

# Rezensionsartikel

Hermann Spielhofer

Jürgen Kriz & Thomas Slunecko (Hrsg.):

**Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes.**

Wien: Facultas, 2007. 315 Seiten, ISBN 978-3-8252-2870-5, €44,90 / Sfr 42,70

Das vorliegende Buch soll sowohl Studierende, an Therapie und Beratung Interessierte als auch Praktiker mit den Grundlagen und aktuellen Strömungen sowie den Anwendungsbereichen der Gesprächspsychotherapie (GPT) bzw. Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie vertraut machen. Bereits im Titel des Buchs wird das Problem unterschiedlicher Bezeichnungen und damit auch der verschiedenen Entwicklungslinien und Differenzierungen unseres Ansatzes deutlich, worauf auch in der Einleitung Bezug genommen wird. Die Herausgeber sehen den Grund dafür in der geschichtlichen Entwicklung sowie „den verschieden gelagerten formativen Kräften – mit erheblichen Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung von Therapietheorie, Praxis und Selbstverständnis“ (S. 8). Diese Rahmenbedingungen sind jedenfalls zu berücksichtigen, um die Entwicklungen dieses Ansatzes mit seinen unterschiedlichen Strömungen nachvollziehen zu können, wie immer man zu den „großen Anpassungsleistungen“ stehen mag, die „die GPT vollbringen musste und weiterhin muss, um sich in ein System einzupassen, das von juristisch-bürokratischen Richtlinien einerseits und wissenschaftlichen Grundprinzipien des medizinischen Modells andererseits bestimmt wird“ (S. 8). Dabei stellt sich allerdings die Frage, wie sich diese „Anpassungsleistungen“ auf die Identität eines Ansatzes auswirken, der den Anspruch nach Autonomie und Selbstbestimmung erhebt und, wie Rogers immer wieder betont hat, gegen jede Form gesellschaftlicher Machtausübung und Kontrolle ist.

Dieses Buch gliedert sich in vier Abschnitte, wobei zuerst die allgemeinen Grundlagen der GPT vorgestellt werden, weiters wichtige „Ausdifferenzierungen“ sowie ein Abschnitt über Diagnostik und Forschung und ein vierter über die Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes bei verschiedenen Störungsbildern.

## Grundlagen

Im ersten Abschnitt des Buches werden die Grundkonzepte der Gesprächspsychotherapie behandelt, insbesondere die therapeutische Beziehung mit Empathie, Kongruenz und positive Beachtung als Aspekte der Begegnungshaltung“ (S. 22). Dabei handelt es sich

nicht um empirisch erhobene Determinanten, sondern um zentrale Forderungen einer humanistisch ausgerichteten Psychotherapie mit einem spezifischen Verständnis des Menschen. Daneben geht es um die *Aktualisierungstendenz* als grundlegendes Erklärungsprinzip.

Jürgen Kriz verweist in seinem Beitrag „Grundlagen der Gesprächspsychotherapie“ darauf, dass Rogers das Beziehungsangebot auf einer hohen Abstraktionsebene beschrieben hat, wodurch ein breites Spektrum an Möglichkeiten gegeben ist, das Beziehungsangebot zu realisieren. Dies ermöglicht zwar, die Interventionen auf die spezifischen Leidens- und die Lebensumstände der Klienten abzustimmen, enthält aber die Gefahr von Willkür und Beliebigkeit, wenn keine Konzepte für spezifische Beziehungsangebote und Interventionsstrategien bei unterschiedlichen Störungsbildern entwickelt werden und zwar als Folie für die Einordnung und Begründung dieser Interventionen sowie für eine Reflexion therapeutischen Handelns. Es wird auch nach wie vor darüber diskutiert, wieweit es sich bei diesen unterschiedlichen Strömungen um „Ausdifferenzierungen“, d. h. um Explikationen der im Ansatz bereits implizit enthaltenen Konzepte, handelt oder um Ergänzungen bzw. wieweit nicht bereits der Grundkonsens verlassen worden ist (vgl. dazu Keil, 2002).

In den verschiedenen Arbeiten in diesem Buch wird immer wieder auf die Aktualisierungstendenz als zentrales Konzept oder „Axiom“ in der GPT hingewiesen (vgl. insbes. Bischkopf & Greenberg, Biermann-Ratjen, Höger, Kriz, Schmid). Rogers sieht darin einerseits Ausdruck des naturhaften Kerns des Menschen mit seiner Tendenz zu Wachstum, Entwicklung und Differenzierung, „als Richtungs-Kraft im organischen Leben“. Andererseits sind aber auch alle Bedürfnisse „Teilaspekte dieses einen grundsätzlichen Bedürfnisses“ bis hin zu Selbstverwirklichung und Autonomie (Rogers, 1951a/1973, S. 422). Damit werden nicht nur unterschiedliche Bedürfnisse und Motivationen einem allgemein gehaltenen „Axiom“ subsumiert, sondern hier werden auch biologische und psychische Ebenen verschmolzen, ohne eine Differenzierung zu versuchen sowie die unterschiedlichen Entwicklungsdeterminanten zu berücksichtigen und das Ineinandergreifen von körperlichen Reifungsprozessen und psychischer Entwicklung im Rahmen von

Wachstums- und gesellschaftlich geprägten Sozialisierungsprozessen zu diskutieren (vgl. dazu Finke, 2002). In dieser allgemeinen und undifferenzierten Form mag sie als „übergeordnetes Sinnprinzip“ (Höger, 1990) oder als identitätsstiftender Kern unseres Menschenbildes sinnvoll erscheinen, sie ist aber nur bedingt zur Darstellung und Begründung psychischer Prozesse und der Entstehung psychischer Störungen geeignet. So hat H. Swildens bereits 1989 festgestellt, dass „in diesem eindimensionalen Geschehen wenig Raum für Differenzierungen [besteht]: Man kann sich allenfalls mehr oder weniger aktualisieren, kann mehr oder weniger in seinem Entwicklungsprozess stagnieren, in seinem Umgang mit sich selbst und anderen mehr oder weniger rigide werden“ (S. 80).

