

# Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod

Michael Behr

Pädagogische Hochschule  
Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Jobst Finke

Universität Duisburg-Essen  
Deutschland

Silke Birgitta Gahleitner

Alice Salomon Hochschule  
Berlin, Deutschland

Der Beitrag skizziert Potenziale, den Personzentrierten Ansatz konzeptionell weiterzuentwickeln. Rogers selbst hat dies immer wieder gefordert. Wir schlagen diese Perspektiven vor: personzentriertes Denken möge > Konzepte von Störungen in personzentrierte Konstrukte integrieren und die Aktualisierungstendenz auch störungsspezifisch beschreiben; > das Bindungsbedürfnis neben der Selbstaktualisierung als gleichrangiges anthropologisches Bestimmungselement der Person sehen; > die Symbolisierung von Erfahrungen eher als ein Konstruieren denn als ein Aufdecken verstehen; > die Idee der Nicht-Direktivität entradikalisieren; > die Bedeutung von Interventionstechniken neben den klientenzentrierten Kernbedingungen und Grundhaltungen stärker profilieren; > die Störungs- und Veränderungstheorie über das klassische Inkongruenzmodell hinaus weiterentwickeln; > bei psychosozialen Problemlagen und in der sozialen Arbeit Interventionskonzepte entwickeln, die die Vernetzung der Person stärker berücksichtigen.

*Schlüsselwörter:* klientenzentriert, Psychotherapie, Beratung, Störung, Intervention, Emotion

**Being person-centered — Seven challenges for the future — 20 years PERSON and 30 years after Rogers' death.** The article outlines potentials of developing the person-centered concepts. Rogers himself has repeatedly claimed this. We suggest these perspectives: person-centered thinking may > integrate concepts of disorders into person-centered constructs and describe the actualizing tendency in a disorder specific way; > see both the need for self-actualization and for attachment as a basic anthropological characteristic of the person; > understand the symbolization of experiences more as a process of construction than of uncovering; > de-radicalize the idea of non-directivity; > more explicitly acknowledge the meaning of techniques of intervention alongside the client-centered core conditions and attitudes; > further develop the theory of pathology and change beyond the classical model of incongruence; > develop interventions for psychosocial problems and social work that pay more attention to a person's interpersonal networks.

*Keywords:* client-centered, psychotherapy, counselling, disorder, intervention, emotion

Ein Beratungs- und Psychotherapieverfahren muss sich stets weiterentwickeln. Durch solche Weiterentwicklungen scheint manchmal die Identität eines Verfahrens infrage gestellt zu sein. Größere Neuerungen bewegen sich so oft im Dilemma zwischen Fortschritt und dem Schutz zentraler Bestimmungsmerkmale, besonders wenn Erweiterungen oder Aufgabe zentraler

Konzepte diskutiert werden. Auch der Personzentrierte Ansatz (PZA) hat diesbezüglich eine reiche Geschichte und befreit sich heute als ein komplexes Gebilde mit mehreren Schulen (Lietaer, 2002; Sanders, 2012). Dies scheint in Einklang mit Rogers zu stehen, der stets Entwicklungen und Forschungsbezug vorgeschlagen hat.

---

**Prof. Dr. Michael Behr** ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/ Supervisor. Autor und Herausgeber diverser Bücher, Mit-Herausgeber von Person-centered and Experiential Psychotherapies und von PERSON. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow, Freiburg und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelte er das Konzept der Interaktionsresonanz. Kontakt: michael.behr@ph-gmuend.de

**Dr. Jobst Finke**, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie Neurologie/Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigter Weiterbilder für Psychotherapie. Publikationen zur Wirksamkeitsforschung stationärer PZT.

Buchpublikationen: Empathie und Interaktion (Thieme 1994), Beziehung und Intervention (Thieme 1999), Gesprächspsychotherapie (Thieme 2009), Träume, Märchen, Imaginationen (Reinhardt 2013). Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

**Prof. Dr. phil. habil. Silke Birgitta Gahleitner** war langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen für traumatisierte Frauen und Kinder sowie in eigener Praxis tätig. Seit 2006 lehrt und forscht sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin, von 2012 bis 2015 war sie im Zuge eines Forschungsaufenthaltes an der Donau-Universität Krems tätig. Kontakt: sb@gahleitner.net

Noch ein Jahr vor seinem Tod, bei der ersten Konferenz der ADPCA 1986 in Chicago, sagte er:

“It’s part of the whole pushing forward that I feel is part of the client-centered ethos that we don’t stay in one spot. I hope, I hope, I hope. We’re always on the move, to a new theory, new ways of being, to new areas of dealing with situations, new ways of being with persons. I hope that we’re always a part of the ‘growing edge.’” (Rogers, Cornelius-White & Cornelius-White, 1986/2005, p. 395 f.)

Wie konsistent er diese Position der Offenheit während seines gesamten professionellen Wirkens vertrat, belegt dieses Zitat aus 1949 (!):

“Adherents of any clinically effective procedure tend to become dogmatic. ... As the clinician’s emotional security becomes tied up with dogma, he also becomes defensive, unable to see new and contradictory evidence. But when research is persistently undertaken, the security which all of us must have tends to become lodged, not in dogma, but in the process by which truth is discovered, in scientific method.” (Rogers, 1949b, p. 152)

Dieser Text, Ergebnis einer Einladung der Jubiläumsheft-herausgeber<sup>1</sup>, fokussiert vielversprechende Entwicklungsbe- reiche personenzentrierten Denkens, für deren Zukunft wir große Potenziale sehen. Es ist eine subjektive Auswahl, und wenn die- ser Text Diskussion, kreatives Weiterdenken und Erweiterun- gen anstößt, dann hat er seinen Zweck erfüllt.

Andere Psychotherapieverfahren haben sich zum Teil dra- matisch verändert. Beispielsweise hat die Psychoanalyse sich neuen entwicklungspsychologischen Forschungsergebnissen geöffnet, zunächst Mahler mit dem Symbioseparadigma, das den Weg zur Theorie der „frühen“ Störung öffnete. Dann fand die Säuglingsforschung von D. Stern bei vielen Psychoanalyti- kern großes Interesse, wodurch das Mahlersche Paradigma wie- der zugunsten interaktioneller Auffassungen verworfen wurde. Dies hatte substanzielle Folgen für die Störungs- und Behand- lungstheorie. Auch spielt heute die Triebtheorie nur noch eine untergeordnete Rolle – eine Umbenennung in „psychodyna- mische“ Verfahren wurde vorgenommen. Daneben hat die Ver- haltenstherapie konsequent nahezu jede neue Methode als Teil ihres Ansatzes definiert, die irgendwie als psychologisch und evidenzbasiert ausgewiesen werden kann, etwa die „Schemathe- rapie“, das Prinzip der „Achtsamkeit“ oder auch die „Klärungs- orientierte Therapie“ von Sachse. Manche dieser Konstrukte wurzeln eher in personenzentrierten Auffassungen über Verän- derungsprozesse der Person als in lernpsychologischer Logik.

Auch das personenzentrierte Konzept zeigt kontinuierliche Entwicklungen.

Als „experienzielle“ Methoden wurden das Focusing (z. B. Gendlin, Feuerstein, Müller, Wiltschko) und die emotionsfo- kussierte Therapie (z. B. Elliott, Greenberg, Lietaer, Johnson,

Stiles, Vanaerschot, Watson) in den Rahmen des Personzen- trierten Ansatzes gestellt.

- Interaktionelle Auffassungen über den Therapieprozess wur- den in Konzepte gegossen: Sich selbst einbringende The- rapeuten (Pfeiffer, Finke, Schmid, Barrett-Lennard), das Konzept der „relational depth“ (Mearns, Cooper), die inter- aktionelle Spieltherapie (z. B. Behr, Wakolbinger), die Prä- Therapie (z. B. Prouty, van Werde, Pörtner).
- Störungsspezifische Behandlungskonzepte verbunden mit innovativen störungsspezifischen Inkongruenzkonzepten wurden vor allem im deutschsprachigen Bereich herausge- arbeitet, sowohl für die Erwachsenen- (z. B. Finke, Teusch, Swildens) als auch für die Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapie (Behr, Hölldampf & Steiger, 2012).
- Konzepte für die Arbeit mit Gruppen (z. B. Lietaer, Vanaer- schot, Snijders, Schmid) bis hin zu Familienaufstellungen (Schmid) und einer Personzentrierten Familientherapie (O’Leary, Gaylin) bzw. Filialtherapie (Guernsey, Landreth, Goetze) zeigen sich heute sehr differenziert.
- Auch kreative Medien (z. B. N. Rogers, Groddek) und Ima- ginationsarbeit sowie die Arbeit mit Träumen und Märchen (z. B. Finke) wurden entwickelt, auch für die Kinder- und Jugendtherapie (Weinberger, Goetze).
- Für die Verbindung personenzentrierter Arbeit mit benach- barten Therapieansätzen gibt es Ansätze, z. B. zur existenzi- alistischen Therapie (Stumm, Cooper), zur Verhaltensthe- rapie (Tausch), zur systemischen Therapie (Kriz, Ziebertz).

Nicht alle Neuerungen und Personen, die hier wahrscheinlich auch eine Nennung verdienen, können in dieser Kurzübersicht erfasst werden. Dessen ungeachtet sehen wir, die Autoren, an- geregt von den Herausgebern dieses Jubiläumsheftes, für den Personzentrierten Ansatz eine Reihe von zukünftigen Heraus- forderungen, die wir in den folgenden Abschnitten zur Diskus- sion stellen möchten.

#### Herausforderung 1:

#### Die Aktualisierungstendenz und ihre Implika- tionen für das Verhältnis des Personzentrierten Ansatzes zu „Krankheit“ und „Störung“

Mit dem Begriff „Aktualisierungstendenz“ wollte Rogers (1959a/1987, S. 21f.) die dem Organismus innewohnende Ten- denz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten“ bezeichnen. Gemeint ist eine die gesamte Natur durchwaltende Lebens- kraft mit ihrer Tendenz zu Wachstum, zum ständigen Werden, zur Entfaltung sowie zur Ausdifferenzierung und Komplexi- tätsgenerierung. Für Rogers ist die „Aktualisierungstendenz“ ein grundlegendes „Axiom“ (ebd.). Stumm und Keil (Stumm,

1 Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

2010; Stumm & Keil, 2014, S. 4) verstehen dies so, dass sie in dieser Position eine Art „Glaubenssatz“, eine Grundüberzeugung sehen, die sich als ein „metapsychologisches Konzept“ einer empirisch-wissenschaftlichen Überprüfung entziehe.

Ideengeschichtlich ist dieses Konzept der Lebenskraft und des *elan vital* (Bergson, 1907/2013) in der Lebensphilosophie und im Vitalismus zu verorten, Bewegungen, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen großen Einfluss auch in der Psychologie hatten und zur Ausformulierung der Gestalt- und Ganzheitspsychologie beitrugen. Es wurde hier das Schöpferische, immer wieder Neues Hervorbringende einer Lebensaktivität betont, die mit der Intuition eher zu erfassen sei als mit analytischer Logik und empirischer Wissenschaftlichkeit. Rogers wurde im Sinne eines lebensphilosophischen Denkens u. a. von Angyal, Driesch und Goldstein inspiriert (Kriz & Stumm, 2003). Dieser Denkansatz fand für ihn in der Systemtheorie eine schlüssige Fortführung (Kriz, 2010).

