Kapitel 19 (Wittchen et al., 2011) findet sich in der überblicksartigen Darstellung psychotherapeutischer Verfahren lediglich ein sehr kurzer Abschnitt zur Gesprächspsychotherapie (s. o.), hier allerdings – anders als noch in der 1. Auflage von 2006 (Wittchen & Hoyer, 2006) – zumindest unter Bezugnahme auf die „Rogers’sche Persönlichkeitstheorie“ (Wittchen et al., 2011, S. 470), die äußerst kurz skizziert wird („Die wahrgenommene ‚Inkongruenz‘ zwischen Selbstkonzept und Erleben/Verhalten von Patienten ist zentraler Punkt der Störungstheorie der klassischen Gesprächspsychotherapie. Diese Inkongruenz kann sich in Ängstlichkeit, Verzerrung und Verleugnung von Erfahrungen und in negativem Selbstkonzept äußern. Ziel der klassischen Gesprächspsychotherapie ist der Abbau von Inkongruenz durch die Ermöglichung der ‚Selbstaktualisierung‘“; ebd.).

Leider ist selbst diese äußerst knappe Darstellung im 19. Kapitel nicht ohne Fehler. Gleich im einleitenden Satz wird die Gesprächspsychotherapie als eine „nondirektive Therapieform“ (ebd., S. 469) vorgestellt. Wie bereits ausgeführt (s. o.), distanzierte sich Rogers von dieser Charakterisierung seines

Ansatzes bereits 1951 und wählte stattdessen die Bezeichnung „klientenzentriert“. Auch die anschließende Behauptung, die klientenzentrierte Psychotherapie habe sich erst „aus der humanistisch-existenziellen Bewegung der 40er und 50er Jahre entwickelt“ (Wittchen et al., 2011, S. 469), ist nicht richtig: Wie im einleitenden Teil dieses Artikels ausgeführt, wurde der PZA von Rogers auf empirischer Basis als ein psychotherapeutisches Konzept entwickelt.

Das in diesem Kapitel besonders hervorgehobene „Ziel der Gesprächstherapie“ (nicht Gesprächspsychotherapie), das angeblich die „Selbstverwirklichung (das Ausschöpfen des eigenen Potenzials)“ (ebd.) sei, ist ebenfalls nicht korrekt: Der Begriff „Selbstverwirklichung“ findet in der klientenzentrierten Theoriebildung keine Anwendung. Dagegen ist „Selbstaktualisierung“ ein zentraler Terminus technicus, der in seiner Bedeutung keine Übereinstimmung mit dem alltagssprachlichen Begriff „Selbstverwirklichung“ aufweist. Die Ähnlichkeit der beiden Begriffe kann vor allem für Lernende eine Irreführung bedeuten. Direkt anschließend halten die Autor*innen fest, „die Diagnose und Behandlung spezifischer Störungen“ sei jedoch nicht das Ziel einer Gesprächspsychotherapie (ebd.). Das ist so nicht korrekt referiert. In Lehrbüchern zur Gesprächspsychotherapie (z. B. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2012) werden den Fragen von Indikation, Diagnostik und Prognose und auch der Krankheitslehre ganze Kapitel gewidmet. In der kurzen zusammenfassenden Darstellung der Gesprächspsychotherapie bei Wittchen und Kolleg*innen (2011, S. 469f.) sind keine Zitate und nur sehr wenige Quellenangaben zu finden.

