

Personzentriert sein – revidieren oder aktualisieren?

Stellungnahme zum Jubiläumsartikel *Personzentriert sein – Sieben Anforderungen der Zukunft*

von Behr, Finke & Gahleitner (2016)

Mark Galliker

Universitäre Fernstudien Schweiz
mit Sitz in Brig (Kanton Wallis)

Margot Klein

Beratungsstelle Viva für ältere Menschen
und ihre Angehörigen in Mannheim

Im Jubiläumsheft *20 Jahre PERSON* erschien an erster Stelle der Artikel *Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft*. In diesem Artikel werden einige Trends der letzten beiden Jahrzehnte innerhalb des Personzentrierten Ansatzes und der Gesprächspsychotherapie thematisiert, um hieraus eine mögliche Weiterentwicklung aufzuzeigen. Dabei handelt es sich an einzelnen Punkten eher um einen Rollback des Ansatzes hinter Rogers zurück als um eine Aufarbeitung, Überprüfung und Differenzierung bisheriger Positionen. Vom humanistisch und phänomenologisch geprägten Theorie- und Therapieverständnis scheint schließlich nicht viel mehr übrig zu bleiben, als das, was andere Ansätze (z. B. die Kognitive Verhaltenstherapie) aus dem Personzentrierten Ansatz inzwischen ebenfalls berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Axiom, Technik, Bezugssystem, Inkongruenz, psychosoziale Praxis.

Being Person-Centered — Review or Update? A Statement on the Anniversary Article Being Person-Centered — Seven Demands of the Future by Behr, Finke & Gahleitner (2016). In the anniversary edition „Jubiläumsheft 20 Jahre PERSON“, the article „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft“ was published. This article addresses some trends of the last two decades in the context of the person-centered approach (“Personzentrierter Ansatz”) and conversational psychotherapy in order to point out a possible evolution. However, it is rather a rollback of the approach defined by Rogers than a reappraisal, review and differentiation of current perspectives. Eventually, there does not seem to be left more of the humanistically and phenomenologically influenced theory and therapy concept than what has already been considered of the person-centered approach by other approaches (e.g. cognitive behavioral therapy) as well.

Keywords: axiom, technology, framework, incongruity, practical psychosocial aspects.

Behr, Finke & Gahleitner (2016) weisen zu Beginn ihres Artikels zurecht darauf hin, dass die [Kognitive] Verhaltenstherapie ([K]VT) nahezu jede neue Methode, wie etwa die Klärungsorientierte Therapie und in den letzten Jahren die Achtsamkeitsbasierte Therapie als Teil ihres Ansatzes integrierte, auch wenn dieselben eher in personzentrierten und anderen humanistischen als in lern- und kognitionspsychologischen Auffassungen wurzeln (vgl. ebd. S. 15). Umgekehrt scheint im Jubiläumsartikel einiges unternommen zu werden, um die Gesprächspsychotherapie (GPT) der KVT anzunähern.

Prof. Dr. Mark Galliker, Universitäre Fernstudien Schweiz. Forschungstätigkeit in den Gebieten Geschichte der Psychologie und Wissenschaftstheorie. Eidg. anerkannter Psychotherapeut pca.acp/FSP.

Margot Klein, Dipl.-Soz., Leitung der Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Mannheim. Fortbildnerin für Beratung und Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen und Angehörigen. Mitglied der GwG.

Gutberlet (2008) hat die These vertreten, dass für Gesprächspsychotherapeuten *keine* Notwendigkeit besteht, andere psychotherapeutische Methoden zu integrieren. Da jedoch manchmal eine Berücksichtigung aus diversen Gründen, u. a. institutionellen (obligatorische psychopathologische Diagnosen, Zeitdruck, Finanzierung durch die Krankenkassen) naheliegend sei, müsse klargestellt werden, unter welcher Bedingung sie sich für die Klienten nicht negativ, sondern allenfalls positiv auswirke: „Rückt eine Technik vorübergehend in den Mittelpunkt, ist das nur so lange personzentriert, wie der Klient selbst in dieser Technik ‚aufgeht‘, sie zur Erkundung *seiner* inneren Bezugsrahmens nutzen kann, sich in keiner Weise vom Therapeuten gegängelt fühlt“ (Gutberlet, 2008, S. 49; Hervorhebung von M. G. & M. K.).

Im Folgenden gehen wir auf die *Sieben Herausforderungen der Zukunft*, die sich angeblich dem Personzentrierten Ansatz (PZA) stellen, Punkt für Punkt ein und kommentieren kurz die Kommentare, die von den Autoren und der Autorin des Jubiläumsartikels angeführt werden.

Herausforderung 1:

Die Aktualisierungstendenz und ihre Implikationen für das Verhältnis des Personenzentrierten Ansatzes zu „Krankheit“ und „Störung“

In Punkt 1 des Jubiläumsartikels wird darauf hingewiesen, dass die Aktivierungstendenz *ein* grundlegendes Axiom (vgl. Behr, Finke, Gahleitner, 2016, S. 15) in Rogers' (1959/2009) *Theorie der Psychotherapie* sei. Die diesbezügliche Aussage lautet indes bei Rogers: „(Die) grundlegende Aktualisierungstendenz (ist) das einzige Motiv (...), welches in diesem theoretischen System als Axiom vorausgesetzt wird“ (ebd., S. 27). Von weiteren Axiomen ist in diesem Grundlagentext *nicht* die Rede.

Nach Gutberlet (2010) arbeiten Therapeutinnen in dem Maße (kongruent) therapeutisch, in dem sie die Kraft der Aktualisierung des Klienten nicht zuletzt auch *in sich selbst* erfahren. „Denn ich unterstütze damit den ständigen ‚Suchprozess‘ der Aktualisierungstendenz nach dem optimalen Zusammenwirken von möglicher Entfaltung und notwendiger Erhaltung“ (ebd., S. 144).