Kriz stellt das Konzept der Aktualisierungstendenz in den Rahmen der Systemtheorie und verweist auf die Selbstorganisationsprozesse sowie auf die Fähigkeit, adaptiv auf die Umwelteinflüsse zu reagieren, und zwar aus inneren Potenzialen heraus und nicht von außen bestimmt. Dies mag sinnvoll erscheinen, insofern diese Tendenz zur Aktualisierung der im Organismus angelegten Potenziale als „bio-somatische Entität“ gefasst wird, zumal es bei der Systemtheorie um Prozesse und Strukturen geht. Wenn jedoch psychische Prozesse angesprochen sind, etwa im Rahmen der *Selbstaktualisierung* des Individuums und damit internalisierte Werte und Verhaltensnormen ins Spiel kommen, geht es um Inhalte in Form von symbolisierten Erfahrungen. Diese können auf der Basis von systemischen Erklärungsmodellen nicht erfasst werden.

Peter F. Schmid behandelt in seinem Beitrag „*Begegnung von Person zu Person*“ die anthropologischen Grundlagen der Personzentrierten Therapie (PZT). Er zeigt dabei die unterschiedlichen etymologischen Wurzeln des Person-Begriffs auf, die einerseits auf das autonome Individuum hinweisen, auf das Selbst-Sein, und andererseits auf das In-Beziehung-Sein der Person. Schmid plädiert dafür, diese beiden Zugänge zum Verständnis des Menschen nicht zu harmonisieren, sondern beide Aspekte in das personzentrierte Menschenbild als dialektisches Spannungsverhältnis einzubeziehen. Dies betrifft insbesondere auch die Therapie, in der der Klient durch die Beziehung er selbst wird, ganz im Sinne Martin Bubers: Nur durch das Du ist das Ich möglich. Authentisch zu sein bedeutet, dieses Spannungsverhältnis von Selbst-Sein und In-Beziehung-Sein immer neu auszubalancieren.

Schmid konkretisiert diese beiden Dimensionen des Person-Begriffs anhand der zentralen Konzepte der personzentrierten Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. Therapie bedeutet demnach die Förderung dieser Tendenz, den Klienten für normales Wachstum und Entwicklung zu befreien, ohne Anleitung oder etwas vorzugeben. Die akzentuierte Position Schmidts zeigt sich auch darin, dass er Therapie als personale Begegnung bestimmt, bei der es um wechselseitige An-Erkennung als Person geht und nicht um Erkenntnis über den Anderen. Der Autor sieht in den Deutungen und Auslegungen bereits ein Bemächtigen und In-Besitz-Nehmen, das mit dem Konzept der personalen Begegnung unvereinbar ist.

Nun ist die Bedeutung philosophischer Konzepte wie jene von Kierkegaard, Buber oder Levinas für die anthropologische Fundierung des Personzentrierten Ansatzes unbestritten. Allerdings bedarf es auch der Diskussion dieser Konzepte auf der Ebene der Therapietheorie, wo es um die Voraussetzungen und Bedingungen für „personale Begegnung“ oder „Gegenwärtigkeit“ geht, damit es sich dabei nicht nur um spekulative Annahmen und ethische Postulate handelt, sondern diese „Modellannahmen“ auch Relevanz für das therapeutische Handeln bekommen. Es sollte jedenfalls nicht (mehr) der Eindruck entstehen, dass mit dem Beziehungsangebot wie etwa „absichtsloser Gegenwärtigkeit“ Störungskonzepte und störungsspezifische Interventionsstrategien überflüssig oder gar schädlich seien, was m. E. einen Rückschritt von der Profession zurück zur Konfession bedeuten würde (um den Untertitel des Buchs „*Psychotherapie im Wandel*“ von Grawe et al. (1994) zu paraphrasieren).

Auch *Eva-Maria Biermann-Ratjen* beschreibt in ihrem Artikel „*Die Störungslehre des klientenzentrierten Konzepts*“ zuerst die Grundbegriffe der GPT, wie „Organismus und Aktualisierungstendenz“, „Erfahrung“ oder „Selbstaktualisierungstendenz“. In der Folge werden von der Autorin die Phasen der Entwicklung des Selbst beschrieben und zuletzt in einem kurzen Abschnitt *Die Ätiologie psychotherapierbarer psychischer Störungen*. Dabei spielt die Entwicklung des Selbstkonzepts eine wesentliche Rolle; je eher im Leben eines Menschen das Erleben nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnte, umso ausgeprägter ist die primäre Inkongruenz, so die Autorin. Allerdings dürften neben dem Zeitpunkt der Einschränkung von Selbsterfahrung auch Art und Intensität von Deprivationen, die das Kleinkind erlebt, eine Rolle spielen, und außerdem entstehen frühe Störungen oft schon in einer Phase, in der noch kein kohärentes Selbst existiert, in das Erfahrungen integriert werden könnten und die daher nicht symbolisiert werden.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine sehr allgemeine Darstellung, die meines Erachtens wenig zum Verständnis einer klientenzentrierten Störungslehre beiträgt, und zwar insofern, als sie am „klassischen“ Konzept der Inkongruenz festhält. So bezeichnet W. M. Pfeiffer (1995, S. 41f.) dieses Modell der Inkongruenz als „ergänzungsbedürftig“, da sowohl Selbstkonzept als auch Aktualisierungstendenz in sich nicht einheitlich sind, sondern pathogene Widersprüche enthalten können. Außerdem ist die Einschränkung der Ätiologie psychischer Störungen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts einseitig, da diese Entwicklung in enger Wechselwirkung mit den körperlichen Reifungsprozessen und den damit einhergehenden organismischen Erfahrungen zu sehen ist. Vor allem am Bindungsverhalten oder im Bereich der Sexualität zeigt sich, dass das Erleben nicht allein als Aktualisierung vorgegebener Potenziale begründbar ist, sondern im Rahmen von Austauschprozessen mit der Umwelt geformt und inhaltlich bestimmt wird. So betont auch Pfeiffer in dem angesprochenen Artikel (S. 52f.), dass