Andere Lehrbücher stellen die Gesprächspsychotherapie ebenfalls stark verkürzt und mitunter fehlerbehaftet dar: Das von Hautzinger und Thies verfasste Lehrbuch „Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt“ (2009) widmet der Gesprächspsychotherapie z. B. eine Viertel Buchseite im Rahmen eines „Exkurses“ (S. 33). Dort finden sich Ausführungen zu „weiteren psychotherapeutischen Ansätzen“ (ebd.), nämlich zum einen zur „Gesprächstherapie“ (nicht Gesprächspsychotherapie) und zum anderen zu den „paradoxen Interventionen“ (ebd.). Ausgangspunkte der Therapie nach Rogers seien „die Annahmen, dass Menschen von Natur aus gut sind und dass sie Störungen entwickeln, wenn sie ihr Leben nach den Wünschen anderer ausrichten anstatt nach ihren eigenen Motiven. Das Ziel der Gesprächstherapie besteht darin, den Patienten dabei zu unterstützen, freie Entscheidungen zu treffen und so sich selbst zu verwirklichen (Selbstaktualisierung)“ (ebd.). Diese Darstellung entbehrt jeglichen Bezugs zur klientenzentrierten Theorie. Es werden persönliche Meinungen kundgetan bzw. Missverständnisse des Menschenbilds des PZA – z. B. die Auffassung, Menschen seien „von Natur aus gut“ – kolportiert.

Psychotherapie

Unter den Lehrbüchern zur Psychotherapie finden sich Beispiele, in denen die Gesprächspsychotherapie den ursprünglichen Konzepten entsprechend dargestellt wird, vermutlich auch, weil das Verfahren von Gesprächspsychotherapeut*innen dargestellt wird. Dies ist z. B. der Fall im Lehrbuch von Senf und Broda (2012). Auf ca. 20 Seiten finden sich Ausführungen zu Humanistischen Psychotherapieverfahren (Eckert & Kriz, 2012). Für die Darstellung der Gesprächspsychotherapie stehen darin nur ca. 15 Seiten zur Verfügung: Auf einen Überblick über die Grundannahmen und wesentlichen Elemente des PZA wie z. B. die Selbstaktualisierungstendenz (S. 258) folgt ein Abriss der historischen Entwicklung und von Rogers als des Begründers des PZA (S. 259), dann die wesentlichen Elemente (v. a. die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen) des Therapieprozesses (S. 260ff.). Beschrieben wird weiterhin das gesprächspsychotherapeutische Störungsmodell, mit Definitionen der hier wichtigen Begriffe wie der „Aktualisierungstendenz“ (S. 262ff.). Weiterentwicklungen innerhalb des PZA werden skizziert (S. 272) und die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie dargestellt (S. 273ff.). Zum Vergleich: Die Darstellung der Psychoanalyse umfasst in diesem Lehrbuch doppelt so viele, nämlich ca. 40 Seiten, psychodynamische Ansätze werden auf ca. 20 Seiten und die Verhaltenstherapie auf ca. 40 Seiten beschrieben.

In diesem Lehrbuch findet sich auch ein ganzes Kapitel zum Thema „Therapeutische Beziehung“ (Senf, Broda & Wilms, 2012), das aber von nicht in der Gesprächspsychotherapie beheimateten Autor*innen (Senf: Psychoanalyse, Broda: Verhaltenstherapie, Wilms: Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) verfasst wurde. Die Verfasser*innen nehmen keinen Bezug auf die Darstellung der Gesprächspsychotherapie in demselben Lehrbuch. Vielmehr wird zunächst versucht, eine allgemeine Definition des Begriffs „therapeutische Beziehung“ zu finden und darauf verwiesen, dass es in den verschiedenen Verfahren unterschiedliche Konzepte dazu gäbe. In den humanistischen Ansätzen sei hiermit die „Passung zwischen Therapeuten und Klient“ (S. 105) gemeint. Das von Rogers (1959a/2009) entwickelte Konzept einer therapeutisch hilfreichen Beziehung bleibt unerwähnt. Es wird weiterhin ausgeführt, dass die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie den zentralen Wirkfaktor darstelle. Die von Finke (2004) vertretenen Konzepte einer therapeutischen Beziehung in Form einer Alter-Ego-Beziehung und einer Dialog-Beziehung werden kurz umrissen. Auch an dieser Stelle gibt es keinen Verweis auf das von Rogers (1959a/2009) ursprünglich entwickelte Konzept einer therapeutisch hilfreichen Beziehung, d. h., die Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess.