Der Personenzentrierte Gesprächspsychotherapeut löst Bewegungen im Klienten sowie in sich selbst aus, indem er ‚etwas‘ unterstützt, das im Organismus schon vorhanden ist und sich als *Prozess* ereignet. „Er geht davon aus, dass der Organismus jedes Menschen seine individuellen Ziele und die Wege zur Überwindung von seelischen Problemen und Störungen letztlich besser kennt als eine Fachperson. Diese Grundhaltung weicht weit ab von der anderer Psychotherapie-Ansätze und läuft auch gegen die gängigen gesellschaftlichen Strömungen“ (Gutberlet, 2015, S. 16).

Allerdings kann die Aktualisierungstendenz gestört werden. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, dazu beizutragen, dass diese Störung behoben wird, auf dass sich die Aktualisierungstendenz wiederum unbehindert oder wenigstens weniger behindert durchsetzen kann. In der *Theorie der Psychotherapie* erscheint unter *Aktualisierungstendenz* nichts über „Krankheit“ (vgl. Rogers, 1959/2009, S. 26f.). Offenbar muss sich die Person mit der *externen* Behinderung ihrer *inneren* Aktualisierungstendenz ‚psychosozial‘ auseinandersetzen. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Für ein Konzept wie Krankheit findet sich in Rogers' „Allgemeiner Struktur unseres systematischen Denkens“ jedenfalls *keine* Leerstelle (vgl. ebd., S. 22ff.).

Obwohl im Jubiläumsartikel der Stellenwert der Aktualisierungstendenz keineswegs in Abrede gestellt und auch darauf hingewiesen wird, dass deren Voraussetzung die „nichtdirektive Position“ der Therapeuten festigen könne, wird übergangslos ein „Pathologisierungstabu“ erkannt und vor einer „Dämonisierung des Pathologischen“ gewarnt (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 16). Schließlich wird daran festgehalten, „dass ‚Krankheit‘ in unserem politischen System auch

ein Rechtsbegriff ist“ und dass die Anerkennung psychischer Krankheiten wie beispielsweise neurotischer Störungen als „Fortschritt“ zu werten sei (vgl. ebd., S. 17).

Die Frage stellt sich, ob die Wiedereinführung des Krankheitsbegriffs, ja die Ausdehnung desselben auf Legasthenie, Dyskalkulie, Alkoholismus, Arbeitssucht, Alterserscheinungen usw. usf. sinnvoll ist (einmal abgesehen davon, dass er auch Zugang zu Finanzierungsmöglichkeiten eröffnet). Im Jubiläumsartikel wird dies umstandslos bejaht:

„Es gehört u. E. (...) zu den Herausforderungen des PZA, manche Sonderlichkeiten und Widersprüche, die sich durch eine fundamentalistisch verstandene ‚Gegenzentrierung‘ zur Mainstream-Therapie und zum ‚medizinischen Modell‘ ergeben, *konzeptuell zu korrigieren*“ (ebd., S. 17; Hervorhebung von M. G. und M. K.).

Von Rogers wurden Begriffe wie „Krankheit“ oder auf die Person bezogene „Dysfunktionalität“ oder gar „disorder“ nicht – jedenfalls nicht systematisch – verwendet. Dies gilt selbst für die Schizophrenie, welche im Jubiläumsartikel gegen die „Fundamentalisten“ ins Feld geführt wird. Rogers (1977/2004) wies darauf hin, dass gerade auch bei Beziehungen mit Personen, die i. d. R. als ‚psychotisch‘ betrachtet werden, die entsprechenden Inhalte nicht entscheidend sind. „Eine Anstaltspatientin erklärt beispielsweise: ‚Ich werde dauernd von Stimmen belästigt, die schmutzige Sachen sagen, und ich kann sie nicht zum Schweigen bringen.‘ Sie erkennt die Beziehung zwischen sich und ihren Gefühlen nicht an“ (vgl. ebd., S. 145).

Herausforderung 2:

Die Person zwischen Autonomie und Bindung

Im Jubiläumsartikel wird darauf hingewiesen, dass in Rogers' *Theorie der Therapie* die Aktualisierungstendenz als Axiom erscheint. „Es gibt keine Homunkuli, *keine anderen* Energie- und Aktionsquellen in diesem System“ (Rogers, 1959/1987, S. 22; Hervorhebung von M. G. & M. K.). Andererseits habe Rogers stets hervorgehoben, dass „der Mensch von Natur aus sozial“ sei (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 17).

Die Beziehung wurde von Rogers nicht axiomatisiert (s. o.). Dennoch sollte sie sich für Theorie und Praxis des PCA und der GPT als wesentlich erweisen. Dieser Widerspruch scheint zwar im Jubiläumsartikel wahrgenommen zu werden, doch wird er *als solcher* nicht expliziert; stattdessen wird auf aus den expliziten Voraussetzungen der Theorie nicht deduzierbare, bloß ergänzende theoretische und empirische „Beiträge“ (Stichwort „Relational Depth“) verwiesen. Darunter fallen auch die sog. „schulübergreifenden“ Beiträge, welche die therapeutische Beziehung als „substanziellen Wirkfaktor“ ausweisen, wie beispielsweise jene, die in den von Grawe (1998)

zusammengestellten empirischen Arbeiten (u. a. Metaanalysen) angeführt werden, freilich ohne deren besondere theoretische Voraussetzungen und methodologisch und methodisch fragwürdige Ausführung zu prüfen (vgl. u. a. Fäh & Fischer, 1998).

Eine Weiterentwicklung des PCA, die nicht ihr Gegenteil, nämlich Revisionismus i. S. einer Aufgabe der Errungenschaften Rogers und seiner Nachfolger/innen, wäre, müsste genau an diesem Punkt ansetzen, was aufwendiger wäre, als kurzerhand die aus der Psychoanalyse herausgewachsene *Bindungstheorie* parallel zu schalten. Statt dieser Arbeit wird im Jubiläumsartikel der annäherungsweise erkannte Widerspruch wiederum ausgeblendet, indem nurmehr auf die Gefahr hingewiesen wird, „dass das personzentrierte Konzept hier unausgewogen wahrgenommen wird“; mit dem Ergebnis, dass aus der „ausführlichen Beleuchtung“ der „interaktionellen Aspekte“ des PCA „nicht unbedingt weitere Herausforderungen abzuleiten wären“ (Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 18).