Zwar ist das Axiom „Aktualisierungstendenz“ innerhalb unseres Ansatzes insgesamt in verschiedenster Hinsicht umstritten (Stumm, 2010), und es lässt noch viele Fragen offen (Höger, 2010). Aber es hat vermutlich den Änderungsoptimismus nicht weniger Personenzentrierter Therapeuten stimuliert. Das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungskraft des Klienten und seine Wachstumspotenziale begründet eine nichtdirektive Position, insofern auf dem Boden dieses Vertrauens ein Verzicht auf ein Lenken, Korrigieren und Belehren gerechtfertigt erscheint (Rogers, 1942a/1992, S. 108f). Außerdem wird der Therapeut hierdurch zu einem ressourcenorientierten Arbeiten motiviert. Er wird nachdrücklicher auf die möglichen Potenziale und Stärken des Klienten schauen als auf seine Defizite und bemüht sein, dessen Stärken und Ressourcen zu identifizieren und zu fördern. Insofern ist mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz auch schon der Weg zur Bewegung der Positiven Psychologie (Schipper, 2015) vorgezeichnet.

Eine Herausforderung für die Personenzentrierte Psychotherapie dürfte indes darin bestehen, bei dieser „positiven“ und optimistischen Orientierung nicht blind zu werden für die Schwierigkeiten des Klienten, für seine „Problemstellen“, seine Einschränkungen, seine dysfunktionalen Einstellungen und Verhaltensweisen. Das bedeutet also, die Einschränkungen des Klienten nicht aus quasi ideologischen Gründen völlig ausblenden zu wollen. Für manche Autoren innerhalb unseres Ansatzes, besonders aus dem englischsprachigen Raum, scheint jedoch so etwas wie ein Pathologisierungstabu besonders bestimmend zu sein. Sie vermeiden etwa Begriffe wie „disorder“, und sprechen stattdessen z. B. nur von „distress“ (Sanders, 2007) oder auch einfach nur von einem „Prozess“. So ist hier statt von „personality disorder“ die Rede vom „difficult client process“. Eine durchaus ebenso treffende wie subtile Beschreibung eines Klienten mit Borderline-Symptomatik von Warner

(2013) erscheint nicht unter dem international gebräuchlichen Terminus „borderline personality disorder“, sondern unter der Bezeichnung „fragile process“. Für manche ist auch die Anwendung des Begriffs „Krankheit“ selbst im Falle der Schizophrenie nicht akzeptabel, weil nicht personenzentriert, da dieser Begriff zu sehr dem „medizinischen Modell“ nahestehe (Sanders, 2007). Aber nicht nur bestimmte Störungen dürfen hier als solche nicht benannt werden bzw. nicht nach den Regeln der internationalen scientific community angesprochen werden, schon gar nicht dürfen sie zu einem Zielpunkt therapeutischen Arbeitens werden. Ein therapeutisches Fokussieren auch der „Probleme“ des Klienten ist demnach nicht mehr konzeptkonform: „problem-centered is not person-centered“ (Mearns, 2004). Wenn dergestalt nur die Person in ihrer ganzheitlichen Unversehrtheit im Fokus der therapeutischen Wahrnehmung stehen darf, so verkennt doch ein solches Verständnis, dass für einen Personenzentrierten Therapeuten immer die Auseinandersetzung der Person mit ihrem Problem oder ihrer Störung im Mittelpunkt des Interesses steht. Ein der Tendenz nach problem-isolierendes, also von der betroffenen Person absehendes, Vorgehen mag für die Verhaltenstherapie nicht völlig unüblich sein, für den PZA ist uns ein solches Vorgehen von keiner Seite bekannt. Auch die störungsspezifischen Ansätze innerhalb unseres Verfahrens würden völlig verkannt, wenn sie im Sinne einer solchen Problemisolierung verstanden würden. Außerdem: Der Klient sucht doch den Therapeuten in der Regel wegen bestimmter Probleme, bestimmter Beschwerden oder Störungen auf, und sein primäres Anliegen ist meist die Behebung dieser Beschwerden oder Störungen. Würde es da nicht der Klientenzentrierung widersprechen, wenn der Therapeut diesem Anliegen des Klienten gar keine unmittelbare Beachtung schenken und erklären würde: „Es geht hier nicht um Ihre Beschwerden oder Ihre Probleme, sondern nur um Ihre Person!“? Entspricht die bezeichnete Position nicht gerade einer sehr therapeutenzentrierten Einstellung? Für uns ist „problem-centered is not person-centered“ auch ein Beispiel für eine eigentlich unsinnige Kontrastierung (wie manchmal auch bei der Polarisierung von „direktiv – nicht-direktiv“; vgl. Herausforderung 4), da hierdurch die Komplexität und die gegenseitige Verschränkung der jeweiligen Phänomene verdeckt wird.

Auch im deutschsprachigen personenzentrierten Schrifttum und auf personenzentrierten Tagungen wird nicht selten vor einer „Pathologisierung“ der Klienten gewarnt. Nun mag angesichts der heutigen Gesundheitsindustrie mit ihren vielfältigen und z.T. eben auch unsinnigen Angeboten eine solche Warnung nicht völlig unberechtigt sein. Andererseits sollte sich der PZA vor einer Dämonisierung des Pathologischen hüten, schon weil dadurch letztlich die Klienten stigmatisiert werden, die wirklich unübersehbar krank sind. Außerdem gehören

zur *conditio humana*, zur Grundbedingung des Menschseins, nicht nur das Wachstum und die Entfaltung scheinbar unendlicher Möglichkeiten, sondern auch so etwas wie Krankheit, Niedergang, Zerfall und Tod. Dieses anzuerkennen gehört auch zu einer humanistischen Position. Bei dieser Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, dass „Krankheit“ in unserem politischen System auch ein Rechtsbegriff ist. In den 1960er-Jahren wurde es als großer Fortschritt angesehen, als in der damaligen BRD auch neurotische Störungen als Krankheiten anerkannt wurden, womit die Krankenkassen auch für die Psychotherapie ihrer Mitglieder leistungspflichtig wurden. Eine solche Leistungserbringung könnte die Krankenkasse verweigern, wenn der Therapeut darauf besteht, seinen Klienten nicht zu „pathologisieren“. Es gehört u. E. auch 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.

Rogers hat einen Wesenszug der Aktualisierungstendenz in einer Entwicklung zunehmender Differenzierung und Komplexität gesehen (Rogers, 1980a/1981, S. 69). Eine solche Entwicklung kann aber auch bedeuten, dass es zwischen den einzelnen, sich ausdifferenzierenden Teilen zu Konflikten kommt. Genau dies spricht Rogers an, wenn er sagt,

„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.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22)

Man hat diesen Sachverhalt auch dargestellt als die Differenz von Selbstentfaltung und Selbsterhaltung (Höger, 2006). Das starre, auf Erhaltung bedachte Selbstkonzept verhindert die „akkurate Symbolisierung“ (Rogers, 1959a/1987, S. 24) und damit die Integration des organismischen Erlebens, was wiederum eine Blockierung einer weiteren Entfaltung der Person bedeutet. Eine Herausforderung für den PZA sehen wir darin, im Sinne einer speziellen Störungstheorie anhand von ausführlichen Fallvignetten für je verschiedene Störungen diese Differenz von Selbsterhaltung und Selbstentfaltung darzustellen. Es müsste hierbei eine Antwort auf die Frage nach der phänomenalen Beschaffenheit der beteiligten Faktoren bei verschiedenen Störungen versucht werden (für einige Störungen haben wir das versucht; Finke, 2009). Die Frage würde dann lauten: Ein wie konfiguriertes Selbstkonzept verhindert bei der Störung X die akkurate Symbolisierung welcher Aspekte der organismischen Erfahrung? Solche Versuche würden eine erhebliche Erweiterung des Theorie-Potenzials des PZA bedeuten (vgl. hierzu auch Herausforderung 6).

## Herausforderung 2:

### Die Person zwischen Autonomie und Bindung

Selbstaktualisierung und Beziehung, frei und verbunden, autonom und abhängig sein, diese Dualitäten wurden von Rogers von Beginn an als grundlegend für das Verständnis der Person gesehen. Die Aktualisierungstendenz sieht er allerdings als das einzige Motiv seines theoretischen Systems. „Es gibt keine Homunkuli, keine anderen Energie- und Aktionsquellen in diesem System“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22). Er schlägt vor, wie auch sein Schüler Standal (1954), den Wunsch nach positiver Beachtung als eher sekundär bzw. gelernt anzusehen: „Das Kind lernt, Liebe zu benötigen“ (Rogers, 1959a/1987, S. 50). Andererseits betonte Rogers stets, der Mensch sei von Natur aus sozial, und er habe ein Grundbedürfnis nach positiver Beachtung. Bubers „Ich und Du“ (1923) faszinierte Rogers. Die Person erfährt sich durch das Gegenüber, ohne den Anderen kann sie nicht Person sein. Je unbedingter sie vom Gegenüber bedingungsfreie Wertschätzung erfährt, desto direkter auf das Erleben gründend kann sie ihr Selbst entwickeln. Sie wird kongruenter und autonomer von den Bewertungen Anderer.

Rogers' Beziehungsverständnis hat so zwei Elemente: ein anthropologisches, das Bedürfnis nach Beziehung definiert Person-Sein, und ein entwicklungsbezogenes, die Qualität der erlebten Beziehungen, beeinflussen die Entwicklung der Person. Beide Aspekte erfuhren bis heute eindruckliche Differenzierungen. So hat Schmid (z. B. 2007, 2008, 2013) immer wieder den sozialen Charakter des Person-Seins theologisch und philosophiegeschichtlich vertiefend betrachtet und Rogers' Grundüberlegungen dazu herausgearbeitet. Die Mehrzahl der Überlegungen fokussiert allerdings den Entwicklungsaspekt: Wie führen besonders gestaltete Beziehungserfahrungen zu günstigen Entwicklungen der Person, und wie kann man damit Hilfe optimieren? Als bis heute sehr einflussreich erweisen sich Carkhuffs (1969) Differenzierungen des Authentisch-Seins. Er machte Aspekte der Beziehungsgestaltung mit Ratingskalen für Selbsteinbringung, Unmittelbarkeit und Konfrontation der empirischen Forschung zugänglich und operationalisierte damit die von Rogers in bestimmten Situationen geforderte „Transparenz“ des Therapeuten (Rogers, 1977, S. 26).

Mearns und Cooper schlagen „Relational Depth“ (2005) als ein Therapieprinzip vor (vgl. auch Barrett-Lennard, 2013), und auch die Autoren dieses Textes haben versucht, dazu Beiträge zu geben (Behr, 2012; Finke, 2008; Gahleitner, 2005). Die Bedeutung von therapeutischen Beziehungserfahrungen wird nicht nur in dem eindrucklichen Band von Norcross (2002) herausgearbeitet, auch aus einer schulenübergreifenden Perspektive bezeichnet Grawe (1998) die therapeutische Beziehung als einen substanziellen Wirkfaktor. Seither konnte die Psychotherapieforschung „in mehr als 1000 empirischen Befunden

nachweisen ..., dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg ist“ (Bastine, 2008, S. 11; vgl. auch Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Soll man es nun so sehen: Die Selbstaktualisierung der Person sei Bestimmungsmerkmal und zentrales Entwicklungsziel des Menschen, die helfende Beziehung nur der Wirkfaktor? Rogers könnte man manchmal so interpretieren, aber aus Schmid's anthropologischen Überlegungen lässt sich diese Aufteilung nicht ableiten und auch nicht aus der Sicht, dass die Beziehung nicht die Therapie unterstütze, sie sei vielmehr die Therapie (Auckenthaler, 2008; Höger, 2000). Wir sehen die Gefahr, dass das personenzentrierte Konzept hier unausgewogen wahrgenommen wird: durch die Wirkfaktoren-Konzepte, das Fokussieren auf die Selbstaktualisierung und durch die traditionelle Konnotation der Humanistischen Psychologie mit Wachstums- und Selbstentfaltungsziele.