Psychiatrie

In der psychiatrischen Fachliteratur wird der PZA häufig eher am Rande erwähnt. Beispielhaft soll hier die Darstellung von Tölle und Windgassen in ihrem Lehrbuch „Psychiatrie“ (2014, S. 340) aufgegriffen werden, die dem PZA im Unterkapitel „Weitere Psychotherapieverfahren“ insgesamt eine halbe Seite Text widmen (im Vergleich dazu nimmt z. B. die Darstellung der Verhaltenstherapie vier Seiten ein). Die Autoren übersetzen die von Rogers begründete „Client-centered therapy“ mit „Klientenzentrierte Therapie“ (anstelle der in der deutschsprachigen Fachliteratur gebräuchlichen Bezeichnung „Klientenzentrierte Therapie“).

Die Begriffserläuterung im Sinne einer Bezogenheit auf den zu behandelnden Menschen anstatt auf seine Krankheit und Symptome sowie die Hervorhebung der Verantwortlichkeit der Klient*innen (vgl. ebd.) scheint angelehnt an Rogers' eigene Erläuterungen zur Benennung des Therapieverfahrens: Ihm ging es darum hervorzuheben, „dass die innere phänomenale Welt des Klienten im Blickpunkt steht“ (Rogers, 1977b/2007, S. 18). Die Wahl des Begriffs „Klient*in“ anstelle von „Patient*in“ sollte deren Mitverantwortlichkeit im therapeutischen Prozess betonen: „Die therapeutische Hilfe beanspruchende Person wurde als selbstverantwortlicher Klient aufgefasst. ... Er wurde nicht als Behandlungsobjekt betrachtet“ (ebd.). Als zentral wird von Tölle und Windgassen (2014) die „Hypothese“ Rogers' beschrieben, „es bestehe im Menschen eine besondere Tendenz zur Selbstgestaltung, die sich beim Klienten unter der Therapie entfaltet“ (Tölle & Windgassen, 2014, S. 340). Der Begriff „Selbstgestaltung“ findet sich nicht in Rogers' persönlichkeits- und therapietheoretischen Annahmen (z. B. Rogers, 1959a/2009, 1977b/2007). Wie bereits erläutert, ging Rogers davon aus, dass die menschliche Entwicklung durch das Vorliegen einer Aktualisierungstendenz – diesen Begriff wählte er in Anlehnung an den Neurologen und Psychiater Goldstein – ermöglicht werde und die zu dieser Aktualisierungstendenz gehörende Selbstaktualisierungstendenz die Grundlage für die Entwicklung eines Selbst bzw. Selbstkonzepts bilde (vgl. Rogers, 1959/2009, S. 26ff.).

Weiter geben Tölle und Windgassen (2014) an, Rogers sehe sich „keiner Theorie verpflichtet“ (S. 340), beziehe sich aber auf „grundlegende Erkenntnisse der Psychoanalyse, z. B. auf die Dynamik des Unbewussten und die Übertragungsphänomene in der Behandlung“ (ebd.). Die erstgenannte Aussage deckt sich mit Rogers' eigenen Ausführungen aus dem Jahr 1975: „Ein für die Entwicklung der klientenzentrierten Orientierung bedeutsamer Faktor ist die Tatsache, dass Rogers nie einen bestimmten Mentor besaß, er wurde stattdessen von vielen bedeutsamen Persönlichkeiten der verschiedenen Denkrichtungen beeinflusst. Infolgedessen fühlte er sich keinem

Dogma und keiner geheiligten Theorie verpflichtet“ (Rogers, 1975e/2007, S. 20).

Die von Tölle und Windgassen (2014) hervorgehobene Bezugnahme auf psychoanalytische Konzepte lässt aber weitere Einflüsse auf Rogers' Theoriebildung (etwa die europäische Phänomenologie, die Existenzphilosophie nach Kierkegaard und Buber wie auch die Gestaltpsychologie; vgl. Rogers, 1975e/2007, S. 21) außer Acht. Nicht erwähnt bleiben dabei die Diskrepanzen zwischen Rogers' Konzeptualisierung von Prozessen außerhalb von Gewährwerdung sowie verzerrter Symbolisierung einerseits und dem psychoanalytischen Konstrukt des Unbewussten andererseits wie auch Rogers' explizite Orientierung an der realen Begegnung im Rahmen des spezifischen therapeutischen Beziehungsangebots anstatt der Förderung einer Übertragungsbeziehung (vgl. Finke, 2003).