Selbstkonzept und aktualisierende Tendenz nicht als unvereinbare Tendenzen einander gegenübergestellt werden können, da beide im Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen „sozialisiert“ werden.

Dieter Höger behandelt in seinem Artikel „*Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie*“ einen Bereich, der auch für die Psychotherapie zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Zu Beginn skizziert er die wesentlichen Konzepte der Bindungstheorie und ihre Bedeutung für das Beziehungsverhalten der Menschen. In Anlehnung an J. Bowlby sieht Höger das Streben nach Bindung als Bestandteil der biologischen Ausstattung des Menschen, als „genetisch verankertes Verhaltenssystem“. Höger zeigt in der Folge die Berührungspunkte zwischen der Bindungstheorie und dem Personenzentrierten Ansatz auf, wobei er neben der Methodik der empirischen Beobachtung vor allem die biologische Orientierung hervorhebt. In beiden Disziplinen geht es um die in der Natur des Menschen angelegten Tendenzen zur Erhaltung und Erweiterung des Organismus (in der Bindungstheorie: „Bindung“ und „Exploration“). Dazu bedarf es der Zuwendung oder positiven Beachtung der „bedeutsamen Anderen“ bzw. der „Bindungspersonen“, für deren Erhalt andere Bedürfnisse zurückgestellt oder aufgegeben werden. In beiden Ansätzen sind es die Bezugspersonen, die durch ihre Reaktionen und Kommentare die Selbsterfahrung und das Weltbild des Kindes sowie deren Symbolisierung bestimmen. Auch in der Therapie suchen Klienten im Therapeuten eine Bindungsperson, wobei ebenfalls ihre eingeübten Bindungsmuster zum Tragen kommen, und es ist umso schwieriger, eine wirksame therapeutische Beziehung herzustellen, je mehr die unsicheren Strategien dominieren. Es ist notwendig, dass der Therapeut die Beziehungserfahrungen der Klienten nicht wiederholt und damit stabilisiert, sondern neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, insbesondere dadurch, dass er die Signale und Botschaften empathisch aufgreift und richtig interpretiert. Dabei kann ihm das Wissen helfen, dass die sekundären Strategien, insbesondere bei den unsicheren Beziehungsmustern, überlebenswichtige Adaptationen darstellen, die ihre Entsprechung in der lebensgeschichtlichen Erfahrung haben und sich nicht auf ihn, den Therapeuten als Person, beziehen. Dabei scheint mir auch wichtig, dass der Therapeut seine eigenen Bindungsmuster kennt und nicht unreflektiert in den therapeutischen Prozess einfließen lässt (Höger, 2007).

Die Einbeziehung der Bindungstheorie für das Verständnis der therapeutischen Beziehung mit den darin wirksamen Beziehungsangeboten und Rollenzuschreibungen durch den Klienten kann ein nützliches Instrument bei der Diagnose von Beziehungsmustern und eine Ergänzung der Therapietheorie in der GPT darstellen, zumal diese Konzepte mit dem Beziehungsangebot dieses Ansatzes gut vereinbar sind. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die durch empirische Beobachtung und Experimente gewonnenen Konzepte nicht gleichzusetzen sind mit dem konkreten subjektiven Erleben der Klienten, weshalb es wichtig ist, die daraus abgeleiteten diagnostischen Hypothesen anhand der (verbalen und nonverbalen)

Mitteilungen im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses zu verifizieren.

Günter Zurhorst versucht in seinem Artikel „*Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht*“ die für diesen Ansatz zentralen Beziehungsvariablen „gegenstandsangemessen zu reinterpreten und die dazu notwendige Forschungsmethodologie zu thematisieren“ (S.79). Dabei soll die GPT gegenüber der Psychoanalyse mit ihrer Deutungsmacht und gegenüber der Verhaltenstherapie mit ihrer Manipulationsmacht abgegrenzt werden, um ihre Spezifität zu verdeutlichen und auch um den sich ausbreitenden Übernahmeversuchen entgegenzutreten. Um dem komplexen Geschehen im therapeutischen Prozess gerecht zu werden, fordert der Autor eine qualitativ-hermeneutische Forschungsmethodologie. Dabei bezieht er sich auf den Begriff der „Responsivität“ von Waldenfels (1998), bei dem es um eine grundlegende, anthropologisch verankerte Beziehungsstruktur geht, der zufolge wir uns in der therapeutischen Beziehung mit unserem Verhältnis zur Welt, zu anderen und zu uns selbst (einschließlich unseres Leib/Körpers) gegenüber treten, eine Beziehungsstruktur, die als *trinarische* bezeichnet wird. Entsprechend dieser Beziehungsstruktur ist etwa der Empathiebegriff in der bestehenden Konzeption nicht haltbar, da es darum geht, „den anderen als Anderen zu verstehen“, d. h. dem Anderssein des Anderen Rechnung zu tragen, ihn als Fremden, Dritten zu sehen. Es ist nach Zurhorst nicht möglich, dass wir uns über die Wahrnehmung in den Bezugsrahmen des Anderen begeben können, sondern aufgrund der trinarischen Struktur haben Therapeut und Klient aus ihrem jeweiligen Bezugsrahmen heraus eine gemeinsame „interpretative Verständigung“ zu leisten.