Was tun? Vom vorliegenden Axiom dürfte man sich auch aus formallogischen Gründen leicht verabschieden können, handelt es sich doch nicht um eine analytische Bestimmung im Sinne eines grammatischen Satzes (Wittgenstein, 1969/1971), sondern um eine tautologische Verdoppelung der Aussage: „Der Begriff (Aktualisierungstendenz) bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 1959/2009, S. 26).

Eine wirkliche „Herausforderung der Zukunft“ würde darin bestehen, das vorliegende Axiom zu substituieren und ihm ein weiteres Axiom überzuordnen, das neben der interindividuellen Perspektive auch den individuellen Gesichtspunkt umfassen würde, der von Rogers ursprünglich gegen autoritäre, die einzelne Person überfahrenden Verhältnisse in der Gesellschaftsformation favorisiert wurde. Da gerade auch der individuelle Aspekt aus dem interindividuellen hervorgeht und nicht umgekehrt, dürfte indes der neue Ausgangspunkt keinen ausschließlich individuellen Charakter mehr haben; ansonsten würden sich mit einem individualistischen Ansatzpunkt grundlegende Probleme ergeben, u. a. das Problem der Privatsprache (vgl. Wittgenstein, 1947/1971).

Herausforderung 3:

Von der Bewusstwerdung zur Konstruktion und Verarbeitung des Erlebens

Im Jubiläumsartikel wird darauf aufmerksam gemacht, „dass es in der Therapie nicht einfach nur um ein Aufdecken von Unbewusstem geht“ (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 19). Ungleich den Psychoanalytikern haben dies Rogers und seine Schüler/innen auch niemals behauptet. Rogers hat

immer wieder klargestellt, dass es nicht die Aufgabe des Therapeuten ist, vom Klienten noch nicht ausgedrückte oder gar von seinen Bezugspersonen und/oder ihm selbst bisher exkommunizierte Emotionen zu verbalisieren (vgl. u. a. Rogers, 1942/1985, S. 140). Zwar thematisierte Rogers auch das unterschwellige Wahrnehmen (vgl. u. a. Rogers, 1959/2009, S. 31) sowie das Verstehen *am Rande* der Gewährwerdung (vgl. u. a. Rogers, 1977/2004, S. 24ff.), doch praktizierte er es in seinen Therapien selten, beispielsweise im Gespräch mit Gloria nur einmal. In den meisten Fällen ist das auf bewusste Inhalte bezogene einführende Verstehen nachweisbar, das sich – linguistisch ausgedrückt – auf das Paraphrasieren (als zweiten Schritt eines dialogischen Dreischritts) reduzieren lässt (Klein & Galliker, 2007).

Wenn nun unter Punkt 3 des Jubiläumsartikels unter Ausblendung des in der GPT fast ausschließlich relevanten Bereichs der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte vom Verzicht auf die Bewusstwerdung auf die „Konstruktion“ und sogar „Neukonstruktion“ von Erfahrung und/oder Emotionen (bzw. deren Notwendigkeit) geschlossen wird (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 19f.), handelt es sich wissenschaftslogisch betrachtet um einen fragwürdigen Schluss, nicht zuletzt aufgrund einer impliziten Übergeneralisierung im inhaltlichen Bereich sowie einer Verkennung der Bedeutung des dialogischen Dreischritts resp. um einen naturalistischen Fehlschluss. Offenbar hatten die Autoren und die Autorin nur den konstruktiven Beitrag der Therapeutin im Sinn, wobei nicht trennscharf zwischen klassischem Konstruktivismus, den sozialkonstruktivistischen Paradigmen, den Konstrukten des kognitionspsychologischen Ansatzes und jenen von Rogers (1959/2009) unterschieden wurde. Vermutlich wurde die dritte Option anvisiert, ist doch das zitierte Werk von Greenberg, Rice & Elliot (1993/2003) mit seinen Aktivierungen von Schemen bestens geeignet, zwischen PZA und Kognitiver Psychologie bzw. zwischen GPT und KVT zu vermitteln (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 19f.). Die Konstruktion der Konstruktion scheint jedenfalls nicht phänomenologischen und auf die Person bezogenen Vorgehensweisen Vorschub zu leisten (s. u.).

Herausforderung 4:

Die Ideen der Nicht-Direktivität und des Interpretations-„Verbots“ entradikalisieren

Eckert (2015) hat auf einen bemerkenswerten historischen Bezugspunkt für Rogers' Nicht-Direktivität hingewiesen: „Rogers fand (...) wichtige seiner Auffassungen über menschliche Entwicklungsbedingungen bereits bei dem chinesischen Philosophen Laotse niedergeschrieben, der davon überzeugt war, dass

dann, wenn vermieden werde, Anweisungen zu geben, die Menschen selbst das rechte Verhalten fänden und dass, wenn vermieden werde, sie zu beeinflussen, die Menschen zu sich selbst finden, sie selbst werden würden“ (ebd., S. 338).

Im Jubiläumsartikel wird zunächst unter Berufung auf Höger (2006) einer wenig strikten Form der Nicht-Direktivität durchaus zugestimmt: 1. Der Therapeut gibt keine Beurteilung über die Persönlichkeit oder die *Problemsituation des Klienten*. 2. Er zwingt dem Klienten keine Themen auf. 3. Er vermeidet Interpretationen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben des Klienten stehen (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 20; Hervorhebung von M. G. & M. K.). In dessen könnten heute zumindest den Punkten 2 und 3 nicht nur die Autoren und die Autorin des Jubiläumsartikels zustimmen, sondern wohl die meisten Psychotherapeutinnen. Insofern wäre die GPT obsolet, und man bräuchte sie nicht mehr.