Als Grundbedingungen der Behandlung nach Rogers werden von Tölle und Windgassen (2014) „die unbedingte emotionale positive Zuwendung und die Annahme des Patienten, Echtheit und empathisches Verstehen“ (S. 340) genannt. Das therapeutische Vorgehen beschreiben sie folgendermaßen: „Der Therapeut wiederholt das, was der Patient über sein Erleben und Verhalten sagt, er formuliert möglichst genau, präzisiert es durch sprachliche Verdeutlichungen, ohne aber Interventionen in Form von Deutungen vorzunehmen“ (ebd.). Damit wird bezüglich des therapeutischen Prozesses allein auf ein bestimmtes Sprachverhalten der Therapeut*innen rekurriert. Das so beschriebene Verhalten deckt sich nicht mit dem Verständnis von „empathischem Verstehen“ im PZA, das als prozesshaftes Geschehen, in dessen Rahmen der innere Bezugsrahmen des Gegenübers mit dessen emotionalen Komponenten und den dazugehörigen Bedeutungen so genau wahrzunehmen sei, als sei man diese andere Person, jedoch ohne die Qualität des „als ob“ zu verlieren (vgl. Höger, 2012, S. 115), definitorisch sehr viel weiter gefasst wird.

Auf die Zielsetzung von Psychotherapie nach dem PZA im Sinne einer Reduzierung von Inkongruenz (vgl. Rogers, 1959a/2009, S. 50ff.) gehen die Tölle und Windgassen (2014) nicht ein. Formal wird die Psychotherapie im Bereich der Kurzzeittherapien mit „4–20 Gespräche[n] von 45 Minuten Dauer“ (S. 340) angesiedelt. Diese Einschätzung findet sich zwar in Tauschs „Gesprächspsychotherapie“ (1968; 1. Aufl. erschienen 1960), steht jedoch in deutlichem Gegensatz zu heutigen Forschungsergebnissen, die für Personenzentrierte Psychotherapie einen mittleren Therapieumfang von 70 Sitzungen innerhalb von zwei Jahren angeben (vgl. Eckert & Petersen, 2012, S. 218). Als Indikationsfeld werden die psychologische Beratung und Krisenintervention sowie die Behandlung neurotischer Störungen angegeben, worauf die Einschränkung folgt, dass „die multifaktorielle Ätiologie und die Krankheitssymptomatik [somit also die Diagnostik] nicht außer Acht bleiben“ (Tölle

& Windgassen, 2014, S. 340; Anm. v. Verf.) dürften. Für die Behandlung „psychotischer und anderer schwerer Störungen“ (ebd.) sei das Verfahren nicht geeignet. Dies widerspricht den Forschungsergebnissen zur erfolgreichen gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen (Frohburg, 2009, S. 19ff.). Leider werden im entsprechenden Kapitel von Tölle und Windgassen (2014) keine Quellen benannt, auf die sich die hier untersuchte Darstellung stützt.

Ratgeberliteratur

Aus der Literatur der Ratgeber für Patient*innen und Angehörige betrachten wir exemplarisch zwei Werke: den „Wegweiser Psychotherapie“ von Broda und Dinger-Broda (2015) und „Therapie wirkt!“ von Barnow (2013).

Broda und Dinger-Broda (2015) beschreiben den PZA auf einer Viertelseite und subsumieren ihn unter „nach den Psychotherapierichtlinien nicht zugelassene, aber wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ (S. 140), die noch keine Kassenleistung seien. Die Gesprächspsychotherapie „begründet sich auf den Arbeiten von Carl Rogers und hilft Patienten, durch eine bestimmte Gesprächstechnik ihre eigenen Potentiale wieder freizulegen und Blockaden in ihrem Leben aufzulösen“ (ebd.). Hinweise zu Behandlungsumfang, Wirksamkeit oder Indikation finden betroffene Patient*innen oder Angehörige nicht.