Der Autor interpretiert auch das Konzept der „unbedingten Wertschätzung“ neu, indem er auch hier auf die Bedeutung des Anderen für das Erleben des Menschen verweist – etwa im Sinne des „Blicks des Anderen“ bei Sartre. Die Annahme, dass durch die bedingungsfreie Wertschätzung das Verhältnis des Klienten zu sich selbst verändert wird, unterläuft die soziale Eingebundenheit des Menschen und die Tatsache, dass wir unsere Identität durch die Übernahme der Perspektiven signifikanter Anderer bilden. Auch in der Therapie ist die Auswahl der Perspektiven, die übernommen werden, bei Gewährleistung der selbstbestimmten Aneignung ein schwieriger Prozess der Ko-Konstruktion von Therapeut und Klient in einem professionellen offenen Raum, wobei der Therapeut in das Ensemble der signifikanten Anderen eingegliedert wird. Damit stellt dieser Artikel von Zurhorst meines Erachtens einen interessanten Beitrag für eine Erweiterung und Differenzierung der Grundkonzepte der GPT dar, vor allem um die soziale Einbindung des Individuums und Verankerung im kulturellen Kontext stärker zu berücksichtigen und die Konzeption einer starren, ahistorischen und entwicklungsresistenten Aktualisierungstendenz als Erlebens- und Entwicklungsbasis zu überwinden.

## Die Vielfalt der Ansätze

Johannes Wiltschko geht in seinem Artikel „*Experiencing-Theorie und Focusing-Therapie – Konzepte und Methoden im Umgang mit strukturgebundenem Erleben*“ zuerst auf die wesentlichen Begriffe der Focusing-Therapie ein. Bei dieser Methode geht es vor allem darum, die Aufmerksamkeit auf die *impliziten*, nicht-symbolisierten und diffusen Erlebnisse (Stimmungen, Ahnungen, Befindlichkeiten usw.) zu richten und eine Distanz dazu herzustellen, wodurch sie zu einem Objekt („*bit of experiencing*“), zu einem *Felt-Sense* werden. Wird dieses implizite Erleben durch das Fokussieren darauf *explizit*, d. h. symbolisiert, so entsteht ein *Felt-Shift*, der die Quelle für Veränderungsprozesse darstellt.

Strukturgebundenenes Erleben ist nun allerdings diesem Focusing-Prozess nicht zugänglich, da es nicht bewusst und in einer starren, stereotypen Form abläuft. Dieses strukturgebundene Erleben entsteht, wenn die von den Bezugspersonen übernommenen Antworten auf das eigene Erleben nicht mit diesem Erleben in Verbindung stehen und es daher auch nicht weiter tragen. Es sind die falschen Antworten, die das Kind auf sein Erleben und seine Bedürfnisse bekommen hat, aus Mangel an Empathie, Wertschätzung oder Kongruenz der Bezugspersonen. Dadurch kann sich der Erlebensprozess nicht weiter entwickeln, er erstarrt und nimmt strukturgebundene Muster an.

In der Therapie geht es darum, die Antworten („*experiential responses*“) zu finden, um den Erlebensprozess in den strukturgebundenen Aspekten wieder herzustellen. Wiltschko betont zwar, dass die therapeutische Situation und insbesondere die Beziehung zum Therapeuten die impliziten Erlebnisse des Klienten mitkonstituieren, dennoch kommt dieser Aspekte der Gegenseitigkeit im therapeutischen Prozess zu kurz; es wird stets am Erlebensprozess des Klienten gearbeitet; es geht darum, dessen Erleben „voranzutragen“ und nicht den gemeinsamen Prozess.

J. Bischoff und L. S. Greenberg stellen die „*Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie*“ vor. Die emotionsfokussierte Therapie versteht sich als spezifische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie und integriert prozessdirektive und erlebnisaktivierende Interventionen. Den emotionalen Verarbeitungsprozessen und den daraus resultierenden emotionalen Schemata wird eine zentrale Rolle zugeschrieben. Dabei kommt dem Therapeuten eine aktive Rolle zu, indem er die Aufmerksamkeit selektiv auf jene Erfahrungen lenkt, die emotional adaptiv und wachstumsbezogen sind und die die Stärken der Person und sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die Bereitschaft zur Selbstexploration betreffen. Diesen Erlebnisanteilen soll mehr Raum gegeben werden, um sie als Kern des Selbst zu etablieren. Bei prozessdirektiven und erlebnisaktivierenden Interventionen ist jedenfalls immer auch die Gefahr gegeben, dass der Therapeut sein Erleben auf den Klienten projiziert und nicht der Klient seinen Weg vorgibt, sondern der Therapeut; dies auch deswegen, da eine konsistente Theorie als Reflexionsfolie praktischen Handelns,

zumindest anhand dieses Beitrags, nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr verfügen die erfahrungsorientierten Ansätze, so die Autoren, „insgesamt über ein dichtes Theoriegebäude mit einer Vielzahl von Verzweigungen und Weiterentwicklungen ...“ (S. 120).