Bleibt Punkt 1: Es wird auf das Verständnis der GPT hingewiesen, dass der Klient aus seinem internen Bezugssystem zu verstehen ist. Dies bedeute jedoch, dass „der Therapeut *nur* als das spiegelnde Alter Ego des Klienten fungiert“ und „die Selbstaussagen des Klienten *lediglich* einfühlsam nachzuzeichnen“ wären (vgl. ebd., S. 21; Hervorhebungen von M. G. & M. K.). Aus dieser Beurteilung und Bewertung kann nicht hervorgehen, wie anspruchsvoll die Paraphrasierung im Sinne der GPT ist; dies nicht erst in kommunikativer und emotionaler Hinsicht (u. a. Empathie), sondern allein schon in ihrem kognitiven Bezug (u. a. Konzentration, mittelfristiges Gedächtnis). Dementsprechend muss auch verkannt bleiben, welche positiven Auswirkungen zwar möglichst vermiedene, aber nie vollständig auszuschließende *Abweichungen* vom Interpretandum bzw. ausschließlich *minimale* Interpretationen auf den therapeutischen Prozess haben (vgl. Klein & Galliker, 2007).

Aus welchen unausgesprochenen Gründen auch immer (Professionalisierungsdruck, quantitative Anforderungen von Institutionen, Kassenzulassung und/oder gar die im Jubiläumsartikel vorgeschlagene „Ergänzung“ des PCA durch die Bindungstheorie) wird im Artikel für eine Modellvorstellung im Sinne von „person to person“ resp. für eine „Verständigung zwischen zwei Experten“ plädiert, die unausgesprochen das Dreischrittmodell substituieren soll. „Dies bedeutet, dass der Therapeut nicht nur (aber natürlich auch) aus dem Bezugssystem des Klienten versteht, *sondern auch aus seinem eigenen*“ (Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 21; Hervorhebung von M. G. & M. K.). Es stellt sich die Frage, wie die Verständigung zwischen den beiden Experten zustandekommt. Die Antwort der Autoren und der Autorin lautet wie folgt: Durch eine „*Konsensbildung* zwischen Klient und Therapeut“ (vgl. ebd., S. 21; Hervorhebung von M. G. & M. K.).

Ein ‚Dialog‘ zwischen zwei (scheinbar gleichberechtigten) Experten verhindere, dass Aspekte des Klienten, die infolge

seiner Inkongruenz verzerrt seien oder gar nicht symbolisiert werden könnten, vom Therapeuten ebenfalls verzerrt wiedergegeben würden oder vom Diskurs ausgeschlossen blieben. „Wenn der Therapeut den Klienten nur aus dessen Bezugssystem versteht, bleibe auch der Therapeut (...) in dem *falschen* Selbstverständnis, in der Selbsttäuschung des Klienten befangen, es fehlt ihm die Möglichkeit eines *Korrektivs*“ (ebd., S. 21; Hervorhebungen von M. G. & M. K.).

Demnach beurteilt der Therapeut also doch die *Problemsituation des Klienten* (s. o.). Punkt 1 ist indes eine notwendige, wenngleich nicht hinreichende Bedingung der GPT. Eine die Person nicht nur bedingt wertschätzende, empathische Gesprächspsychotherapeutin begibt sich gerade in Gleichklang mit der Verzerrung; sie akzeptiert und versteht dieselbe möglichst ausschließlich aus dem Bezugssystem der Klientin heraus, was gerade den Ausdruck der dem Organismus innewohnenden Aktualisierungstendenz ermöglicht. Der interindividuelle Ansatz könnte so eingerichtet werden, dass er vor allem der Externalisierung des Intraindividuellen der Person zugutekommt (s. o.).

Welch verhängnisvolle Folgen es nach sich ziehen kann, wenn jemand sich berufen fühlt, bei einem hilfeschuchenden Gesprächspartner dessen Bezugssystem nicht unbedingt ernst zu nehmen und nicht zuletzt auch von seinem eigenen Bezugssystem ausgeht, um ihm ‚die Augen zu öffnen‘, kann im Schauspiel *Wildente* von Ibsen erlebt und auch gedanklich detailgenau nachvollzogen werden.

Natürlich muss bei einer Gesprächspsychotherapeutin auch Klarheit über ihr eigenes Bezugssystem bestehen. Dies geschieht jedoch nicht, indem sie eine Konsensbildung zwischen Klient und Therapeut anstrebt. Einer Lösung des Problems schon näher kam die neuere Psychoanalyse, indem sie seit Heimann (1950) nicht nur auf die Relevanz der Übertragung, sondern immer wieder auch auf die eminente Bedeutung der *Gegenübertragung* hinwies.

Exkurs zur Prozessanalyse

Die Gesprächspsychotherapeutin Brossi (2015) hat darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig es ist, dass wir mehr unvoreingenommenes Wissen für *alles* entwickeln, was wir in der Therapie produzieren und nachher, beispielweise in der Supervision, hören, und wir es schließlich auch wagen, nicht nur ausgesuchte Äußerungen, sondern *ganze Therapien* oder wenigstens wichtige in sich zusammenhängende Fragmente derselben – ohne Zensur – mit Kollegen und Kolleginnen zusammen anzuhören und vielleicht auch in ihrem Hergang und ihren Übergängen i. S. einer Prozessanalyse zu publizieren.

„Wir könnten dadurch vermehrt wahrnehmen, wie sich das anhört und anfühlt, wenn es uns *nicht* gelingt zu verstehen

und wir keine Bedingungsfreie Positive Beachtung empfinden. Wenn wir nicht verstanden werden. Wenn wir in Anspannung geraten, unsicher oder ungehalten sind. Wenn wir straucheln. Wir könnten uns so konkreter mit unseren Grenzen auseinandersetzen und wahrnehmen, wie wir uns zuweilen schützen müssen, um in einer Beziehung zu bleiben. Wir könnten sehen, dass wir auch mit diesen Grenzen hilfreich sein können und es genügt, auf unsere unvollkommene Art dabei zu sein und dabei zu bleiben – so lange wie eine therapeutische Beziehung besteht“ (ebd., S. 15; Hervorhebung von Brossi).