Der PZA versteht sich selbst nicht als Gesprächstechnik, sondern als die Definition der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, die ein Beziehungsangebot beschreiben. In ihrem kurzen Text verwenden Broda und Dinger-Broda weitere Begriffe, die es in der Therapietheorie des PZA nicht gibt: Der PZA kennt die Aktualisierungstendenz als die dem Menschen innewohnende Tendenz, sich selbst zu erhalten und zu entfalten, zu der eine Tendenz zur Entwicklung eines Selbstkonzepts gehört. Diese entspricht nicht einer Tendenz, die „eigenen Potentiale“ freizulegen und „Blockaden ... aufzulösen“ (ebd.).

Barnow (2013) berichtet auf knapp drei Seiten über den PZA und schreibt: „Selbstverwirklichung, das Ausschöpfen des eigenen Potenzials und die Weiterentwicklung des Selbst sind zentrale Ziele der Therapie, die Diagnose und die Behandlung bestimmter psychischer Störungen rücken dabei in den Hintergrund“ (S. 34).¹ Zur Frage der Indikation schreibt Barnow, in einer Gesprächspsychotherapie „werden eher leichtere psychische Beschwerden behandelt“ (ebd., S. 38). „Darüber hinaus wird der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ein

hoher Stellenwert eingeräumt“ (ebd., S. 34). Die Beziehung sei gekennzeichnet durch Echtheit, Empathie und Wertschätzung. „Der Therapeut ist bemüht, dem Patienten wertschätzend gegenüberzutreten“ (ebd.). Die Gesprächspsychotherapeut*innen würden „verschiedene Basistechniken“ verwenden, zu denen das sog. „Validieren“ (ebd.) gehöre. „Verhalten wird nicht pathologisiert ..., sondern als Ausdruck der Behinderung von Wachstum und Bedürfnissen des Patienten interpretiert“ (ebd.).

Barnow übersetzt in seiner Darstellung des PZA die wesentlichen Konzepte in die Alltagssprache. Aus Selbstaktualisierung wird Selbstverwirklichung, verstanden als das Ausschöpfen des eigenen Potenzials und die persönliche Weiterentwicklung. Der PZA benennt aber als zentrales Therapieziel die Weiterentwicklung des Selbstkonzepts mit der Folge einer Zunahme von Offenheit für die persönliche Erfahrung. Dieser Aspekt findet sich in der Darstellung von Barnow nicht.

Möglicherweise hängt es mit dieser Auslegung der Selbstaktualisierung zusammen, dass Barnow davon ausgeht, es würden „eher leichtere psychische Beschwerden behandelt“ (ebd., S. 38). Es entspricht nicht dem Konzept des PZA, dass in der Therapie „darüber hinaus ... der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ein hoher Stellenwert eingeräumt“ (ebd., S. 34) wird. Vielmehr noch: Die Definition des therapeutischen Beziehungsangebots gilt als zentral für den PZA. Wenn dieses bestimmte therapeutische Beziehungsangebot von Therapeut*innen gemacht und von Patient*innen zumindest zu Teilen wahr- und angenommen werden kann, entsteht der therapeutische Prozess, der Selbstkonzeptentwicklung ermöglicht. Die von Barnow (2013) benannten Bedingungen für den therapeutischen Prozess entsprechen nicht denen der Therapietheorie des PZA. Zum Beispiel werden kongruente Therapeut*innen im Kontakt von Patient*innen als „echt“ wahrgenommen. Echtheit ist aber nur ein Teil des umfassenderen und relevanteren Begriffs der Kongruenz der Therapeut*innen. Therapeut*innen bemühen sich, das Erleben der Patient*innen bedingungslos positiv zu beachten, nicht bewertend, sondern unbedingt wertschätzend zu sein.