### *Historischer Exkurs*

Die Prominenz des Selbstaktualisierungsziels ist ein Kind der sich seit der Renaissance in Europa entwickelnden Idee des Individualismus, die in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in der anglo-amerikanisch-europäischen Welt eine besondere Zuspitzung erfuhr, u. a. im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Existenzphilosophie. Generell hat der Individualismus in der Renaissance langsam begonnen, sich auszubilden, und wurde schließlich in der Aufklärung ausformuliert als das Recht jedes Einzelnen, nach seiner Façon glücklich zu werden. Kant proklamierte „den Ausgang des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit“ und damit die Emanzipation aus ideologischen Abhängigkeiten, also den geistig autonomen Menschen.

Die Person sucht nicht nur nach Selbstaktualisierung, sondern auch nach Bindung. Bindungssuche ist, ebenso wie die Aktualisierungstendenz, ein universales Prinzip. Beide Motivationen werden im Personenzentrierten Ansatz wie auch in der Bindungstheorie als anthropologisch fundamental gesehen (Bowlby, 1969; Grossmann & Grossmann, 2004). Eine – fiktive – sich optimal selbstaktualisierende Person, die sämtliche organismischen Erfahrungen unverzerrt wahrnehme, auch fehlende Wertschätzung bzw. Unverständnis der sozialen Umgebung, würde sich selbst als bizarrer Außenseiter, bestenfalls als kreativer Sonderling fühlen – selbst dann, wenn es ihr gelänge, sich angepasst zu verhalten.

Höger (2007; Höger & Müller, 2002; Höger & Wissemann, 1999) erlabierte zahlreiche Parallelen der Bindungstheorie mit der personenzentrierten Theorie und gewann daraus auch therapiepraktische Entwicklungen. In Verbindung damit formulierte Biermann-Ratjen (2002, 2006) Aspekte einer personenzentrierten Entwicklungspsychologie, auch unter Einbezug

der Säuglingsforschung. Letzteres geschieht auch aus der Perspektive der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und führt dort dazu, dass interaktionelle Interventionskonzepte und störungsspezifische Vorgehensweisen (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 2002) erarbeitet werden.

Eigentlich sind die interaktionellen Aspekte der Personzentrierten Psychotherapie so ausführlich beleuchtet worden, dass hieraus nicht unbedingt weitere Herausforderungen abzuleiten wären. Angesichts der Bedeutung dieses Feldes sehen wir es aber als nötig an, die Arbeiten von Höger und von Biermann-Ratjen weiterzuführen. Außer im Sektor der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sehen wir im Moment niemanden, der dies im deutschsprachigen Bereich unternähme. International sieht es noch dürftiger aus. Verbindungen der personenzentrierten Theorie mit der Bindungstheorie sucht man im englischsprachigen Bereich vergebens. Im *Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counseling* (Cooper, O'Hara, Schmid & Bohart, 2013) wird Bowlby nur ein einziges Mal randständig zitiert. Ähnlich sieht es in „Praxis der Personzentrierten Psychotherapie“ (Stumm & Keil, 2014) aus, dem gegenwärtigen deutschsprachigen „State of the Art“. Nur im flämischen Sprachraum wird die Bindungstheorie etwas näher wahrgenommen: im „Handboek Gesprektherapie“ (Lietaer, Vanaerschot, Snijders & Takens, 2008). Einige Kapitel über Kindertherapie, Persönlichkeitsstörungen und insbesondere Emotionsfokussierte Paartherapie ziehen Verbindungslinien.

Der Personzentrierte Ansatz braucht das Konzept der Bindung und die Bindungstheorie als eine der heute dominierenden psychologischen Entwicklungstheorien für das sozial-emotionale Geschehen in der Person. Dies ist nicht nur theoretisch bedeutsam. Für Klienten geht es um die konstruktive Verbindung, also eine sinnvolle Ausgewogenheit von Selbstaktualisierungs- und Bindungsbedürfnissen. Autonomie und Bindung, Selbstverwirklichung und In-Beziehung-Sein stellen jeweils Grundbedürfnisse des Menschen dar. Für Therapiepraktiker ist dies wahrscheinlich selbstverständlich, beide Pole sind meist zentrale Therapiethemen. Besonders zeigt sich dies in der Jugendtherapie, die nicht nur deutlich interaktioneller als jede Erwachsenentherapie abläuft und in der Themen wie Bindung, Zugehörigkeit, Abgrenzung und Annäherung an Andere merklich gegenüber klassisch selbstexplorativer Arbeit dominieren. Auch die Gruppen- und Familientherapie tangieren in besonderer Weise Beziehungs- und Zugehörigkeitsthemen. Dafür gibt es personenzentrierte Konzepte, z. B. von Schmid (1994, 1996, 2013), oder von Snijders und Lietaer (2014) für die Gruppentherapie, O'Leary (1999, 2012) oder Gaylin (2001) für die Familientherapie. Wir halten es für eine bedeutende Herausforderung, dass diese Konzepte weitergeführt werden, breiter werden und auf mehr Schultern ruhen.

Für unser Menschenbild halten wir es für wichtig, neben der Selbstaktualisierung auch die Bindungsbedürfnisse als anthropologisch fundamental zu sehen. Die Bindungstheorie konnte sich in modernen Konzeptionen entlang einer „Post-Bowlbyschen-Denkweise“ (Drieschner, 2011, S. 11) inzwischen auf Netzwerkaspekte und gesellschaftliche Zusammenhänge, also Aspekte angemessener Einbettung erweitern (Gahleitner, 2011). Die „Post-Bowlbysche-Denkweise“ umfasst modernere Entwicklungen der Bindungstheorie, die sich nicht mehr auf die ersten Lebensjahre und auf innerfamiliäre Bezugspersonen begrenzt, sondern die Bindungstheorie zu einem flexiblen und umfassenden Konzept einer Sozialitätsentwicklung durch Begegnung weiterentwickelt hat. Waren Mitte des vergangenen Jahrhunderts die Selbstverwirklichungsideale der Humanistischen Psychologie wegweisend für viele soziale Entwicklungen, so sind es heute, ein halbes Jahrhundert später, auch Prinzipien wie z. B. der Umgang mit Vernetzungen, das Handhaben von Beziehungen und das Abwägen von Autonomie- mit Bindungsbestrebungen.

### Herausforderung 3: Von der Bewusstwerdung zur Konstruktion und Verarbeitung des Erlebens

Wie integriert die Person eine neue Erfahrung in das Selbstkonzept? Die Erfahrung, dass plötzlich ein neues Gefühl oder ein neuer Aspekt des Selbst entsteht, ist ausgesprochen mächtig. Viele Metaphern in der Alltagssprache von Therapeuten und Klienten gründen noch immer im Bild des Aufdeckens von Nicht-Wahrgenommenem. Beispiele hierfür sind: mit Gefühlen in Kontakt treten, auf der Suche nach dem Selbst sein, das wahre Selbst entdecken, ein Gefühl entdecken, herausfinden, was es in mir ist, das mich von diesem oder jenem abhält. Diese Metaphern verwenden das Bild einer Oberfläche, unter welcher wesentliche Erfahrungen verborgen scheinen. Therapeut und Klient wären herausgefordert, dort einzutauchen wie in einen See, um auf dem Grund fündig zu werden – eine sicherlich von Freud und Rogers beeinflusste Allegorie. Tatsächlich hat Rogers in seiner 2-Zirkel-Zeichnung von 1951 (Rogers, 1951a, S. 452) und in seinen 19 Thesen zur Persönlichkeitstheorie „unterschwellige organismische Erfahrungen“ (ebd.) konzeptualisiert. Die Erfahrungen, die in diesem Bereich stattfinden, werden als existent angenommen, jedoch „have in the past been denied to awareness or distorted in awareness“ (Rogers, 1959a, S. 216).

Andererseits, und in gewissem Widerspruch dazu, unterstreicht unsere Theorie immer den dynamischen Charakter des Selbst, die sich ständig verändernden Konfigurationen des Selbst, in denen Emotionen immer neu deutlich werden. Rogers

beschreibt die sog. „fully functioning person“ (1963/1974) nicht als Person, die ein ‚wahres Selbst‘ gefunden hätte, sondern als Person, deren Selbst sich von Moment zu Moment verändert (vgl. auch Bohart, 2007). Ihre Eigenschaften beschreibt Rogers (1959a/1987, S. 59) u. a. so: „Die Selbststruktur ist eine fließende Gestalt, die sich im Prozess der Assimilation neuer Erfahrungen verändert. ... Jeder neuen Situation tritt das Individuum mit Verhalten gegenüber, das eine einmalige kreative Anpassung an das Neue des Augenblickes darstellt.“ Er vergleicht die „fully functioning person“ mit einem riesigen Elektronengehirn, das alle neuen einfließenden Wahrnehmungen immer neu zu den gespeicherten in Beziehung setzt und von Moment zu Moment neu den besten Weg zur Bedürfnisbefriedigung errechnet (Rogers, 1974, S. 275).

Rogers betonte stets, besonders nachhaltig in seinem berühmten Dialog mit Martin Buber, dass die Erfahrungen des Klienten und des Therapeuten gleichberechtigt sind. Beide Erfahrungswelten existieren gleichwertig, und der Therapeut hat kein legitimes Recht, die innere Welt des Klienten zu beurteilen – *oder gar anzunehmen, dass verborgene Gefühle vorhanden sind, die der Klient nicht wahrnehme.*

Wir sehen die Herausforderung, diese Widersprüche anzufassen (vgl. auch Behr, 2009; Behr & Hölldampf, 2011). Neuere Konzepte der personenzentrierten und insbesondere der experientiellen Arbeit argumentieren, dass es in der Therapie nicht einfach nur um ein Aufdecken von Unbewusstem geht. Vielmehr soll ein Erfahrungsprozess gefördert werden, in welchem Emotionen identifiziert, differenziert und der Realitätswahrnehmung angepasst sowie emotionale Konflikte innerhalb der Person gelöst werden können (Greenberg, Rice & Elliott, 1993/2003; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Das Konzept der „unterschwelligen organismischen Erfahrungen“, die über die Wahrnehmungsschwelle ins Bewusstsein gelangen sollen, könnte nahelegen, wir gingen mit unseren Klienten auf einen Tauchgang, bei dem wir in den Tiefen des Unbewussten nach einem „wahren Selbst“ suchen. Therapeuten konzentrieren sich aber nicht nur auf die Suche nach unbewussten Erscheinungsformen von Trieben oder verborgenen Gefühlen, das wären Strategien, die Ellingham (2001, S. 109) als „couching in Cartesian-Newtonian terms derived from Freud“ bezeichnet. Vielmehr sehen wir das Selbst auch als dynamisch, als sich stets neu konstruierend und aufgrund von Erfahrungen verändernd, wie es Rogers auch schon 1959 und 1963 beschrieben hat. Die Gefühle der Person hängen davon ab, wie sie ihre soziale Umgebung interpretiert und welche Bedeutung sie dem Verhalten anderer Personen in Bezug auf das eigene Selbst beimisst. Diese Auffassungen befinden sich in Einklang mit sozialkonstruktivistischen Paradigmen.