Brossis Beitrag beleuchtet, wie das „Bezugssystem der Therapeutin“ sich ihr selbst erschließen kann und primär im eigenen System sichtbar wird und schließlich auch mit jenem der Klientin zusammenwirken mag, *ohne* dass die Therapeutin gegenüber der Klientin aus *ihrem* Bezugssystem spricht. Therapeutinnen wagen solche Sichtbarmachungen bei und für sich, um sich selbst und damit letztlich auch der Klientin bzw. der therapeutischen Beziehung ein Weitergehen zu ermöglichen. Dabei wird es nicht selten gerade darum gehen, dass *keine* Veränderung, wie sie aus externer Perspektive von der Klientin oft erwartet wird, stattfindet. Nur so kann die Therapeutin dazu beitragen, dass sich der Klientin ein Freiraum eröffnet (s. u., Herausforderung 7).

Herausforderung 5: Eine Therapie-Technik in der Personzentrierten Psychotherapie? Zwischen therapeutischer Beliebigkeit und konzeptkonformen Handlungsleitlinien

Es trifft zweifellos zu, dass Rogers gegen das „Exekutieren einer Therapie-Technik“ war. Ein derartiger Umgang mit einer Therapietechnik wird auch im Jubiläumsartikel zurückgewiesen (vgl. ebd., S. 22). Andererseits wird in diesem Artikel angenommen, dass im GPT-Bereich die Gefahr „*therapeutischer Beliebigkeit*“ bestehe, gegen die sich schon Rogers gewendet habe, nicht zuletzt durch den Verweis der Notwendigkeit der „Passung der jeweiligen Technik“ (vgl. ebd., S. 22; Hervorhebung von M. G. & M. K.). Indes weiß jede ausgebildete Personzentrierte Gesprächspsychotherapeutin, dass die GPT ein therapeutisches Verfahren ist, das für die Klientin neue Perspektiven öffnet; für die Therapeutin aber *alles andere als beliebig* ist (man denke nur etwa an die Realisierung des Dreischritts; s. o.). Im übrigen sind Passung der Technik und therapeutische Beliebigkeit *keine* Gegensätze. Im Jubiläumsartikel wird jedoch der erste Begriff argumentfrei gegen den zweiten in Stellung gebracht.

Was unter „Technik“ zu verstehen ist, wird im Jubiläumsartikel nicht definiert. Es ist müßig, über den Begriff der Technik

zu streiten, wenn man sich nicht bewusst zu sein scheint, dass das Signifikat dieses Signifikanten mehr oder weniger weit gefasst werden kann. Natürlich kann man versuchen, über die nicht ausreichende Bestimmung des Begriffs ein bestimmtes Ziel zu erreichen, beispielsweise die Akzeptanz und Übernahme eigentlicher Techniken i. S. der KVT.

Exkurs zur Technik

Was ist mit Technik, therapeutischer Technik oder Methodik, gemeint? Empathisches Verhalten des Therapeuten, ein Bild malen in der Kinderpsychotherapie? Fragetechnik? Konfrontation? Handhabung der Gegenübertragung? Wäre nicht zu begründen, welchen Sinn oder auch Vorteil eine wie auch immer geartete Technik gegenüber der ‚Technik‘ des Zuhörens, des Paraphrasierens, des Verstehens bieten könnte? Zuhören scheint ja gerade deshalb so zentral zu sein, weil es die Blick verstellenden und Abwertungshaltungen kaschierenden Fragetechniken mancher Professioneller überwinden konnte (vgl. Rogers, 1942/1985).

Rogers hat zwar den Signifikanten „Technik“ im Bereich der Therapie und der Beratung nicht schlechthin abgelehnt, doch kann derselbe auch im ursprünglichen Sinne von *technè* (insb. Kunstfertigkeit) verstanden werden. Ebenso zutreffend dürfte sein, dass Rogers gegen die Verwendung *instrumenteller* Methoden oder Techniken war, die als solche den von ihnen betroffenen Menschen nicht intersubjektiv neue Wege eröffnen, sondern sie *objektivieren* und *kontrollieren* (vgl. u. a. Rogers & Skinner, 1956), was jedoch im Jubiläumsartikel mit keinem Wort thematisiert wird.

Hingegen wurde in diesem Artikel thematisiert, dass hinfort „Therapietechniken“ nicht länger tabuisiert werden sollten. So würden viele Personzentrierte Therapeuten ohnehin „über ein implizites Handlungsmodell verfügen, das heißt, sie haben zumindest vage Vorstellungen davon, wie sie ihr einfühlerndes Verstehen und ihre Kongruenz zum Ausdruck bringen wollen“ (vgl. ebd., S. 23).

Die zu explizierenden Techniken könnten für die Arbeit der Therapeuten immer nur einen Rahmen zur optimalen Vermittlung der „personzentrierten Kernbedingungen“ vorgeben, was folgende Möglichkeiten biete: 1. Beurteilung der Aktivitäten der Therapeuten (u. a. in der Supervision); 2. Verhinderung des Eindrucks einer völligen Beliebigkeit personzentrierten Handelns; 3. Sicherung der Identität des Verfahrens durch Integration der Störungstheorie; 4. Lehrbarmachung der Methoden; 5. Ermöglichung von Wirksamkeitsvergleichen (vgl. ebd., S. 23).

Diese pragmatischen Aspekte der Vorteile expliziter therapeutischer Methoden erfordern genaue Verhaltensanweisungen und Operationalisierungen; Operationen, denen wohl kaum in

Abrede gestellt werden kann, dass sie sehr viel mit *Objektivierung* und *Kontrolle* zu tun haben (s. o.). Das sind Vorgehensweisen, die das Eröffnen neuer Perspektiven eher behindern als fördern. Doch im Jubiläumsartikel wird wie folgt geurteilt: „Wir finden das Zurückweisen einer Therapietechnik durch personenzentrierte Autoren bedenklich. Sie setzen sich damit nicht nur in einen Gegensatz zu den Mainstream-Methoden, sondern sehr oft auch in einen Widerspruch zu ihrer eigenen Therapiepraxis“ (ebd., S. 23).