Der PZA definiert die (sechs notwendigen und hinreichenden) Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, der Selbstkonzeptentwicklung ermöglicht und nicht einzelne Basistechniken. Das sog. Validieren gehört nicht zu diesen Bedingungen, auch wenn es dem empathischen, nicht wertenden Verstehen, als einzelne Behandlungstechnik betrachtet, sehr ähnlich ist. Zur Arbeitsweise des PZA, nicht die Behandlung von Symptomen, sondern die Entwicklung der Person in den Vordergrund der therapeutischen Aufmerksamkeit zu stellen, schreibt Barnow (2013), „Verhalten wird nicht pathologisiert ..., sondern als Ausdruck der Behinderung von Wachstum und Bedürfnissen des Patienten interpretiert“ (S. 34). Das Konzept der Selbstaktualisierung ist aber nicht gleichzusetzen

1 Vgl. dazu Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2016, S. 60): „Hier trifft man wieder auf die aus dem Buch von Wittchen & Hoyer bekannte Zielvorgabe ‚Selbstverwirklichung‘.“

mit Wachstum im Sinne von Wahrnehmung und Befriedigung von Bedürfnissen. Die Therapietheorie nach Rogers benennt als grundlegendes Bedürfnis des Menschen nur ein einziges: das angeborene Bedürfnis nach empathischer, bedingungsfreier positiver Beachtung im eigenen Erleben.

5. Zusammenfassung und Diskussion der Literaturanalyse

Zusammenfassend ist die Darstellung des PZA in der Fach- und Ratgeberliteratur im deutschen Sprachraum folgendermaßen zu beschreiben: Wie im vorliegenden Artikel ausgeführt, finden sich häufig verkürzte und damit fehlerhafte Darstellungen. In Genauigkeit und Umfang angemessene Beschreibungen des Personenzentrierten Ansatzes mit einer korrekten Bezeichnung zentraler Begriffe (bspw. Empathie oder die häufig zur „Wertschätzung“ verkürzte Bedingungsfreie Positive Beachtung) und Konzepte (z. B. das der Aktualisierungs- bzw. Selbstaktualisierungstendenz) fehlen weitgehend. Wir vermissen wissenschaftliche Genauigkeit, die sich etwa auch in der Angabe von Quellen niederschlagen würde.

Welche Gründe könnte diese Art der Darstellung haben?

Es lassen sich zwei Ursachen dieser Art der Darstellung des PZA (bzw. der Gesprächspsychotherapie) unterscheiden: berufspolitisch interessengeleitete und Gründe, die Vertreter*innen des PZA selbst dazu beigetragen haben.

Zum einen steht die geschilderte Verkürzung des PZA auf die „Variablen“ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz möglicherweise im Zusammenhang mit der Schwerpunktsetzung durch Tausch, der in den 1970er-Jahren nach seiner Rückkehr aus den USA mit seinen Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen die „Gesprächspsychotherapie“ im deutschsprachigen Raum bekannt machte und maßgeblich zu ihrer Verbreitung in Deutschland beitrug. Im Rahmen seiner Versuche der Operationalisierung des Therapeut*innenverhaltens standen vor allem die Variablen „Wertschätzung und Emotionale Wärme“, „Ausmaß der Unbedingtheit von Wertschätzung und emotionaler Wärme“, „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“, „Echtheit“ und „Selbstkongruenz“ (Tausch, 1968, S. 118) im Zentrum des Interesses. Sie wurden definiert, in ihrem Ausprägungsgrad in Relation zum Therapieerfolg gesetzt und in Form von Verhaltensinventaren angewendet (ebd.). Andere zentrale Axiome des PZA wie das der Aktualisierungstendenz rückten dagegen in den Hintergrund, was auch dazu geführt haben könnte, dass sie in der untersuchten Literatur nicht benannt werden.

Zum anderen verbreitete sich der Ansatz sehr schnell in verschiedenen helfenden Berufen, vor allem der Sozialarbeit, als eine trainierbare Methode der Kontaktgestaltung, z. B. als

„klientenzentrierte Gesprächsführung“ (z. B. Weinberger, 2013). Auch diese Entwicklung hat sicherlich dazu beigetragen, dass der PZA/die Gesprächspsychotherapie von vielen nicht als ein psychotherapeutisches Verfahren, sondern als eine spezifische Interventionsmethode wahrgenommen wurde.