Hans Swildens beschreibt in dem vorliegenden Beitrag erneut seine „*Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*“ und betont, dass es sich dabei ebenfalls um eine „*eigenständige Ausprägung*“ innerhalb der methodischen Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes handelt und nicht um eine neue Therapierichtung, wobei durchaus eigene Ideen entwickelt wurden, „*wie die Anwendung der Gesprächspsychotherapie praktisch wirksam zu realisieren sei*“ (S. 123). Die zentrale Annahme dieses Konzepts besteht darin, dass eine Therapie in unterschiedlichen Phasen jeweils spezifische Anforderungen an den Therapeuten stellt und ein „*phasenspezifisches Vorgehen*“ erfordert. Dies ist nach Swildens vor allem wichtig bei Personen, bei denen der *existenzielle Prozess* stagniert, d. h. dass sie sich nicht (mehr) in ihrer prozesshaften Natürlichkeit und Geschichtlichkeit sowie in ihren künftigen Möglichkeiten erleben. Hier reiche nach Swildens ein strikt klientenzentriertes Vorgehen nicht aus. In der Prozessorientierten GPT geht es daher auch um die Exploration und Klärung der „*Alibis*“ der Klienten, deren Rechtfertigungen für ihr existenzielles Scheitern, sowie der „*Mythen*“, mit denen die Klienten versuchen, ihr Handeln und So-Sein verständlich und notwendig erscheinen zu lassen. Eine wesentliche Motivation dabei stellen das Hilfsverlangen und die Hilfserwartungen der Klienten dar, was der Therapeut aufzugreifen hat.

Das Konzept von Swildens orientiert sich im Unterschied zu den eher technisch-funktionalistischen Entwicklungen an der Existenzphilosophie Heideggers mit der Betonung der historischen und existenziellen Dimension sowie der phänomenologischen Betrachtungsweise und wird damit dem Anspruch und dem Menschenbild der GPT in besonderer Weise gerecht.

Rainer Sachse beschreibt das Konzept der „*Klärungsorientierten Psychotherapie*“ (KOP). Er betont zu Beginn, dass es sich dabei um eine Weiterentwicklung der *zielorientierten* sowie der *klärungs- und handlungsorientierten Gesprächspsychotherapie* handelt, die sich „*bedeutsam*“ vom klassischen Ansatz Rogers' sowie auch von anderen Strömungen der GPT unterscheidet (S. 138). Es geht dabei um die Klärung und die therapeutische Bearbeitung zentraler dysfunktionaler, problemdeterminierender Schemata sowie um die Aufhebung einer „*Alienation*“, d. h. Entfremdung der Person von ihrem eigenen Motivations- und Bedürfnissystem, und zwar im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, in der der Therapeut eine aktiv gestaltende Rolle einnimmt. Durch „*Explikationsprozesse*“ sollen unbewusst und automatisiert funktionierende Schemata zu validen kognitiven Repräsentationen gelangen.

Hinsichtlich der Handlungskonzeption der KOP wird vor allem die aktive Beziehungsgestaltung betont. Der Therapeut muss die

Verarbeitungsprozesse, die zur Klärung und Rekonstruktion der dem Erleben und Handeln zugrunde liegenden Schemata notwendig sind, gezielt steuern und bis an die Grenze dessen gehen, was der Klient gerade noch bereit ist zu bearbeiten. Dabei sollen allerdings keine inhaltlichen Vorgaben gemacht werden. Abschließend wird noch eine Reihe von konkreten Regeln und Strategien vorgestellt, die aus empirischen Ergebnissen abgeleitet worden sind.

Aufgrund seiner funktionalistischen, auf der Basis von empirischen Ergebnissen erstellten Interventionsstrategien steht dieser Ansatz in einem Gegensatz zum Beziehungsangebot der GPT. Anstelle eines „person-zentrierten“ und das Wachstum der Klienten fördernden therapeutischen Vorgehens liegt der Fokus auf der Behandlung von Symptomen bzw. auf der Bearbeitung dysfunktionaler Schemata. Es ist daher schwer nachvollziehbar, warum dieser Beitrag in einem Buch über aktuelle Strömungen der GPT Aufnahme findet, nachdem sich laut Aussagen des Autors dieses Konzept nicht nur „bedeutsam“ vom Ansatz Rogers unterscheidet, sondern auch von anderen Strömungen der GPT. Im therapeutischen Prozess der Personzentrierten Psychotherapie geht es um die Förderung der Selbstexploration der Klienten und um die gemeinsame Neuinterpretation und Neubewertung des Erlebens. Konzepte auf der Basis von empirisch-statistischen Ergebnissen müssen dort versagen, wo es um subjektive Wirklichkeiten geht, die im Rahmen des therapeutischen Dialogs erst narrativ konstituiert werden und nicht unabhängig sind von ihrer Generierung.

Michael Behr stellt in seinem Beitrag „*Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*“ spieltherapeutische Konzepte und die Praxis eines personzentriert-interaktionellen Vorgehens dar. Dieser Artikel fällt insofern etwas aus der Reihe, als es sich hier nicht nur um eine „Ausdifferenzierung“ der GPT handelt, sondern um eine Adaptation für eine besondere Klientengruppe mit speziellen Anforderungen. So wird eingangs auf die spezifischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, vor allem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen. Außerdem erfolgen hier die therapeutischen Interaktionen hauptsächlich auf der Handlungsebene, insbesondere im Spielen und Ausagieren, wobei die Klienten ihre Probleme und Gefühle „inszenieren“.

Bezüglich der Behandlungsstrategien wird zum Einen auf die Interventionsprinzipien von V. Axline, einer Schülerin von C. Rogers, hingewiesen, die von Zurückhaltung und Respekt getragen sind und im Sinne einer Alter-Ego Beziehung die Gefühle des Kindes spiegeln. Zum Anderen wird inzwischen, entsprechend dem interaktionellen Verständnis in der GPT, vom Therapeuten auch eine aktivere Haltung eingenommen. Als theoretische Fundierung werden auch die Bindungstheorie von J. Bowlby und die Theorie des Selbsterlebens von D. Stern herangezogen.