Demnach müssen sich Personenzentrierte Gesprächspsychotherapeuten den Vorwurf gefallen lassen, inkongruent zu sein, wenn sie sich *keine* Techniken aneignen, die geeignet sind, ihr Vorgehen dem Mainstream anzunähern. Wenn ein Personenzentrierter Therapeut darauf hinweist, dass die Gefahr besteht, dass „die Technik wichtiger wird als der Klient“ (vgl. Gutberlet, 2003), wird dies als eine „Gefahr heraufbeschwöre(n)“ abgetan; wenn ein anderer Therapeut befürchtet, dass die Unmittelbarkeit der Begegnung von Klient und Therapeut behindert werden könnte (Schmid, 1999), wird diese Aussage ebenfalls problematisiert. Ja, beiden Autoren wird gleichermaßen unterstellt, dass sie Rogers hinsichtlich des Ausmaßes von Nicht-Direktivität und der Distanz zum medizinischen Modell „überbieten“ möchten (vgl. ebd., S. 22).

Herausforderung 6:

Das klassische Inkongruenzmodell erweitern

Zu Beginn des Abschnittes 6 des Jubiläumsartikels wird festgestellt, dass es für das Veränderungsmodell Personenzentrierter Gesprächspsychotherapie „über Jahrzehnte hinweg (...) *keine* empirische Evidenz (gab), die diesem Modell (widersprach)“ (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2016., S. 24; Hervorhebung von M. G. & M. K.). Trotz dieser definitiven Affirmation des Modells, die indes wissenschaftstheoretisch betrachtet fragwürdig ist (s. u.), sind die Autoren und die Autorin des Jubiläumsartikels der Meinung, dass der Therapie- und Beratungsprozess in Zukunft „differenzierter“ zu betrachten sei, und dies „z. B. bezogen auf *Störungsbilder* und psychosoziale *Problemlagen*“ (vgl. ebd., S. 24; Hervorhebungen von M. G. & M. K.). Dass das „z. B.“ pars pro toto gemeint sein könnte, geht aus den folgenden Aussagen hervor, in denen auf die *ICD- und DSM-Manuale* hingewiesen wird. Ziel und Motivation diesbezüglicher Bemühungen kommen an der folgenden Textstelle zum Ausdruck: „Für das störungs- und problemspezifische Verständnis der personenzentrierten Theorie wurde bereits sehr viel getan. Der Hauptfokus war *gesundheitsspolitisch* vorgegeben. Es galt, die Wirksamkeit der Psychotherapieform differenziert für Störungskategorien *nachzuweisen*“ (ebd. S. 24; Hervorhebungen von M. G. & M. K.).

Exkurs zur Therapieforchung:

Es existieren neben der KVT-zentrierten Therapieforchung der akademischen Psychologie, insbesondere der kognitionspsychologisch ausgerichteten Klinischen Psychologie, auch verschiedene Zusammenstellungen zu den GPT-bezogenen Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung (u. a. Eckert, Höger & Biermann-Ratjen, 2006) sowie zum Stand der quantitativen und qualitativen Therapieforchung in diesem Bereich und ähnlichen therapeutischen Gebieten (u. a. Elliott, 2007).

Zusammenfassend betrachtet scheint Psychotherapie *generell* wirksam zu sein, wenn die den Gesprächspsychotherapeuten wohlbekanntes klassischen Haltungen, Vorgehensweisen und Voraussetzungen realisiert werden. Für den Therapieerfolg entscheidend werden seitens des Therapeuten u. a. Empathie, Respekt, Wertschätzung, Glaubwürdigkeit sowie Engagement gehalten. Demnach scheint bei psychischen Problemen die geeignetste Person, die man auswählen kann, ein Therapeut zu sein, der sich ähnlich verhält wie ein einfühlsamer Freund, dem man sich anvertraut, wenn man nicht mehr weiter weiß. Hierzu gibt es eine Reihe von Metaanalysen mit Befunden, die diesem Sachverhalt nahekommen (vgl. u. a. *Hattie*, 1984). Doch werden die betreffenden Befunde meistens nur im Zusammenhang mit dem Placebo-Effekt behandelt. Man scheint sich wenig bewusst zu sein, dass sie weitgehend schon von *Rogers* und anderen Gesprächspsychotherapeuten vorausgesagt wurden.

Allerdings scheint die Therapieforchung eher ein großangelegtes Legitimitätsverfahren für Psychologen und Therapeutinnen zu sein als ein wissenschaftliches Unternehmen, welches das Prädikat „wissenschaftlich“ auch wirklich verdient. Statt der Überprüfung bisheriger Erkenntnisse steht die Bestätigung der Effektivität im Vordergrund, ungeachtet dessen, dass es aus wissenschaftstheoretischer Sicht keine Verifikation, sondern allenfalls vorläufige Bewährung oder dann eben Falsifikation theoretischer Aussagen gibt (vgl. u. a. *Albert*, 1968/1969). An den Forschungsstellen der Universitäten, die sich i. d. R. an der KVT orientieren und auch selbst solche Therapien durchführen, werden meistens nur jene wenigen berücksichtigt, die überhaupt zu Ende geführt werden konnten. Und von den klinischen Fachzeitschriften werden meistens nur Bestätigungen der Effektivität angenommen.