Unabhängig davon vermuten wir einen Einfluss des gegenwärtig zumindest in Deutschland im Bereich der Psychotherapie dominierenden Forschungsparadigmas der Verhaltenstherapie, der möglicherweise auch den Blick auf andere therapeutische Verfahren beeinflusst: Verhaltensinventare und -variablen scheinen aus diesem Blickwinkel betrachtet eher passend oder auch nachvollziehbar zu sein, sodass diese unter Umständen mehr hervorgehoben werden. Dagegen werden andere (und ggf. auch schwerer zu manualisierende) Konzepte oder differierende Menschenbilder, die allerdings zentral und damit wichtig für ein Verständnis des jeweiligen Ansatzes sind, womöglich eher vernachlässigt.

Des Weiteren fällt auf, dass sich in den genannten Veröffentlichungen wiederholt ähnliche fehlerhafte Darstellungen zentraler Konzepte finden (etwa die Verwendung des Begriffs „Selbstverwirklichung“ bei Barnow, 2013, der auch von Wittchen und Kolleg*innen, 2011, S. 454, verwendet wird), sodass der Eindruck entstehen könnte, die Autor*innen bezögen sich in ihrer Recherche eher aufeinander als auf Originalliteratur, was zu einem Persistieren von Falschdarstellungen beitragen würde. Derartige fehlerhafte Darstellungen führen dazu, dass Vorurteile gegenüber dem PZA (z. B. bezogen auf ein scheinbar begrenztes Indikationsspektrum oder dessen vermeintlich generelle Ablehnung von Diagnostik) eher verfestigt als korrigiert werden können. Angesichts der seit Jahren andauernden berufspolitischen Auseinandersetzung um die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als heilkundliches Verfahren in Deutschland stellt sich uns die Frage nach den Motiven der Autor*innen im Sinne einer möglicherweise interessengeleiteten Darstellung.

Zur Stärkung und zum Erhalt des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie wünschten wir uns auch aus den Reihen der geschäftspsychotherapeutisch bzw. personenzentriert arbeitenden Kolleg*innen den gezielten Widerspruch gegen derartige Darstellungen des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie. In diesem Sinne verstehen wir den vorliegenden Artikel auch als Versuch, diesen Umstand zum Thema zu machen und zur weiteren Diskussion anzuregen.

Denn auch wir als (ehemalige) Ausbildungsteilnehmer*innen haben im Laufe der Ausbildung immer wieder erlebt, uns innerlich schützen zu wollen und wappnen zu müssen. Hier hat uns eine Aussage von Frenzel (2020) in einem Nachruf auf Peter Schmid sehr bestärkt: „In schulenübergreifenden Diskursen war dabei ein zentraler Gedanke, dass die allzu leichtfertigen Vereinnahmungen personenzentrierter Basisvariablen

hilfreicher Gesprächsführung', wie sie von Rogers empirisch entwickelt wurden, die im tiefsten Sinne ‚radikale‘ Akzentsetzung personenzentrierter Therapiekunst übersehen. Die mittlerweile an vielen Orten gepriesene Bedeutung der Beziehung wird nicht als Mittel zum Zweck verstanden, sondern die Sprache der Dialogischen Philosophie aufgreifend, davon brückenlos geschieden als ‚Begegnung‘ konzipiert, die als das tatsächlich ‚Wesentliche‘ den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie ermöglicht“ (S. 165). In ähnlicher Weise analysieren Auckenthaler und Bischoff (2004), in welcher Form z. B. in der Verhaltenstherapie Begriffe wie Empathie und Akzeptanz übernommen, aber missverstanden wurden. So können auch unsere zukünftigen Aus- und Weiterbildungskonzepte einen Beitrag leisten, wenn sie gewährleisten, dass die Therapietheorie und -praxis immer mit Bezug auf Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Störungstheorie vermittelt wird.