Der Autor beschreibt in dieser Arbeit auch das von ihm entwickelte Konzept der *Interaktionsresonanz*. Außerdem werden noch spezielle Aspekte der Jugendpsychotherapie sowie Wirkfaktoren

und Wirksamkeit von Interventionsstrategien dargestellt. Es hat sich auch gezeigt, dass der Anwendungsbereich des Beziehungsangebots personzentrierter Kinder- und Jugendpsychotherapie breit ist, und daher findet dieser Ansatz auch in vielen Arbeitsfeldern Anwendung, vielfach kombiniert mit anderen Verfahren wie Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie usw.

## Diagnostik und Forschung

Die ablehnende Haltung Rogers gegenüber einer vor allem medizinisch ausgerichteten Diagnose mit ihren starren Zuordnungen von Krankheitsbegriffen wurde inzwischen modifiziert, wobei versucht wurde, Diagnostik als einen in das Therapieschehen integrierten und auf die Inkongruenzproblematik abgestellten Prozess der Erkenntnisgewinnung zu bestimmen.

Dieter Tschulin unterscheidet in seinem Beitrag „*Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie*“ zwischen *Diagnostik* und *Diagnose*, wobei es sich bei der Diagnose um die Zuschreibung einer Chiffre handelt, während es bei der Diagnostik um einen gemeinsamen Prozess von Therapeut und Klient geht, in dem Erkenntnis und Verstehen gefördert werden sollen. Psychodiagnostik, Therapie und Ergebnisbeurteilung sollen eine integrative Einheit bilden, wobei sich der Patient verstanden und angenommen und nicht etikettiert fühlen soll. Der Autor sieht die Bedeutung der Diagnostik vor allem für die Indikationsstellung im Hinblick auf die Frage des differenziellen Vorgehens bei bestimmten Störungsbildern.

Tschulin stellt außerdem ein *Optimierungsmodell* vor, das zwar auf der Inkongruenztheorie aufbaut, aber über diese hinausgeht, und zwar hinsichtlich einer Differenzierung nach nosologischen Kategorien, um damit die Wirksamkeit der Psychotherapie zu optimieren. Neben dem Basisverhalten, d. h. der Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung, kommt nach diesem Modell insbesondere für die Behandlung psychischer Krankheiten eine *differenzielle Psychotherapie* zum Einsatz, die eine Adaptation an unterschiedliche Patienten- und Problemsituationen ermöglicht.

In einem weiteren Beitrag zu dieser Thematik stellt Tschulin den *Würzburger Leitfaden* (WLF) zur Diagnostik sowie zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle vor. Dieser Leitfaden bietet eine große Auswahl an diagnostischen Verfahren für Eingangs-, Prozess- und Abschlussdiagnostik sowie für Nachuntersuchungen, aus denen entsprechend dem Setting sowie den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Störungsbild geeignete Instrumente ausgewählt werden können. Es wird jedoch nicht diskutiert, was die Durchführung dieser Tests und Befragungen zu Beginn, während der Therapie und am Schluss für den therapeutischen Prozess sowie für die therapeutische Beziehung bedeuten und inwiefern dadurch das Vertrauen der Klienten in die Kompetenz des Therapeuten gestärkt wird, wie der Autor betont.

Auch Gert-Walter Speierer geht in seinem Beitrag „*Diagnose und Indikationsstellung im differenziellen Inkongruenzmodell (DIM)*“ davon aus, dass die Beziehungsvariablen der GPT nicht bei allen Klienten ausreichen, um eine therapeutische Veränderung herbeizuführen. Sein Konzept eines differenziellen Inkongruenzmodells soll eine Neubewertung von Diagnose, Indikationsstellung und Therapieplanung ermöglichen, indem anhand einer Inkongruenzanalyse die spezifische Inkongruenzdynamik der Person erfasst wird. Der Autor setzt dabei ein spezifisches Diagnoseverfahren ein, bei dem ein Transkript der Patientenmitteilungen ausgewertet wird – und zwar mit einer eigenen Checkliste – sowie das *Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI)*, ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Klienten, eingesetzt wird. Damit soll nicht nur festgestellt werden, ob eine Indikation für eine Psychotherapie besteht, sondern auch ob eine differenzielle Therapie angezeigt ist, wie etwa Konfliktbearbeitungs- oder Stressbewältigungsstrategien oder eine klassische GPT.

Diese beiden Ansätze von Tscheulin und Speierer erscheinen schematisch und auf spezialisierte effizienzsteigernde Strategien ausgerichtet. Dabei wird meines Erachtens zu wenig die Problematik diskutiert, dass durch die an der Symptomatik orientierten und anhand positivistischer Forschung generierten funktionalistischen Techniken die Person mit ihren individuellen Erwartungen und Sinnbedürfnissen aus den Augen verloren geht. Außerdem besteht die Gefahr, dass Fehlanpassungen und Symptome eingeschränkt behandelt und nicht, wie es dem Personenzentrierten Ansatz entspricht, Wachstum und Entwicklung der Person insgesamt gefördert werden, was Voraussetzung für eine nachhaltige Besserung des Leidenszustandes ist.