Es scheint kaum Evaluationsstudien und Metaanalysen zu geben, die *kritisch-rationalen Wissenschaftskriterien* genügen (vgl. u. a. *Galliker*, 2016). Vergleiche zwischen professionellem und nicht-professionellem Gesprächsverhalten, die in der herkömmlichen Therapieforchung nicht systematisch berücksichtigt werden, sind nicht der einzige Grund, weshalb dieselbe zumindest fragwürdig ist. Es wäre eine Reihe weiterer Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die bisher weitgehend vernachlässigt wurden, beispielsweise die Tatsache, dass

die Untersuchungen nicht den in der Medizin beim Testen der Wirksamkeit von Medikamenten üblichen naturwissenschaftlichen Standards entsprechen. Doch ist hinzuzufügen, dass die bisherige Therapieforschung auch dann als fragwürdig bezeichnet werden müsste, wenn sie „doppelblind“ vorgegangen wäre und dies nicht schon aus ethischen sowie aus sachlogischen Gründen bei einem intersubjektiven Prozess unmöglich wäre. Bei den meisten Evaluationsstudien wird die Güte des Messinstruments (Reliabilität, interne und externe Validität) überhaupt nicht richtig abgeklärt, nicht besonders thematisiert oder höchstens am Rande auf sie hingewiesen. Meistens wird so getan, als hätte das Instrument keine Rückwirkung auf den therapeutischen Prozess. Auf die Frage der Repräsentativität wird nur in Ausnahmefällen eingegangen, das Operationalisierungsproblem meistens ignoriert, die Einschätzung der Bezugspersonen selten berücksichtigt, die Abbruchquote kaum je einbezogen, die Langzeitwirkung fast nie abgeklärt usw. usf. (vgl. u. a. auch Fonagy & Roth, 2005).

In Abschnitt 6 des Jubiläumsartikels wird im Weiteren auch darauf hingewiesen, dass hilfeschuchende Personen, die einen Verlust, eine traumatische Erfahrung oder eine massive Veränderung in ihrem Leben hinnehmen mussten, nicht unbedingt an *Inkongruenzen* leiden. In diesen Fällen sei es sicherlich plausibel, von einer Störung der Selbstentwicklung auszugehen, wobei es bedeutsame Differenzen zwischen Anpassungsstörungen und Traumatisierungen gebe, sei doch bei Letzteren das Selbstkonzept oft nicht konstant und kohärent. Hierauf basierend drängt sich für die Autoren und die Autorin *nicht* – wie doch zu vermuten wäre – das klassische Modell wiederum auf, sondern sie gelangen unmittelbar zu folgender Formulierung: „Eine Herausforderung könnte vielleicht sogar darin bestehen, eine inkongruenz-unabhängige und doch personenzentrierte *Pathologie* des Selbstkonzeptes zu entwerfen“ (Behr, Finke & Gahleitner, 2016, S. 24; Hervorhebung von M. G. & M. K.).

Indessen könnten mit einer „personenzentrierten Pathologie“ ohne Inkongruenz zweifellos weitere Klassifizierungsprobleme vermieden werden. Mit anderen Worten: Den Kategorien der ICD- und DSM-Manuale könnte viel mehr entsprochen werden.

Herausforderung 7: Beratung und ‚soziale Hilfen‘ – neue Wege personenzentrierten Denkens in der Praxis

Im Abschnitt 7 wird darauf aufmerksam gemacht, dass diverse Probleme der Sozialarbeit mit dem klassischen Inkongruenzmodell nicht hinreichend angemessen abgebildet werden. Schnell wechselnde soziale Bedingungen führten zu Problemen wie „Disembedding“, immer wieder neuen Entscheidungssituationen und Flexibilitätsansprüchen sowie zum

wiederkehrenden Auftrag von *Identitätsarbeit*, was „komplexe Lebensbewältigungsprozesse“ erfordere (vgl. ebd., S. 25).

Hieraus kann dem Anschein nach Folgendes expliziert werden: 1. *Gesundheitliche Überforderung*: Personen, die durch physische und/oder psychische „Krankheiten“ beeinträchtigt sind, können auf die schnell sich verändernden sozialen Voraussetzungen nicht hinreichend reagieren. 2. *Wirkungsmodell*: Im Feld Sozialer Arbeit sind „wirkungsorientierte Erklärungsmodelle wertvoll“ (vgl. ebd., S. 25).

Hinsichtlich Punkt 1 müsste indes vorgängig präzisiert werden, ob gemeint ist, dass bereits kranke Personen nicht adäquat reagieren können *oder* dass ihr Unvermögen die sog. Krankheit ausmacht. Doch wie dem auch sei: Auf den ersten Blick werden Ursache und Wirkung verwechselt. Allerdings kann jeweils aus der Wirkung eine neue Ursache hervorgehen. Letztlich können Ursache und Wirkung nicht auseinandergehalten werden wie bei einem linearen Modell. Hinsichtlich Punkt 2 stellt sich mithin die Frage, wie ein sinnvoll „Wirkungsmodell“ zu formulieren wäre. Ferner: Vermag ein Wirkungsmodell, das *keine* Aspekte eines *gegenstandsbezogenen* Handlungsmodells ausweist, überhaupt Wirkungen im sozialen Bereich zu widerspiegeln?

Da soziale Inkongruenzen nicht in die Argumentation aufgenommen werden, nur einmal ist am Rande von einem „inkonsistenten sozialen Umfeld“ die Rede (vgl. ebd., 26), müssen anscheinend die betroffenen Personen als „krank“ attribuiert und schließlich als Kranke verdinglicht werden. Unabhängig davon, ob dieselben unter einer psychosozialen oder gar sozioökonomischen Inkongruenz leiden oder nicht: mithin stellt sich die Argumentation als inkongruent heraus.

Exkurs zum Krankheitsbegriff

Gerade im sozialen Feld scheint das Personenzentriert Sein, das Sein Lassen und ‚nur‘ Zuhören(können), ein Begriff, der im Jubiläumsartikel nicht vorkommt, besonders relevant zu sein. Wahrscheinlich benötigt das Sein Lassen viel mehr Aufwand als jeder Lehrgang in neuen Techniken oder jede Einführung in psychopathologische Manuals.

Da die meisten Therapeuten und Therapeutinnen zur Mittelschicht gehören, deren Mitglieder oft wenig Wissen über Widersprüche und Zwänge besitzen, die insbesondere, wenn gleich nicht ausschließlich, in den unteren Schichten der Gesellschaft sowie in den Subkulturen spürbar sind, kommt u.E. dem ‚bloßen Zuhören‘ geradezu Priorität zu. Fehlt eine ‚Einsicht‘ in die Lebensvoraussetzungen der Klienten und Klientinnen, besteht die Tendenz, die Ursachen der Probleme zu personalisieren und zu psychopathologisieren. Insbesondere im Gebiet der Sozialen Arbeit ist die Verwendung des Krankheitsbegriffes abwegig, wenn er sich nicht auf konkrete körperliche Erkrankungen bezieht, die umgekehrt oftmals von den

Betroffenen sowie manchmal auch von Fachleuten nicht ausreichend wahrgenommen werden.