Hinsichtlich der Veränderungsprozesse im Erleben argumentiert die experientielle Lesart Personenzentrierter Therapie

zudem schematheoretisch: Veränderung versteht sie als Neubildung von Schemata aus konfligierenden emotionalen Schemata (Greenberg et al., 1993/2003). Wenn wir in der Personzentrierten Psychotherapie versuchen, Klienten via Empathie zu neuen Symbolisierungen ihrer Erfahrung zu verhelfen, dann trifft es besser, diesen Symbolisierungsprozess als einen Konstruktionsprozess zu betrachten.

#### *Ein erweitertes Verständnis der Symbolisierung*

Eine Emotion, der eine Person nicht gewahr ist, existiert zunächst nur als diffuse, „dunkle“ psychische Bewegung, die dann als ein bestimmtes Gefühl, z. B. als „Angst“, gedeutet wird. Diese Zuschreibung von Bedeutung erfolgt entlang kulturell tradierter Etikettierungen. Sie ist insofern eine soziokulturell etablierte Konstruktion bzw. eine Interpretation. Diese ist jedoch deshalb keinesfalls völlig beliebig, da sie gegenüber einem anderen Etikett, wie etwa „Trauer“ oder „Wut“, vom betroffenen Individuum als passend empfunden wird. Wenn aber über Episoden, Gedanken, Gefühle oder das Selbst gesprochen wird, ist also die jeweils benannte Emotion eine in diesem Augenblick stattfindende Konstruktion. Sie liegt nicht schon mit einer fest umschriebenen Bedeutung verborgen in einem unterschwelligen Sektor unserer organismischen Erfahrung oder im „Unbewussten“. Wenn wir eine neue Erfahrung erleben und unser Selbstbild durch diese Symbolisierung erweitern, konstruiert sich der Sinngehalt dieser Erfahrung im Moment der Symbolisierung neu.

Im therapeutischen Gespräch werden zunächst vorhandene sozial-emotionale Schemata angesprochen, d. h.: Klient und Therapeut durchlaufen die Betrachtung von erinnertem oder hervorgerufenem Erleben. Sie konstruieren dabei bestimmte Emotionen und Motivationen und klären interpretierend darunterliegende Bedeutungen. So werden maladaptive Schemata reorganisiert, und neue Bedeutungen können gefunden werden (Pascual-Leone, 1991). Die neue Erfahrung ist natürlich nicht beliebig, sie ist eine neue Sinnerfahrung, ein „felt shift“ und dann ein neuer „felt sense“, der nur in Verbindung mit dem alten maladaptiven Schema möglich ist. Aber wir sehen diese Symbolisierung als eine *Neukonstruktion*. Und auch sie ist im Fluss, sie kann im weiteren Gespräch bzw. zwischen den Therapiesitzungen immer wieder reorganisiert werden.

Diesem Verständnis der Symbolisierung folgend sehen wir die Herausforderung, das personzentrierte Persönlichkeitsmodell anzupassen. Der Teil „unterschwellige organismische Erfahrung“ ist nicht optimal. Wir holen nichts über eine Wahrnehmungsschwelle, sondern wir konstruieren Unverbundenes und Neues zu einem neuen Bewusstseinsinhalt, d. h. zu einer neuen Erfahrung, die nun Teil des Selbstbildes ist. Therapiepraktisch betrachtet kam ich (Michael Behr) immer auch mit

dem „Unterschwelligkeits“-Konzept zurecht. Die Auffassung aber, dass mein Klient und ich nicht nach Unterschwelligem suchen, sondern dass wir Neues konstruieren, hat meine Therapien lebendiger, kreativer und meine Interventionen ideenreicher, ja ‚spielerischer‘ gemacht.

#### Herausforderung 4:

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

Rogers (1942a/1992, S. 108 ff.) definierte seinen „nicht-direktiven Ansatz“ vor rund 75 Jahren wie folgt:

- Der Therapeut hat nicht die Leitung des Gesprächs.
- Der Therapeut bestimmt nicht die Themen des Gesprächs.
- Der Therapeut definiert nicht das Problem des Klienten.
- Der Therapeut bestimmt nicht die wesentlichen Ziele der Therapie.
- Der Therapeut gibt keine Ratschläge zu wichtigen Lebensentscheidungen des Klienten.

Für manche Vertreter des PZA ist eine strikt nicht-direktive Einstellung auch gegenwärtig noch das wesentliche Merkmal der Klientenzentrierten Psychotherapie (Bohart, 2006; Brodley, 2006; Cornelius-White, 2007). In einer weniger strikten Form dürfte diese Position für viele Personzentrierte Therapeuten eine mehr oder weniger verbindliche Leitlinie sein. Höger (2006) versucht, dieses Merkmal möglichst wenig dogmatisch zu definieren. Er nennt vor allem drei Kriterien:

- Der Therapeut gibt keine Beurteilungen über die Persönlichkeit oder die Problemsituation des Klienten.
- Der Therapeut zwingt dem Klienten keine Themen auf.
- Der Therapeut vermeidet Interpretationen, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben des Klienten stehen.

Dabei betont Höger, dass es sich hier nur um Hinweise bzw. Leitlinien handle, nicht jedoch um Gebote oder Verbote, die keine Ausnahmen gestatten. Selbstverständlich könne der Therapeut auch einmal eine Beurteilung äußern oder ein Thema vorschlagen, wenn dies der Situation entsprechend zweckmäßig sei. Eine so „liberale“ Formulierung von Nicht-Direktivität, die von Rogers eingeschlossen, dürfte heute bei vielen Psychotherapie-Verfahren, besonders den hermeneutisch orientierten, zumindest der Tendenz nach Akzeptanz finden. Das war natürlich in den 1930er- und 1940er-Jahren, als Rogers diese Kriterien konzipierte, noch sehr viel anders, wie mehrere von Rogers (1942a/1992) genannte Beispiele eindrucksvoll belegen. Auf diesem Hintergrund wird auch erst in voller Klarheit deutlich, was manche personzentrierte Autoren zu meinen scheinen, wenn sie apodiktisch „in radikaler Abkehr von der Experientorientierung“ sagen, dass in der therapeutischen Situation

ausschließlich der Klient der Experte sei (Schmid, 1999, S. 140). Es scheint hier als Negativfigur natürlich nicht ein Therapeut gemeint zu sein, der (hoffentlich) faktisch ein Experte seines Faches ist, sondern der mit dem betonten Gestus des Experten dem Klienten vorschreibt, wie dieser sich und sein Leiden verstehen soll und was dementsprechend zu tun sei.

Bei der Sorge, den Klienten vor einem solchen „Expertentum“ zu schützen und dem sich aus dieser Sorge ergebenden Konzept der Nicht-Direktivität ist natürlich die Intention maßgebend, dem Klienten den Weg zu Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zu erleichtern und ihn nicht durch den Einfluss des Therapeuten, auch dessen Bewertungsbedingungen und Zuschreibungen, von sich selbst zu entfremden. Wir fragen uns jedoch, wie rigoros der PZA hier sein soll und muss, wie „radikal“ der Einfluss des Therapeuten zu verneinen ist und ob es berechtigt ist, z. B. die Zugehörigkeit des Focusing zur Klientenzentrierten Therapie infrage zu stellen, weil hier hinsichtlich des Therapieprozesses der Therapeut der führende und insofern der einflussnehmende Experte sei (Brodley, 2006). Durch die forcierte Furcht vor jeder vermeintlich fremdbestimmenden Einflussnahme des Therapeuten kann es zu Formulierungen kommen, die den Eindruck eines extrem einseitigen, um nicht zu sagen fast monologischen Beziehungsmodells vermitteln, in dem der Therapeut nur als das spiegelnde Alter Ego des Klienten fungiert und sich streng darauf beschränken muss, die Selbstaussagen des Klienten lediglich einfühlsam nachzuzeichnen. Jedes den offensichtlichen Sinn dieser Aussagen überschreitende Verstehen gilt dann als Verstoß gegen die Klientenzentrierung.

Wir möchten für eine Modellvorstellung im Sinne des „person to person“ plädieren, in der das therapeutische Gespräch als eine Verständigung zwischen zwei Experten gesehen wird und das jeweilige Verständnis als das Ergebnis einer Konsensbildung zwischen Klient und Therapeut erscheint. Das bedeutet, dass der Therapeut nicht nur (aber natürlich auch) aus dem Bezugssystem des Klienten versteht, sondern auch aus seinem eigenen. Dabei drängt er seine Verstehensangebote aber dem Klienten nicht auf, sondern achtet vielmehr sensibel auf die Passung mit dem jeweiligen Erleben des Klienten und auf ein behutsames Abgleichen mit Zustimmung und Ablehnung auf Seiten des Klienten. Der Therapeut ist so bereit, seine Angebote und seinen Einfluss ständig zu hinterfragen. Es ist dabei die Vorstellung leitend, dass der Blick und die Perspektive des Anderen, gerade auch eines Anderen als eines psychotherapeutischen Experten, nicht zwangsläufig zu Entfremdung und Fremdbestimmung führen muss, sondern dass die Sicht des Anderen ein Korrektiv sein kann, durch das die Entdeckung des „wahren Selbst“ erleichtert wird.

Nun sagt zwar Rogers einerseits (1951a/1973, S. 44 f), dass der Klient aus seinem „inneren Bezugssystem“ zu verstehen ist. Das bedeutet, „die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den

Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht“ (ebd., S. 42). Dann aber würden alle Aspekte des Klienten, die infolge der Inkongruenz verzerrt oder gar nicht symbolisiert werden, also seiner Gewährerdung nicht zugänglich sind (ebd., S. 29), auch vom therapeutischen Verstehen ausgeschlossen bleiben. Wenn der Therapeut den Klienten nur aus dessen Bezugssystem versteht, bleibt auch der Therapeut in dem falschen Selbstverständnis, in der Selbsttäuschung des Klienten befangen, es fehlt ihm die Möglichkeit eines Korrektivs.

Wenn dagegen der Therapeut sich fragen würde, welche Aspekte des organismischen Erlebens seines Klienten von dessen „Gewährerdung“ ausgeschlossen sind oder nur sehr entstellt abgebildet werden, würde ein solches um ein Verstehen bemühtes Fragen hermeneutisch gewissermaßen schon hinter dem Rücken des Klienten operieren. Wäre ein solches Verstehen deshalb nicht klienten-, sondern therapeutenzentriert? Im Sinne einer fundamentalistischen „Gegenzentrierung“ könnte man genau das so sehen., denn der Therapeut bringt mit entsprechenden Verstehensangeboten hier ja sein eigenes Bezugssystem, nämlich die personenzentrierte Störungstheorie, ins Spiel. Verstößt der Therapeut damit gegen die Nicht-Direktivität? Hierauf hat Rogers (1951a/1973, S. 114; Herv. v. Verf.) schon geantwortet, indem er sagte: „Bisweilen ist der Berater bei dem Klienten, mitunter ist er ihm vielleicht *voraus*, und manchmal hinkt er mit seinem Verstehen hinterher.“ Diese Modi des Verstehens hat Schleiermacher (1838/1977, S. 55), der Begründer einer systematischen Hermeneutik Anfang des 19. Jahrhunderts, auf die Formel gebracht, dass es beim Verstehen darauf ankäme, „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“. Das dem Klienten „Voraussein“ entspricht einem Besser-Verstehen, das nur möglich ist, wenn der Therapeut den Bezugsrahmen des Klienten überschreitet und aus seinem eigenen Bezugssystem versteht. Es ist die Aufgabe des Personenzentrierten Therapeuten, durch ein zeitweises Voraussein im Verstehen dem Klienten zu helfen, sein organismisches Erleben „akkurat“ zu symbolisieren und so in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Dieses dem Klienten im Verstehen „Voraussein“, dieses den Klienten „Besser-Verstehen“ entspricht natürlich einem Interpretieren. Im Interpretieren wird der Aussage des Klienten so eine neue Bedeutung zugeschrieben, dass das bisher nicht symbolisierte organismische Erleben mit dem Ziel seiner möglichst „akkuraten Symbolisierung“ angesprochen wird. Es scheint im PZA aber immer noch eine gewisse Unklarheit darüber zu bestehen, ob man den Klienten „besser verstehen darf“, als er sich selbst versteht, und ob also demzufolge ein Interpretieren mit unserem Ansatz vereinbar ist. Im personenzentrierten Schrifttum wird das nicht selten verneint (z. B. Schmid, 1999; Koch, 2012; Mearns & Cooper, 2005). Im Interpretieren wird dabei oft auch ein Verstoß gegen die nicht-direktive Position gesehen,

insofern hier der Therapeut dem Klienten vermeintlich direktiv eine Beurteilung nahelegt. In der Tat gibt es ja auch Interpretationen bzw. Deutungen, die sowohl von ihrer Struktur her wie von der Art, wie sie kommuniziert werden, so wirken können. Dies hat auch Rogers so gesehen, deshalb hat er Leitlinien für ein dem Klientenzentrierten Ansatz angemessenes Interpretieren beschrieben (Rogers, 1942a/1992, S. 186f.). Dies scheint von den Vertretern unseres Ansatzes, für die ein Interpretieren generell unvereinbar mit dem PZA ist, völlig übersehen zu werden.