Inge Frohburg behandelt die „*Forschung in der Gesprächspsychotherapie*“ und gibt eingangs einen kurzen Überblick über die von Rogers initiierte und durchgeführte Forschung zur Wirksamkeit und zur Erfassung des therapeutischen Prozesses in der GPT. Außerdem verweist sie auf Forschungsarbeiten in Deutschland sowie auf den derzeitigen internationalen Forschungsstand und führt die wesentliche Literatur zu diesem Thema an. Die Autorin unterscheidet bei der weiteren Darstellung vier Bereiche der Forschung: Indikationsforschung, Prozessforschung, Ausbildungsforschung und Effektivitätsforschung.

Obwohl die überwiegende Zahl der Forschungsarbeiten dem naturwissenschaftlichen Paradigma entsprechen, betont Frohburg, dass dieses positivistisch-reduktionistische Verfahren, das von stabilen, abgegrenzten Merkmalen ausgeht sowie von kausal-linearen Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen, dem Gegenstand der GPT nur eingeschränkt gerecht wird, auch wenn sie einen gewissen Erkenntniswert besitzen. Einen alternativen Forschungsansatz sieht die Autorin in systemisch-interaktionell ausgerichteten Forschungsstrategien, ohne in ihrem Beitrag konkreter darauf einzugehen, was darunter zu verstehen ist. Ob allerdings diese

systemischen Ansätze, denen ebenfalls ein naturwissenschaftliches Paradigma zugrunde liegt, der GPT angemessen sind, hängt von der Gegenstandsbestimmung unseres Ansatzes ab. Wenn es, wie von Rogers postuliert, um die Erfassung des jeweiligen subjektiven Erlebens, des „inneren Bezugsrahmens“ geht, so ist dies jedenfalls nicht in der Dritten-Person-Perspektive etwa durch Verhaltensbeobachtungen oder durch Fragebögen möglich, dazu bedarf es der Interpretationen von Mitteilungen der Klienten im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses oder, wie Zurhorst in seinem Beitrag in diesem Buch schreibt, der gemeinsamen interpretativen Verständigung.

Trotzdem, oder gerade wegen dieser Ausrichtung, gibt dieser Beitrag von Frohburg einen guten Überblick über die Forschung in der GPT und kann als erste Einführung in dieses Gebiet sehr nützlich sein. Außerdem werden zahlreiche Hinweise für weiterführende Literatur gegeben.

### Störungsspezifische Praxisaspekte

Jobst Finke und Ludwig Teusch gehen in ihren Beiträgen über „*Die störungsbezogene Perspektive in der Gesprächspsychotherapie*“, „*Gesprächspsychotherapie der Depression*“, „*Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen*“ davon aus, dass Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern unterschiedliche Beziehungserwartungen und Erlebnisweisen einbringen und daher nicht gleich zu behandeln sind. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie von bestimmten Störungen eine Rolle spielen, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Patienten erleichtern. Sie sehen ihre Perspektive jedoch nicht als Gegenposition zur klassischen beziehungsorientierten GPT. Allerdings ist der Anspruch eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Behandlung psychischer Erkrankungen nur auf der Basis einer Therapietheorie einzulösen, die sich an Störungsbildern orientiert und damit die Möglichkeit bietet, therapeutische Interventionen auf ihre Angemessenheit im jeweiligen Einzelfall diskutier- und überprüfbar zu machen.

In der Folge werden störungsspezifische Konzepte anhand von Depressionen und Angststörungen dargestellt, wobei sowohl die jeweiligen „Schlüsselerlebnisse“, d. h. die für eine Störung charakteristischen Themen, als auch die entsprechenden Interventionsstrategien angeführt werden. Gerade für die Behandlung von Depressionen ist die GPT, so die Autoren, durch das bedingungsfreie Akzeptieren in besonderer Weise geeignet, da diese Patienten aufgrund ihres negativen Selbstkonzepts einer grundsätzlich affirmativen Zuwendung und stützender Nähe bedürfen.

Es ist das Verdienst der beiden Autoren, störungsspezifische Konzepte im Rahmen der GPT entwickelt und damit eine wichtige Ergänzung und Erweiterung des allgemeinen Konzepts der Inkongruenz als Erklärungsgrundlage für Fehlanpassungen erstellt zu haben. Dabei geht es darum, die Besonderheiten und spezifischen

Eigengesetzlichkeiten – vor allem bei länger bestehenden Störungen – zu beachten und die daraus folgenden besonderen Erlebens- und Handlungsmuster bei den Therapiekonzepten zu berücksichtigen. In den vorliegenden Arbeiten wurden für zwei verbreitete Störungsbilder die Grundthematik sowie entsprechende Interventionsmöglichkeiten beschrieben, wobei letztere als Raster von Möglichkeiten und nicht als starre Handlungsanweisungen verstanden werden. Die angeführten Beispiele können vor allem für angehende Psychotherapeuten hilfreiche Hinweise für die Befindlichkeiten und Hilfserwartungen dieser Klienten darstellen.

*Ute Binder* vertritt in ihrem Beitrag „*Psychotisches Leben als psychotherapeutische Herausforderung*“ das Anliegen, Theorie und Methode der PZT so zu erweitern, dass auch schwerer gestörtes Erleben und Handeln in seiner Ordnung, Bedeutung und Entwicklung empathisch begriffen werden kann. Zuerst schildert die Autorin sehr eindrucksvoll, welche Anforderungen und besonderen Anstrengungen psychotisches Erleben für die Betroffenen bedeutet, wie bedrohlich, verstörend und einsam ihr Leben sein kann. Durch das Fehlen von klaren Strukturen und Orientierungen, durch die geringe Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit des Erlebens sowie durch das Fehlen eines Bezugssystems, um die Erfahrungen einzuordnen, ist nicht nur das eigene Selbstverständnis, sondern auch die Kommunikation mit den Mitmenschen beeinträchtigt.