Mit dem Ziel einer in Zukunft angemessenen Darstellung des PZA erscheint es uns sinnvoll, dass mit dem Verfassen von entsprechenden Buchbeiträgen und Artikeln und deren Begutachtung vorrangig Autor*innen beauftragt werden mögen, die mit dem Verfahren vertraut sind, und dass im Rahmen derartiger Veröffentlichungen eine Bezugnahme auf die Original- bzw. fachspezifische Literatur stattfindet. Gerade angesichts der berufspolitisch anhaltend schwierigen Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland käme dies der dann korrekt informierten Fachöffentlichkeit zugute. Profitieren würden davon auch die psychotherapeutische Unterstützung Suchenden im Sinne von Verfahrensvielfalt, in der auch die Gesprächspsychotherapie in Deutschland hoffentlich in Zukunft (wieder) einen festen Platz einnehmen wird.

Literatur

- Auckenthaler, A., Bischoff, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 388–392.
- Barnow, S. (2013). *Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 87–104). Berlin: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2017). *Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit* (Reihe: Psychotherapie Kompakt). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (10., aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Broda, M. & Dinger-Broda, A. (2015). *Wegweiser Psychotherapie. Wie sie wirkt, wem sie hilft, wann sie schadet* (Reihe: Hintergründe). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.). (2012). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Eckert, J. & Kriz, J. (2012). Humanistische Psychotherapieverfahren. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.; S. 256–279). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J. & Petersen, H. (2012). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 177–222). Berlin: Springer.
- Finke, J. (2003). Übertragung. In G. Stumm, J. Wiltshcko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 155; S. 327–329). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Frenzel, P. (2020). Nachruf auf Peter F. Schmid. *Person*, 24(2), 165–166.
- Froburg, I. (2009). *Wirksamkeitsprüfungen der Gesprächspsychotherapie. Kommentierte bibliographische Synopse zu den sozialrechtlich relevanten Nutzenbeurteilungen*. Köln: GwG.
- Hautzinger, M. & Thies, E. (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Höger, D. (2012). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 105–128). Berlin: Springer.
- Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2011). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 435–448). Berlin: Springer.
- Kriz, J. & Stumm, G. (2003). Aktualisierungstendenz. In G. Stumm, J. Wiltshcko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 155; S. 18–21). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1939a). *Clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Verfügbar unter: <https://archive.org/download/counselingandpsy029048mbp/counselingandpsy029048mbp.pdf> [16. 2. 2021].
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory* (Reihe: The Houghton Mifflin psychology series). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/7791/6b2c9590fa152e43c452f88e6cee41ff95f5.pdf> [16. 2. 2021].
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* (S. 184–251). New York: McGraw-Hill. Verfügbar unter: <https://ia802608.us.archive.org/22/items/psychologyastudy017916mbp/psychologyastudy017916mbp.pdf> [16. 2. 2021].
- Rogers, Carl R. (2007). Klientenzentrierte Psychotherapie. In Carl R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Geist & Psyche; 19., unveränd. Aufl.; S. 17–61). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock [Hrsg.], *Comprehensive textbook of psychiatry*. Bd. 2 [S. 1831–1843]. Baltimore, MD: Williams & Wilkins).
- Rogers, C. R. (2007). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Geist & Psyche; 19., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Fischer (Erstauf. erschienen 1977b: *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* [Reihe: Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung]. München: Kindler).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (Reihe: Personenzentrierte

- Beratung & Therapie, Bd. 8). München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Sigmund Koch [Hrsg.], *Psychology. A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* (S.184–251). New York: McGraw-Hill.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.). (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Senf, W., Broda, M. & Wilms, B. (2012). Therapeutische Beziehung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.; S.105–111). Stuttgart: Thieme.
- Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie* (2., gänzl. neugest. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2014). *Psychiatrie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 17., überarb. u. erg. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Weinberger, S. (2013): *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lehr- und Praxisbuch für helfende Berufe* (Reihe: Edition Sozial; 14., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.; S.449–475). Berlin: Springer.