Eine Herausforderung sehen wir darin, nicht nur hier auf eine nachdrückliche Klarstellung hinzuarbeiten, sondern auch die o.g. Implikationen der personzentrierten Störungstheorie stärker in unserer Therapietheorie abzubilden und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapiepraxis eindeutig zu klären.

#### Herausforderung 5:

#### Eine Therapie-Technik in der Personzentrierten Psychotherapie? – Zwischen therapeutischer Beliebigkeit und konzeptkonformen Handlungsleitlinien

Rogers hatte in seinem ersten Buch (*Counseling and Psychotherapy*, 1942a/1992) bekanntlich mit der „reflection of feelings“ zumindest im Ansatz bestimmte Handlungsmuster, also so etwas wie eine Therapietechnik beschrieben. In seinem zweiten Buch (*Client-Centered Therapy*, 1951a/1973) äußerte er sich diesbezüglich zurückhaltender. Er hatte Bedenken, dass der Therapeut sich ganz an das Exekutieren einer Therapietechnik verlieren und dabei keine Verbindung mehr zu seinen Einstellungen herstellen könne (ebd., S. 39). Keineswegs aber lehnte er hier die Anwendung einer Therapietechnik eindeutig ab, vielmehr schreibt er, dass der Berater erfolgreich sei, der „über ein System von Einstellungen (verfügt), das von Techniken und Methoden, die mit diesem System übereinstimmen, ergänzt wird“ (ebd., S. 34). Die Anwendung passender Techniken bzw. Methoden bei der Kommunikation der therapeutischen Einstellungen lässt die Therapie also erfolgreicher werden. Dann fährt er fort: „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine Methode anzuwenden, zum Misserfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen eigenen Grundeinstellungen, übereinstimmt“ (ebd.). Es kommt also auf die Passung der jeweiligen Technik an, um die Einstellung, also z. B. die der Empathie, angemessen zu kommunizieren. Damit wendet sich Rogers auch gegen eine therapeutische Beliebigkeit, nach der es auf die Art der therapeutischen Kommunikationsformen bzw. der Handlungsmuster gar nicht ankomme, wenn nur die personzentrierte Einstellung „echt und tief“ sei.

Rogers hat also die Anwendung einer Technik nicht abgelehnt, er hat allerdings selbst bekanntlich keinen Entwurf dafür vorgelegt. Aber solche Konzepte existieren inzwischen in beeindruckender Breite. Ausdifferenzierungen der Kernbedingungen wurden bereits in den 1960er-Jahren von Carkhuff und Truax vorgeschlagen und stetig weitergeführt, insbesondere für die Tiefe empathischer Reaktionen und für das Beziehungsklären und das Selbstöffnen. Solche Konzepte einer personzentrierten Therapietechnik bzw. entsprechende Vorarbeiten dazu wurden vorgelegt z. B. von Tscheulin (1992), Finke (1994, 2009), Keil (1998), Eckert (2006), Keil und Stumm (2014) und für die Personzentrierte Kinderpsychotherapie wurden von Schmidtchen (1999) Interventionskataloge auf der Grundlage von Feinanalysen des Fachkraft- und Kindverhaltens aufgestellt sowie experimentelle Methoden integriert (Goetze, 2002; Weinberger, 2005) und Verbindungen von klassischem und interaktionellem Vorgehen auf konkreter Handlungsebene konzipiert (Behr, 2008, 2012). Dabei handelt es sich keinesfalls um einen deutschsprachigen Alleingang, wie das als eher konservativ einzustufende *Handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counselling* (Cooper et al., 2013) zeigt. Auch die großen Schwestermethoden Focusing, Emotion-Focused Therapy oder Pretherapy verfügen über ausdifferenzierte Handlungsinstrumentarien.

Auf der anderen Seite wird eine Therapietechnik von vielen Vertretern des PZA auch mehr oder weniger entschieden zurückgewiesen, weil das die Unmittelbarkeit der Begegnung von Therapeut und Klient behindere (Schmid, 1999) oder die therapeutische Beziehung instrumentalisieren (Frenzel, 2001), tendenziell mit einer direktiven Einstellung des Therapeuten verbunden sei (Brodley & Brody, 1996), nur das mangelnde Vertrauen in die Selbstentfaltungskräfte des Klienten anzeige (Bozarth, 1996) oder die Gefahr heraufbeschwöre, dass die Technik wichtiger wird als der Klient (Gutberlet, 2003). Angesichts solcher Argumente mag manchmal der Eindruck entstehen, dass hier Rogers hinsichtlich des Ausmaßes von Nicht-Direktivität und der Distanz zum „medizinischen Modell“ überboten werden soll.

Um die manchmal fast vertrackt wirkende Ambivalenz im PZA gegenüber dem Begriff „Technik“ (oder analoger Begriffe wie Handlungskonzepte u. ä.) zu zeigen, sei noch auf ein trotz der hier geübten Kritik empfehlenswertes Buch verwiesen, nämlich von Mearns, Thorne und McLeod (2013/2016): „Personzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis“. Die Autoren beschreiben in überzeugender Weise eine Therapietechnik, aber sie vermeiden strikt diesen Begriff oder entsprechende Synonyma. Dies erreichen sie dadurch, dass bei ihnen „Empathie“ wie auch „Kongruenz“ sowohl als Einstellungs- wie als Handlungsmerkmale fungieren. Sie schreiben jedoch (ebd., S. 107), „dass Empathie keine ‚Technik‘ ist ..., sondern eine Seinsweise in der Beziehung zum Klienten“. Sie beschreiben dann aber sehr anschaulich eine „Seinsweise“, die sich in konkreten

Handlungsmustern artikuliert. Diese Ebene der konkreten Artikulation darf aber offenbar als solche nicht benannt werden. Einen anderen, für den PZA offenbar schwierigen Begriff vermeiden sie ebenfalls, den der „Interpretation“, obwohl sie genau eine solche als einen Modus dieser „Seinsweise“ unter dem Namen „komplementäre Empathie“ beschreiben (ebd., S. 109).

Nun dürften allerdings viele Personenzentrierte Therapeuten über ein implizites Handlungsmodell verfügen, das heißt, sie haben zumindest vage Vorstellungen davon, wie sie ihr einführendes Verstehen und ihre Kongruenz zum Ausdruck bringen wollen. Gerade weil es nach Rogers darauf ankommt, die geeigneten Techniken bzw. Methoden zu finden, um die personenzentrierten Einstellungen zu kommunizieren (s. o.), müssen diese geeigneten Techniken explizit gemacht und genau beschrieben werden. 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 (s. o.; Mearns et al., 2016). Auch erklären diese Autoren meist nie, was sie eigentlich unter einer Therapietechnik genau verstehen. Aber all die im PZA gebräuchlichen Begriffe wie aktives Zuhören, empathic responses, depth reflection, observational empathy, empathic conjecture usw. stellen doch bereits Aspekte einer Therapietechnik dar (siehe dazu Stumm & Keil, 2014).

Was ist unter dem Begriff „Technik“ in der Psychotherapie zu verstehen? Wir schlagen vor, dann von einer „Technik“ zu sprechen, wenn die Kommunikationsmuster, mit denen bestimmte Einstellungen zum Ausdruck gebracht werden, systematisierend beschrieben werden. Dabei werden die impliziten Muster des therapeutischen Kommunikationsverhaltens expliziert und zu einer Art Leitlinie zusammengestellt, die nur als eine Art aktionale Option, nicht als ein starres Regelwerk zu verstehen ist.

Wesentliche Gründe für die Konzeptualisierung einer Therapietechnik sollen im Folgenden zusammengefasst werden:

1. *Handlungsleitlinien zur therapeutischen Orientierung:* Personenzentrierte Handlungskonzepte fungieren als Leitlinien, d. h. sie sind keine starren Regeln oder gar Vorschriften. Sie haben die Funktion, Muster therapeutischen Kommunizierens aufzuzeigen, und zwar so, dass diese Muster optimal die personenzentrierten Kernbedingungen zum Ausdruck bringen. Sie sollen dem Therapeuten eine Orientierung in der therapeutischen Situation geben. Außerdem dienen solche Handlungskonzepte als Reflexionsfolie, auf deren Hintergrund, z. B. in der Supervision, die therapeutische Aktivität jeweils beurteilt werden kann.
2. *Klarheit und Eindeutigkeit personenzentrierten Handelns:* Nicht jedes Ausdrucksverhalten ist geeignet, die personenzentrierten Kernmerkmale (core conditions) angemessen zu

kommunizieren. Dem Eindruck einer völligen Beliebigkeit personenzentrierten Handelns ist dadurch zu widersprechen, dass bestimmte Kommunikationsmuster als besonders geeignet zur Realisierung personenzentrierter Einstellungen dargestellt werden.

3. *Sicherung des Identitäts-Profiles:* Die Identität eines Verfahrens ist durch die Darstellung der therapeutischen Einstellung allein nicht ausreichend zu kennzeichnen. Sie wird erst eindeutig bestimmt durch die Störungstheorie und vor allem durch die für das Verfahren typischen Handlungskonzepte. Die Notwendigkeit solcher Identitätskriterien zeigt sich auch darin, dass heute auch andere Verfahren die Empathie, eine respektvolle Zuwendung und therapeutische Kongruenz als Basis ihres Konzeptes reklamieren.
4. *Lehrbarkeit des Verfahrens:* Um ein Verfahren lehrbar zu machen, müssen die Handlungsmuster, mit denen man z. B. die verschiedenen Facetten des Einfühlenden Verstehens kommunizieren kann, exakt beschrieben werden.
5. *Forderungen der Forschung:* Bei Wirksamkeitsvergleichen zwischen den einzelnen Verfahren, z. B. Personenzentrierte gegen psychodynamische Therapie, wird es heute üblich, sich weniger an den Namen, den Labels der Verfahren zu orientieren, da diese oft nur eine sehr vage Auskunft über ihre faktische Praxis geben. Um eine praxisrelevante Vergleichbarkeit herzustellen, ist der Bezug auf die jeweiligen Handlungskonzepte bzw. die Therapietechnik der Verfahren wichtig.