Eine wirkliche Herausforderung für den PCA sowie für andere Ansätze wäre es, sich mit dem überhand nehmenden Krankheitsbegriff auch wissenschaftlich auseinanderzusetzen. Eine als psychisch krank definierte Person würde den psychisch gesunden Menschen voraussetzen. Dabei ist es in vielen Fällen so, dass gerade eine pathogen erscheinende Lebensweise insofern als ‚gesund‘ gelten kann, als sie Dissonanzen auszudrücken vermag.

Schon eine Wortwahl wie „Disembedding“ (oder altdeutsch Nichteinbettung bzw. Entwurzelung) kann Menschen vorführen, dass offenbar ihre Sprache (und damit sie selbst) nicht genügen. Sprachliches, Psychisches, Soziales und auch Ökonomisches können oft nicht voneinander getrennt werden: In Deutschland leben viele ältere Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion, die ihren Kindern zuliebe hierher gezogen sind. Sie haben alles andere, was ihnen jahrzehntelang vertraut und wichtig war, zurückgelassen, weil sie in einer Konfliktentscheidung (z. B. Kinder vs. Heimat) eine der beiden Möglichkeiten wählen mussten. Sie vermissen ihre Alltagstätigkeiten sowie die Umgangssprache ihrer Heimat. Viele sind unglücklich, leiden, sind verstört und einige kommen schließlich mit dem Label „depressiv“ in die Psychiatrie. Ohne diese „Störung“ wären sie aber erst recht „gestört“, weil sie die vielen widersprechenden Lebensspuren nicht mehr in sich spüren könnten. Sie wünschen und suchen eine Kongruenz, die objektiv nicht gegeben ist. Eine 70jährige russlanddeutsche Frau sagte im Gespräch: „Ich habe zu meiner Enkelin gesagt, bleibe da, wo du in die Schule gegangen und aufgewachsen bist und du alle Leute kennst.“

In antagonistischen Gesellschaften bedeutet Kongruenz vornehmlich Kongruenz der Inkongruenz. Diese Nicht-Identität gilt es in Praxis und Theorie nicht zu verleugnen, sonst würde nicht nur das Konzept der Kongruenz ausgehöhlt oder gar in sein Gegenteil verkehrt, sondern auch die anderen Grundhaltungen der GPT würden erodieren. In der Praxis, die weitgehend ‚institutionszentriert‘ ist, kann sich deshalb eine ernsthafte und nicht bloss plakative Realisierung des PZA für die Beraterin oder die Therapeutin als schwierig oder gar als riskant erweisen, insbesondere in Ländern mit eingeschränktem Kündigungsschutz und/oder befristeten Anstellungsverhältnissen (Klein, 2009).

Fazit

Es ist sicherlich ein begrüßenswerter Vorschlag, den PCA zu aktualisieren und allenfalls zu differenzieren oder gar zu reformieren; keineswegs wären jedoch seine Errungenschaften

zu revidieren. Das Projekt würde allerdings einige theoretische Arbeiten voraussetzen, an erster Stelle im axiomatischen Bereich und im Weiteren in Bezug auf den Begriff der Inkongruenz oder auch bezüglich des Konzeptes des Selbst, auf das aus Platzgründen hier nicht eingegangen werden konnte, das aber in einer der nächsten PERSON-Hefte eingehend behandelt wird.

Literatur

- Albert, H. (1968/1969). *Traktat über kritische Vernunft*. Tübingen: Mohr (Paul Siebeck).
- Behr, M., Finke, J. & Gahleitner, S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod. *PERSON*, 20, 14–30.
- Brossi, R. (2015). Prozessanalysen – Juwelen aus der psychotherapeutischen Praxis. *PERSON*, 19, 7–15.
- Eckert, J., Höger, D. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Evaluation und Qualitätssicherung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie* (S. 267–293). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2015). Personenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In M. Galliker & U. Wolfradt (Hrsg.). *Kompodium psychologischer Theorien* (S. 338–341). Berlin: Suhrkamp.
- Elliott, R. (2007). Personenzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personenzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können. *PERSON*, 11, 93–104.
- Fäh, F. & Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2005). *What Works For Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. 2. Auflage. New York: Guilford Press.
- Galliker, M. (2016). *Ist die Psychologie eine Wissenschaft? Ihre Krisen und Kontroversen von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Wiesbaden: Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Greenberg, L. S., Rice, I. N. & Elliott, R. (1993/2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Gutberlet, M. (2003). Die personenzentrierte Haltung. Die Kraft, die Veränderung schafft. *PERSON*, 7, 15–23.
- Gutberlet, M. (2008). Integration anderer Therapieformen in die personenzentrierte Praxis – Wie viel Offenheit verträgt der Personenzentrierte Ansatz? In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemenskeri (Hrsg.). *Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 64–78). Wien: Krammer.
- Gutberlet, M. (2010). Zum Erfahren der Aktualisierungstendenz. *PERSON*, 14, 143–144.
- Gutberlet, M. (2015). Der therapeutische Prozess und dessen Bedeutung im Personenzentrierten Ansatz. Das Wiedergewinnen von Vertrauen in den Organismus. *PERSON*, 19, 16–25.
- Hattie, J. A. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 98, 401–407.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Klein, M. (2009). Personenzentrierte Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen. *PERSON*, 13, 40–53.

- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personenzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria. *PERSON*, 11, 127–139.
- Rogers, C. R. (1942/1985). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1977/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. & Skinner, B. F. (1956). Some issues concerning the control of human behavior. A symposium. *Science*, 124, 1057–1166.
- Schmid, P. F. (1999). Person-Centered Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie. *PERSON*, 3, 139–141.
- Wittgenstein, L. (1947/1971). *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wittgenstein, L. (1969/1971). *Über Gewissheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.