Um es abschließend noch einmal zu sagen: Eine Therapietechnik soll für die Arbeit des Therapeuten immer nur einen Rahmen zur optimalen Kommunikation der personenzentrierten Kernbedingungen vorgeben. Dieser Rahmen entbindet den Therapeuten in keiner Weise der Aufgabe, sich immer wieder neu auf den Klienten einzustellen. Die Herausforderung sehen wir darin, „Technik“-Konzepte immer präziser, systematischer und aus klientenzentrierter Sicht nachvollziehbarer zu beschreiben.

### Herausforderung 6:

#### Das klassische Inkongruenzmodell erweitern

Aus dem klassischen Inkongruenzmodell (Rogers, 1951a, 1959a) ergibt sich ein Änderungskonzept, das bis heute für viele Therapeuten und auch für uns eine sehr hilfreiche Landkarte darstellt: Unterschwellige, implizite, also bisher nicht bewusste (klassisches Modell) oder neu konstruierte Erfahrungen (vgl. Herausforderung 3) gelangen durch die Therapie an den „Rand der Gewährerdung“ (Rogers, 1959a/1987, S. 30) und schließlich in die volle Wahrnehmung. Dies wird erreicht durch die therapeutischen Verstehensangebote, die zu vertiefter Selbstexploration

anregen. Und auch: Mit seiner bedingungsreifen Wertschätzung gegenüber jeglicher Erfahrung des Klienten gibt der Therapeut ein Modell; im Sinne des Modelllernens übernimmt der Klient diese Einstellung gegenüber seinen eigenen Erfahrungen und wird so kongruenter. Dieses Veränderungsmodell passt bis heute für sehr viele therapeutische Prozesse. Über Jahrzehnte hinweg gab es keine empirische Evidenz, die diesem Modell widerspräche, das ist eine seiner Stärken.

Heute betrachten wir Therapie- und Beratungsprozesse, wie oben angedeutet, differenzierter, z. B. bezogen auf Störungsbilder und psychosoziale Problemlagen. Wir werden im Folgenden argumentieren, dass dieses Modell für eine Reihe von Fällen nicht optimal passt und dass darum weitere Modellierungen sinnvoll sind.

### *Störungsspezifische Inkongruenz*

Wie kann die spezifische Inkongruenzkonstellation bei umschriebenen Störungsbildern bzw. bei den jeweiligen Störungskategorien der ICD- und DSM-Manuale beschrieben werden? Wie kann der Zusammenhang zwischen den jeweiligen Symptomen und der spezifischen Inkongruenz verstanden werden? Für das störungs- und problemspezifische Verständnis der personenzentrierten Theorie wurde bereits sehr viel getan. Der Hauptfokus war gesundheitspolitisch vorgegeben. Es galt, die Wirksamkeit der Psychotherapieform differenziert für Störungskategorien nachzuweisen. Im Zuge der Forschung wurde dabei auch schon veränderungstheoretisch gedacht. Für die Erwachsenentherapie beschreiben z. B. Finke und Teusch (Finke, 2009; Finke & Teusch, 2007a, b; Teusch, 2014) auch jeweilige Besonderheiten der Inkongruenzkonstellation. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Elternberatung wurden Handlungsleitlinien zu spezifischen Störungsbildern formuliert, die gleichfalls die besonderen Inkongruenzkonstellation umschreiben und zum Ausgangspunkt für Handlungsleitlinien nehmen (Füßner, Döring, Steinhauser & Zülów, 2012; Jürgens-Jahnert, Boeck-Singelmann, Monden-Engelhardt & Zebiri, 2012; Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012; Hüsson, Döring & Riedel, 2012; alle als Nachdruck erschienen in Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, 2014). Bei dieser Herausforderung zeigen sich deutschsprachige Autoren als weltweit führend. Doch es bleibt noch einiges an Differenzierungen zu leisten, z. B. bei den Modellvorstellungen, wie und warum bestimmte Symptombündel aus welchen Inkongruenzen abzuleiten wären.

### *Anpassungsstörungen und Erfahrungen, die die Bewältigungsfähigkeit übersteigen*

Personen, die einen Verlust, eine akute traumatische Erfahrung, eine überraschende Veränderung in ihrem Leben hinnehmen

mussten, benötigen oft Hilfe. Ihr Selbst ist aber in der Regel nicht inkongruent in dem Sinne, wie Rogers es 1951 und 1959 beschrieben hat. Sie verleugnen nicht unbedingt unterschwellige Erfahrungen, sie leiden nicht unbedingt an Inkongruenzen, die im jahrzehntelangen Sozialisationsprozess durch „conditions of worth“ entstanden wären. Das ist nicht der Punkt. Diese Personen können nicht fassen, was geschehen ist, z. B. bei Trennung, Entlassung, Vertreibung, Vernichtungsbedrohungen, schwerer Erkrankung. Einen Teil der Erfahrungen, die das Unfassbare ausgelöst hat, kann die Person durchaus wahrnehmen, andere Teile vielleicht nicht bzw. nicht konsistent. Diese Erfahrungen sind dann ebenfalls unvereinbar mit dem bestehenden Selbstkonzept. Massive Abwehr will sie fernhalten zum Schutz des Selbstkonzeptes, diese bricht aber immer wieder zusammen. Speierer (1994, 1998, 2013) nennt dies „lebensereignisbedingte Inkongruenz“.

Das personenzentrierte Beziehungsangebot und die Gespräche über die Erfahrungen helfen diesen Personen mehr als alles andere. Es geht nicht in erster Linie darum, unterschwellige Erfahrungen und eine über Jahrzehnte via conditions of worth gewachsene Persönlichkeitsstruktur zu betrachten. Vielmehr sollen traumatische Erfahrungen in das Selbst integriert, verarbeitet, Stück für Stück greifbarer und beherrschbarer werden. Hier erscheint es plausibel, von einer Störung der Selbstentwicklung auszugehen. Durch einschneidende Erfahrungen, nicht durch conditions of worth wurde das Selbstkonzept fragil. Dabei gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen Anpassungsstörungen und komplexen Traumatisierungen. Bei Letzteren ist das Selbstkonzept oft wenig kohärent und konstant. Eine Herausforderung könnte vielleicht sogar darin bestehen, eine inkongruenz-unabhängige und doch personenzentrierte Pathologie des Selbstkonzeptes zu entwerfen: für Personen, die aufgrund früher Traumatisierungen nie ein kohärentes Selbstbild und ein sozial angemessenes Selbstideal entwickeln konnten.

Beim Therapeutenverhalten spielen neben klärenden auch Sicherheit und Ermutigung gebende sowie Verlässlichkeit und Wertschätzung anzeigende Interventionen eine besondere Rolle. Sie können eine völlige Desorganisation des Selbst abwenden. Bei Klienten mit komplexer Traumatisierung liegt oft auch eine erhebliche Störung des Beziehungserlebens vor, sodass hier die Arbeit am Beziehungskonzept und an der Bindungsfähigkeit und dem Bindungsvertrauen bzw. der Bindungssicherheit notwendig ist. Hier kommt es natürlich auch sehr auf die Gestaltung und die wiederholte Klärung der therapeutischen Beziehung an (Finke & Teusch, 2007a; Finke, 2008). Im Weiteren soll dann die besondere Art der Inkongruenz aufgelöst werden, indem die unfassbaren Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden.

*Den Begriff Inkongruenz schärfer oder weiter fassen?*

Auch für psychosoziale Anwendungsfelder, in denen das personenzentrierte Beziehungsangebot höchst wirksam ist, passt die klassische Inkongruenztheorie nicht, etwa die Mediation, Familientherapie und sozialarbeiterische Hilfeformen je nach Ansatzpunkt (wir werden bei Herausforderung 7 darauf zurückkommen). Sollten wir Inkongruenz, da wir ja die gesamte Person sehen, immer als einzigartig und nicht klassifizierbar betrachten (vgl. auch Keil, 2014)? Oder ist es hilfreicher, Spezifiken je nach Störungsbild bzw. psychosozialer Problemlage zu umschreiben? Oder sollen wir das Konzept vergessen, wie Tausch, der Nestor der Gesprächspsychotherapie in den deutschsprachigen Ländern, der das Konzept Inkongruenz, wie auch das der Aktualisierungstendenz, für entbehrlich hielt (persönl. Mitteilung, er hat darüber in Schriften nicht einmal argumentiert, sondern die Begriffe einfach nie verwendet). Neben den erwähnten störungsspezifischen Auffassungen sehen wir Speierers Versuch, Inkongruenz deutlich differenzierter und über Rogers hinausgehend zu konzeptualisieren, als eine der großen Herausforderungen für eine moderne personenzentrierte Arbeit. Auch die Arbeit von Speierer droht, trotz vieler auch englischsprachiger Publikationen und Kongresspräsentationen, nicht weitergeführt zu werden. Deutschsprachig wird sie kaum, im Englischen überhaupt nicht zitiert. Viele finden sie zu unverständlich, zu kompliziert (persönl. Mitteilungen), über die Gründe kann hier nicht spekuliert werden. Bemühungen dieser Art, vor allem, wenn sie wie bei Speierer auch noch durch empirische Forschung fundiert werden, benötigt die personenzentrierte Theorie, wenn sie das große Spektrum ihrer Wirkmacht theoretisch nicht zu schmal begründen möchte. Wie die meisten personenzentrierten Fachkräfte sind auch wir fasziniert, wie das personenzentrierte Beziehungsangebot in so vielen zwischenmenschlichen Konstellationen und unterschiedlichen fachlichen Herausforderungen wirkt. Vielleicht können Modellvorstellungen über diese Prozesse, die über das klassische Inkongruenzmodell hinausgehen, unsere Arbeit weiter verbessern und an moderne Lebensverhältnisse, in denen wir uns bewegen, angepasst werden.

## Herausforderung 7:

## Beratung und ‚soziale Hilfen‘ – neue Wege personenzentrierten Denkens in der Praxis

Unsere heutigen Biografien folgen nicht mehr klassisch-linearen Lebensläufen. Aktuelle Sozialisationsanforderungen sind „durch Entgrenzungen und die Chance und den Zwang zur Selbstorganisation geprägt“ (Böhnisch, Lenz & Schröer, 2009, S. 10). Die daraus resultierende – stets unabgeschlossene (vgl.

Keupp & Höfer, 1997) – Identitätsarbeit mündet in einen komplexen Lebensbewältigungsprozess. Resultat ist ein Prozess zunehmender „Entbettung“, eines „Disembedding“ (Giddens, 1990/1995), mit weitreichenden Konsequenzen für Entwicklungs- und Identitätsprozesse. Aneignungsprozesse eines – gezwungenermaßen – gestaltenden Subjekts im jeweiligen Kontext (vgl. Pauls, 2011) erfordern zahlreiche reflexive Entscheidungs- und Bewältigungsprozesse (vgl. hier und im Folgenden Gahleitner, 2013).

Diese Notwendigkeit, auf die schnell wechselnden sozialen Bedingungen flexibel und dennoch hinreichend zu reagieren, ist für Menschen, die durch physische wie psychische Krankheiten oder weitere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, allerdings nicht einzulösen. Die damit verbundenen Belastungen und Risiken bringen so Exklusionsdynamiken hervor, die mit einem Verlust an Teilhabe, jedoch auch manifesten Krankheitsentwicklungen einhergehen (Wilkinson & Pickett, 2010; WHO, 2001). Professionelle Hilfestellung muss daher auch eine Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse – für alle darin lebenden Menschen – bereitstellen. Letztlich geht es um eine „Person-in-environment“-Perspektive (Richmond, 1917).

In vielen Feldern psychosozialer Arbeit erweist sich daher das personenzentrierte Konzept als äußerst hilfreich. Auch hier wären wirkungsorientierte Erklärungsmodelle wertvoll, lassen sich doch viele Probleme sozialarbeiterischer Hilfssituationen mit dem klassischen Inkongruenzmodell nur schwer abbilden. So z. B. in der Mediation oder Familientherapie: Streitende Personen können je für sich inkongruent sein, und je kongruenter sie wären, desto leichter gingen sie durch Konflikte. Auch in der Personenzentrierten Familientherapie können die Familienmitglieder neue Erfahrungen mit sich selbst machen und so persönlich kongruenter werden. Doch diese Möglichkeiten beschreiben den angezielten Prozess nur begrenzt. Konfliktbeteiligte sollen nicht nur sich selbst, sondern auch den Anderen verstehen können (Gordon, 1970). Die weitgehend bedingungs-freie Wertschätzung des Personenzentrierten Mediators oder Familientherapeuten für die Einzelnen möge sich auf die Konfliktbeteiligten übertragen. Diese mögen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass Menschen in je unterschiedlichen Realitäten leben. Sie mögen dies anerkennen und lernen, wie die andere Person aus ihrem Realitätsverständnis heraus verstanden werden kann (O’Leary, 1999, 2012; Ziebertz, 2008; Behr, 2012). Sie mögen erfahren, auch durch das Therapeutenbeispiel, wie man darüber kommuniziert und zu Kompromissen findet. All diese Prozesse werden durch das klassische Inkongruenzmodell nicht beschrieben, sie verdienen aber eine Modellierung.

Besonders brisant sind Mediationen und Elterngespräche, wie sie Lehrkräfte oder pädagogische Fachkräfte führen müssen

(Aich & Behr, 2015), denn nicht selten schwelt auch ein Konflikt zwischen Fachkraft und Elternteil. Das personenzentrierte Beziehungsangebot kann solche Probleme sehr gut lösen, aber es geht dabei nur wenig um die Symbolisierung neuer Erfahrungen. Diese Überlegungen gelten auch für die diversen Felder der Beratung, hier sind die psychosozialen Problemlagen, die Zielsetzungen und die Settings so unterschiedlich, dass je andere Modellvorstellungen über den Veränderungsprozess gut wären. Bei der Beratung als Überbegriff für viele Arten psychosozialer und anderer Hilfestellungen, z. B. im juristischen, medizinischen, baubiologischen Bereich, geht es zwar auch um die Identifikation von Motivationen, Erfahrungen oder Einstellungen, d. h. um Prozesse, in denen neue Erfahrungen symbolisiert werden. Das klassische Inkongruenzmodell beschreibt dies dann gut. Dennoch arbeiten viele personenzentrierte Fachkräfte in diesem Bereich weniger an der Inkongruenz ihrer Klienten als vielmehr daran, dass diese Halt, Strukturen oder Regeln in ihren Lebensablauf bringen können.

Dies gilt besonders bei Klienten, deren Störung als Folge einer beschädigten Selbstentwicklung zu verstehen ist, also insbesondere für sog. „hard to reach“-Fälle (vgl. dazu Labonté-Roset, Hoefert & Cornel, 2010), die – zumeist aufgrund schwer erschütterter Bindungsrepräsentationen – sozial schlecht integriert sind (vgl. Brackertz, 2007) und deren Vertrauen in Menschen und Institutionen durch zahlreiche Abbrüche zerstört wurde. Es geht dabei häufig um Menschen mit chronischen Belastungen, Erkrankungen oder Behinderungen in Multiproblemsituationen. Frühe und tiefgehende Störungen in der Entwicklung des Selbstkonzeptes wie des Beziehungskonzeptes, wie sie bei schweren Traumata wie z. B. sexueller Gewalt oder Misshandlung entstehen, münden nicht selten in ein inkohärentes, inkonstantes und fragiles Selbstkonzept, verbunden mit einer Störung des Identitäts- und Beziehungserlebens sowie dysfunktionaler Emotionsregulation. Die Selbststruktur dieser Personen ist fragil, hier erleben Helfer eher, dass etwas zusammengesetzt, und weniger, dass etwas bewusst werden sollte. Die Person möge ihre Erfahrung eher organisieren als entdecken. Die Selbst- und Bindungsfunktionen sollen wieder in Fluss gebracht werden. Personenzentriertes behutsames trauma- und bindungssensibles Vorgehen hilft hier, Retraumatisierungen in der Behandlung – sei es Therapie oder Beratung – zu verhindern und gemeinsam auf die Suche nach einem alternativen Selbstkonzept zu gehen (Finke & Teusch, 2007a; Claas, 2007; Gahleitner, 2007).

„Die klassische rogerianische Basis ist hierbei für die Fachkräfte nach wie vor handlungsleitend, auch wenn verhaltensorientierte und systemische Ansätze sich in vielen anderen Bereichen stark ausgebreitet haben: die Unterstützung von kongruenter Selbstwahrnehmung (auch awareness, ‚neudeutsch‘: Achtsamkeit), Selbstakzeptanz durch erfahrene Anerkennung, Wertschätzung und Respekt, Empathie, Realsein. So geschieht in der Personorientierten Beratung ein ‚Mit-Sein‘ im

Sinne einer humanen Nähe, in der ein mitmenschlich-solidarischer Sinn füreinander entstehen kann, jenseits des technisch-instrumentellen Gebrauchs des Anderen. Durch Gegenwärtigkeit, empathische Unterstützung, Abgrenzung und Bestätigung für die Individualität ... wird die in sozialklinischen Kontexten beratende Fachkraft zum authentischen Gegenüber des Klienten bzw. der Klientin, das ‚äußere‘ und ‚innere‘ Hilfen als zwei Seiten derselben Medaille anbietet.“ (Pauls, 2013, S. 171)

Der Personenzentrierte Ansatz ist dabei – ebenso wie in therapeutischen Settings – darauf gerichtet, behutsam beziehungs- und ressourcenorientiert stabilisierende, selbstexplorative Selbstheilungsprozesse anzuregen und auch nach schweren Verletzungen ein Leben mit Lebensqualität zu ermöglichen. Die konsistente personenzentrierte Grundhaltung und Beziehungsgestaltung, das prozess- und erfahrungsorientierte Arbeiten und die Akzeptanz aller Erlebnisinhalte im Begleitungsprozess werden zu den zentralen Inhalten des Beratungsprozesses. In Abgrenzung zur therapeutischen Situation geht es jedoch in diesen sozialtherapeutisch orientierten Beratungssettings niemals nur um die „Beratungsdyade“, sondern um einen „gemeinsam gestalteten Raum des Zwischenmenschlichen“ (Kühn, 2009, S. 135), um die Person in ihrem Umfeld, also darum, innerhalb sozialer Beziehungsnetzwerke – bis hinein in konstruktive Vernetzungssettings zwischen Institutionen – sozialtherapeutisch zu begleiten. Beratung und Soziale Arbeit korrespondieren dabei jedoch ausgesprochen gut mit dem Personenzentrierten Ansatz im aktiven Einbezug sozialer Unterstützung (Weinhold & Nestmann, 2012) sowie partizipativer und ressourcenorientierter Vorgehensweisen (Gahleitner, 2007).

Häufig müssen neben den existenziellen und emotionalen Bedarfslagen der Klientel auch zusätzlich komplexe Interventionsnetzwerke unter Berücksichtigung rechtlicher, institutioneller und sozialräumlicher Aspekte gehandhabt werden, eine Herausforderung, die der Personenzentrierte Ansatz in der Zukunft aktiv aufnehmen und mitgestalten könnte. Denn der Beratung geht es zusätzlich um lebenspraktische Bewältigungsprozesse wie z. B.: Wie organisiere ich mich, sodass es zu meinen derzeit dominierenden Motivationen passt, wie gehe ich mit Änderungen meiner Ziele um, mit einem inkonsistenten sozialen Umfeld? Oft geht es aber zudem für Personen, die durch sich selbst und von anderen nicht als gestört bezeichnet würden, um anderes als Inkongruenzauflösung, z. B. um das Umsetzen von etwas, das schon als richtig erkannt wurde. Oder es geht darum, Fachexpertise mit eigenen, durchaus bekannten Motiven und Einstellungen zu verbinden. Oder darum, Sicherheit und Konsistenz in das eigene Verhalten zu bringen. Das personenzentrierte Beratungsangebot hilft auch hier, aber nicht, weil Inkongruenz aufgelöst worden wäre. Besonders im Beratungsfeld der Sozialen Arbeit, welches sozialtherapeutisch geprägt ist, geht es um eine umfassende Hilfestellung: Die Identitätsarbeit in der heutigen Zeit stellt einen komplexen

Lebensbewältigungsprozess dar, der besonders für benachteiligte und beeinträchtigte Menschen eine große Herausforderung bedeutet.

Eine angemessene professionelle Antwort auf dadurch entstehende gesundheitliche Überforderungen muss Umfeldaspekte oder Exklusionsdynamiken wie z. B. die Chancenstruktur und Intersektionalisierungsaspekte mit berücksichtigen. Es geht darum, die Person in ihrer Lebenswelt zu begreifen und umfassende Unterstützung anzubieten. Personenzentrierte Beratung muss hier daher ein alltagsorientiertes, beziehungsorientiertes und sozial unterstützendes, „empowerndes“, inklusionsorientiertes Unterstützungsangebot unterbreiten (Nestmann, 2008; s. u.), die als Orientierungsangebote „zwischen den Anforderungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme und den Verarbeitungsmöglichkeiten der individuellen Psyche ... helfen, die Exklusion ... möglichst niedrig zu halten“ (Großmaß, 2006, S. 5). In den letzten Jahren ist zu diesem Thema in der personenzentrierten Theoriebildung viel geschehen (GwG-Akademie, 2007), jedoch könnte auch dieser Bereich in der Zukunft eine weitere Ausgestaltung erfahren und auf diese Weise noch stärker Einzug in sozialarbeiterische Beratungskonzepte erhalten (vgl. z. B. bereits Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013).

Personenzentrierte Beratung beinhaltet daher in Erweiterung der Psychotherapie die Chance eines komplex orientierten methodischen Vorgehens (McLeod, 2004), das alltagsorientiert und niedrigschwellig, beziehungsorientiert und sozial unterstützend stetig neue Orientierungen entwickelt und damit auch in die Zukunft der Versorgung des modernen Menschen weist. Das Kompetenzspektrum klinisch sozialarbeiterisch ausgerichteter Personenzentrierter Beratung erstreckt sich dabei „von der Psychosozialen Diagnostik, der professionellen Bindungs- und Beziehungsgestaltung über Gesprächsführungskompetenzen und Wissensbestände individueller klinischer und lebensweltbezogener Veränderungsmodelle bis in System-, Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen“ (Gahleitner, 2011, S. 682). Personenzentriertes Denken eignet sich aufgrund seines konsequent sozialrelationalen Charakters hier hervorragend für weitere Theoriebildungen, müsste sich jedoch verstärkt Einbettungs- und Netzwerkaspekten widmen und diese einbeziehen. Soziale Arbeit wiederum muss personenzentrierte Beratungskompetenzen noch stärker in Studium und Weiterbildung zur Grundlage erklären. Psychosoziale Beratung künftig personenzentriert weiterzuentwickeln, bedeutet vor allem, die Einbettung der Person in Netzwerke noch grundlegender mitzudenken. Hier Modellvorstellungen zu schaffen, hätte einen zukunftsweisenden Charakter für den gesamten personenzentrierten Bereich.

## Fazit

Rogers war stets gegen die Gründung von Verbänden und die damit verbundenen Strukturen, auch weil er fürchtete, dass so neue Denkweisen gelähmt und Entwicklungen frustriert werden könnten. Er stimmte der Gründung der amerikanischen ADPCA, der Association for the Development of the Person-Centered Approach, erst zu, als diese in ihrer Namensgebung das Ziel der *Entwicklung* des Ansatzes zum Kernpunkt machte. The facts are friendly. Der Personenzentrierte Ansatz hat sich nie vor neuen Konzepten, vor Ergebnissen der empirischen Forschung oder vor Theorien benachbarter Disziplinen fürchten müssen (Cooper, Watson & Hölldampf, 2010). Darum plädieren wir dafür, sich diesen und vielleicht auch noch anderen Herausforderungen der fachlichen Zukunft zu stellen. Wenn wir unseren Ansatz ‚aktualisieren‘, bleibt er ein lebendiges Element im Orchester aller therapeutisch-beraterischen Konzepte. Dass er dabei seine Identität verlöre, kann nicht ernsthaft ein Argument sein, liegt es doch an uns selbst, bei allen Entwicklungen die Verbindungen zu den Wurzeln mitzudenken.

## Literatur

- Aich, G. & Behr, M. (2015). *Gesprächsführung mit Eltern*. Weinheim: Beltz.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: DGVT.
- Barrett-Lennard, G. T. (2013). *The relationship paradigm. Human being beyond individualism* (Reihe: EBL-Schweitzer). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bastine, R. (2008). Vorwort. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 11–12). Tübingen: DGVT.
- Behr, M. (2008). Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept ‚Interaktionsresonanz‘ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 115–131). Wien: Krammer.
- Behr, M. (2009). Constructing emotions and accommodating schemas. A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 44–62.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2011). Wachsen und sich verändern – Ein interaktionelles und schematheoretisches Modell zu Veränderungsprozessen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 39–64). Norderstedt: Books on Demand.
- Behr, M., Hüsson, D., Nuding, D. & Wakolbinger, C. (Hrsg.). (2014). *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (Hrsg.). (2012). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [Themenheft]. *Person*, 16(1).

- Bergson, H. L. (2013). *Schöpferische Entwicklung* (Reihe: Philosophische Bibliothek, Bd. 639). Hamburg: Meiner (französisches Original erschienen 1907: *L'évolution créatrice*, Paris: Alcan).
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–146). Wien: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–91). Heidelberg: Springer.
- Bohart, A. C. (2006). Understanding person-centered therapy. A review of Paul Wilkins' person-centered therapy in focus. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(2), 138–143.
- Bohart, A. C. (2007). Taking steps along a path: Full functioning, openness, and personal creativity. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 6(1), 14–29.
- Böhnisch, L., Lenz, K. & Schröer, W. (2009). *Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne* (Reihe: Juventa Paperback). Weinheim: Juventa.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Bd. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bozarth, J. D. (1996). Client-centered therapy and techniques. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 363–368). Frankfurt: Lang.
- Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* (Series: ISR Working Paper, Vol. 7). Hawthorne, Australia: The Swinburne Institute for Social Research. Verfügbar unter: <http://samac.nl/EUKN2015/www.eukn.org/dsresource9eoe.pdf?objectid=146694> [12. 4. 2016].
- Brodley, B. T. (2006). Non-directivity in client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(1), 36–52.
- Brodley, B. T. & Brody, A. F. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 369–374). Frankfurt: Lang.
- Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Leipzig: Insel.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations. A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F. & Bohart, A. C. (Eds.). (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd ed., text rev.). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Cooper, M., Watson, J. C. & Hölldampf, D. (Eds.). (2010). *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counselling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye: PCCS.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). The actualizing and formative tendencies: Prioritizing the motivational constructs of the person-centered approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 129–140.
- Drieschner, E. (2011). *Bindung und kognitive Entwicklung – ein Zusammenspiel. Ergebnisse der Bindungsforschung für eine frühpädagogische Beziehungsdidaktik. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)* (Reihe: WiFF Expertisen, Bd. 13). München: WiFF. Verfügbar unter: [http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF\\_Expertise\\_13\\_Drieschner\\_Internet.pdf](http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_13_Drieschner_Internet.pdf) [12. 4. 2016].
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Ellingham, I. (2001). Carl Rogers' 'congruence' as an organismic, not a Freudian concept. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory, and practice. Bd. 1: Congruence* (pp. 96–115). Ross-on-Wye, UK: PCCS (Original erschienen 1999).
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change*. Washington, DC: APA.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Finke, J. (2009). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007a). Gesprächspsychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 69–92). Köln: GwG.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007b). Gesprächspsychotherapie der Depression. In J. Kriz & T. Sluneccko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 233–247). Wien: Facultas.
- Frenzel, P. (2001). Der Personzentrierte Ansatz jenseits der Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (Reihe: Bibliothek Psychotherapie, Bd. 8; S. 362–392). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hanne, K. (2002). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 369–390). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H. U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 46–58.
- Füßner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & Zülw, C. v. (2012). Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 13–31.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Grundlage für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG.
- Gahleitner, S. B. (2011). Psychosoziale Beratung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7., überarb. Aufl.; S. 681–682). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Gahleitner, S. B. (2013). Personzentrierte psychosoziale Traumabehandlung. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personzentrierter Beratung* (S. 175–185). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gaylin, N. L. (2001). *Family, self and psychotherapy. A person-centred perspective* (Series: Person-centred approach and client-centred therapy essential readers). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Giddens, A. (1995). *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp (Original erschienen 1990: *The consequences of modernity*, Cambridge, MA: Polity Press).
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training. The "no-lose" program for raising responsible children*. New York: Wyden.

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann (Original erschienen 1993: Facilitating emotional change. The moment-by-moment process, New York: Guilford).
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Großmaß, R. (2006). *Beratung als „neue Profession“ – Anstöße und Entwicklungen im Umfeld des Psychotherapeutengesetzes (Deutschland 1999)*. Vortrag in Basel, September 2006. Verfügbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/beratungsprofession.pdf> [12. 4. 2016].
- Gutberlet, M. (2003). Die personenzentrierte Haltung: Die Kraft, die Veränderung schafft? *Person*, 7(1), 15–23.
- GwG Akademie (Hrsg.). (2007). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG.
- Höger, D. (2000). „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7(5), 5–17.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneco (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. (2010). Aktualisierungstendenz – Fragen – Antworten – mehr Fragen. *Person*, 14(2), 142–143.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47(4), 374–385.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 59–70.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 32–45.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 2(1), 32–44.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2014). Methoden und Techniken. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 35–56). Wien: Springer.
- Keupp, H. & Höfer, R. (Hrsg.). (1997). *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Koch, A. (2012). *Dreams and the person-centered approach. Cherishing client experiencing*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Kriz, J. (2010). Personenzentrierte Systemtheorie. *Person*, 14(2), 99–112.
- Kriz, J. & Stumm, G. (2003). Aktualisierungstendenz. In G. Stumm, J. Wiltschko & 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.
- Kühn, M. (2009). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 127–136). Weinheim: Juventa.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.). (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.
- Lietaer, G. (2002). The united colors of person-centered and experiential psychotherapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1), 4–13.
- Lietaer, G., Vanaerschot, G., Sniijders, J. A. & Takens, R. J. (Hrsg.) (2008). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- McLeod, J. (2004). *Counselling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Mearns, D. (2004). Problem-centered is not person-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3(2), 88–101.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D., Thorne, B. & McLeod, J. (2016). *Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 2013: Person-centred counselling in action, Los Angeles, CA: Sage).
- Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell*, 9(2), 72–96. Verfügbar unter: <http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20oder%20Beratung.pdf> [12. 4. 2016].
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- O’Leary, C. J. (1999). *Counselling couples and families. A person-centred approach*. London: Sage.
- O’Leary, C. J. (2012). *The practice of person-centered couple and family therapy*. London: Palgrave Macmillan.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., text rev.; pp. 307–389). New York: Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, J. (1991). Emotions, development, and psychotherapy: A dialectical-constructivist perspective. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 302–335). New York: Guilford.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013). Psychosoziale Beratung als Antwort auf aktuelle Entwicklungen. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 164–174). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.). (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rogers, C. R. (1949b). A coordinated research in psychotherapy: A non-objective introduction. *Journal of Consulting Psychology*, 13(3), 149–153.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–251). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1963/1974). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1(1), 17–26 [Dt.: 1974: Das Ziel: Die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In C. R. Rogers, *Lernen in Freiheit* (S. 268–286). München: Kösel].
- Rogers, C. R. (1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler (Original erschienen 1951a: Client-centered

- therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1980a: A way of being, Boston, MA: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, New York: McGraw-Hill, S. 184–256).
- Rogers, C. R. (1992). *Die nicht-direktive Beratung* (Reihe: Geist und Psyche; 10.–11. Tsd. d. ungek. Ausg.). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1942a: Counseling and psychotherapy, Boston, MA: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R., Cornelius White, J. H. D. & Cornelius White, C. F. (2005). Reminiscing and predicting: Rogers's beyond words speech and commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 383–396 (Vortrag von 1986).
- Sanders, P. (2007). Schizophrenia is not an illness. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 112–128.
- Sanders, P. (Ed.). (2012). *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2nd ed., text rev.). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schipper, M. (2015). Positive Psychologie. In M. Galliker & U. Wolfradt (Hrsg.), *Kompendium psychologischer Theorien* (S. 350–352). Berlin: Suhrkamp.
- Schleiermacher, F. D. E. (1977). *Hermeneutik und Kritik*. Frankfurt: Suhrkamp (Original erschienen 1838).
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch, Bd. 2: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1999). Person-Centered Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie. *Person*, 3(2), 139–141.
- Schmid, P. F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slu-necko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 34–48). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personenzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39(3), 124–130.
- Schmid, P. F. (2013). The most personal ist the most political. Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personenzentriertes Plädoyer und eine Konflikthanzeige. *Person*, 17(1), 47–59.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (5., unveränd. Aufl. nach d. 4., neu ausgest. Aufl. v. 1996). Weinheim: Beltz.
- Snijders, H. & Lietaer, G. (2014). Gruppenpsychotherapie. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 187–199). Wien: Springer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1998). Psychopathology according to the differential incongruence model. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 410–427). New York: Guilford.
- Speierer, G.-W. (2013). Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatzpunkt von Beratung. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 80–97). Weinheim: Beltz Juventa.
- Standal, S. W. (1954). *The need for positive regard: A contribution to client-centered theory*. Dissertation. Chicago, IL: University of Chicago, Department of Psychology.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14(2), 135–138.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2014). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 3–14). Wien: Springer.
- Teusch, L. (2014). Angst- und Zwangsstörungen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 215–226). Wien: Springer.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Warner, M. S. (2013). Difficult client process. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy & counselling* (2nd ed., text rev.; pp. 343–356). Basingstoke: Palgrave.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung* (Reihe: Edition Sozial; 2., überarb. u. erg. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 52–67). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (3., erw. Aufl.). Berlin: Tolke-mitt bei Zweitausendeins (Original erschienen 2009: The spirit level: Why equality is better for everyone, London: Lane).
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. Genf: WHO. Verfügbar unter: [www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [12. 4. 2016].
- Ziebertz, T. (2008). Hypothesen zu einer personenzentrierten Theorie der Familie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39(2), 79–85. Verfügbar unter: <https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB2-2008-ziebertz.pdf> [12. 4. 2016].