Das psychotische Erleben wird verständlicher, so die Autorin, durch die Erfahrung mit den Patienten sowie mit uns selbst in Ausnahmesituationen, durch klinisches Hintergrundwissen und durch die Kenntnis der entwicklungspsychologischen und pathologischen Grundlagen. In der Folge beschreibt Binder die entwicklungspsychologischen Aspekte der Psychosen. Einen breiten Raum widmet sie dem Konzept der Empathie, die sowohl für Entwicklungsprozesse als auch für die Behandlung eine zentrale Rolle spielt. Sie unterscheidet zwei Ebenen des Verstehens: Empathie als kommunikativer Prozess, der auf einen „motivational-prosozialen Mitvollzug“ abstellt, und eine „kognitiv soziale Perspektivenübernahme“, bei der es um das rationale Verstehen von Motiven, Gefühlen geht und deren objektive Bedeutung aus den realen Zusammenhängen heraus verständlich wird. Dies ist erforderlich, da bei schwereren Störungen ein therapeutisches Verstehen erforderlich ist, das über die allgemeine Verständnisbereitschaft hinausgeht.

Die Ausführungen von Binder sind trotz der besonderen Problematik klar und verständlich und durch die Beispiele sehr anschaulich und nachvollziehbar, was von einem umfassenden Wissen und reicher Erfahrung zeugt. Allerdings fehlt meines Erachtens ein theoretischer Rahmen, um die unterschiedlichen Begriffe und Konzepte, die die Autorin verwendet, sowie die vielfältigen Erfahrungen einzuordnen und in ihrer Bedeutung für die Darstellung und Begründung psychotischen Erlebens und deren Behandlung zu beschreiben.

*Klaus Heinerth* betont in seinem Artikel „*Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung*“ die zentrale Bedeutung der Symbolisierungsprozesse für die Persönlichkeitsentwicklung. Sie stellen das Bindeglied zwischen den Erfahrungen des Organismus und dem Selbstkonzept bzw. der Selbstexploration dar, die unsere Selbsterfahrung ständig begleitet und sie laufend bestätigt oder modifiziert. Der Autor weist auf die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen verzerrter und versperrter Symbolisierung hin und auf ihre Bedeutung für eine differenzielle Diagnostik und Therapie.

Zur Illustration verwendet er das Bild eines Hauses, in dem die verschiedenen Räume unterschiedlichen Erfahrungsbereichen, wie Selbstbehauptung und Aggression, Bindungsgefühle und Zuneigung oder Unsicherheit und Angst, entsprechen. Diese Räume müssen im Laufe der Entwicklung von der Person in Besitz genommen werden, und zwar durch eine empathisch begleitende Vertrauensperson, die das Individuum mit diesen Erfahrungsbereichen vertraut macht. Fehlt eine solche Vertrauensperson, so bleiben die entsprechenden Räume unbewohnt; die Person erfährt nicht, was es bedeutet, liebevoll oder aggressiv zu sein. Für diese Bereiche fehlen die entsprechenden Repräsentationen im Selbstkonzept und damit die Selbstempathie, ohne dass dem Betroffenen diese Lücke bewusst ist. Dies betrifft vor allem Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder frühen Störungen, wie Borderline-Strukturen. Neben diesen versperrten Räumen gibt es solche, die falsch möbliert sind; diese entsprechen einer verzerrten Selbstwahrnehmung, was bei Patienten mit neurotischen Störungen der Fall ist.

Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens verweist Heinerth darauf hin, dass bei Personen mit versperrter Symbolisierung die Kontaktfähigkeit der Patienten, welche Rogers als Voraussetzung für eine hilfreiche therapeutische Beziehung anführt, in den jeweiligen Bereichen nicht gegeben ist. Es sind also Interventionen notwendig, die auf nonverbaler Ebene erfolgen, da verbale Äußerungen auf keine entsprechenden Repräsentanzen im Selbstkonzept der Klienten treffen.

Der Autor empfiehlt daher empathische oder wertschätzende Mitteilungen durch Gesten oder Handlungen und auch Berührungen zu kommunizieren oder gestalterische Aktivitäten einzusetzen, wie Malen, Arbeiten mit Ton usw., oder erlebnisaktivierende Techniken.

Diese Unterscheidung in verzerrte und versperrte Symbolisierung erleichtert vor allem das Verständnis für die fehlende Einsicht und die mangelnde Möglichkeit, Gefühle oder Bedürfnisse zu erleben und damit auch diesbezügliche Hinweise des Therapeuten zu verstehen. Gerade in einer Zeit, da Persönlichkeitsstörungen zunehmend diagnostiziert werden, sind solche Konzepte hilfreich und eine Ergänzung zur Inkongruenztheorie der GPT.

*Rainer Sachse* hat in einem weiteren Beitrag über „*Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*“ sein therapeutisches Konzept bei der Behandlung einer

psychosomatischen Störung dargestellt. So verweist er darauf, dass anhand von Untersuchungen zu dieser Problematik psychische Prozesse und Merkmale gefunden worden sind, aus denen ein bestimmtes psychisches Funktionsmodell abgeleitet werden kann. Zentraler Aspekt dabei ist ein hohes Maß an *Alienation*, d. h. Entfremdung von den eigenen Bedürfnissen und Motivationen. Das führt dazu, dass sich diese Patienten durch das Fehlen eines internen Bewertungssystems schwer orientieren und entscheiden können. Daraus folgt eine chronische Unzufriedenheit, da sie nicht entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse handeln, sondern sich sehr stark nach außen orientieren, ohne dass ihnen dies bewusst wird. Charakteristisch für psychosomatische Patienten ist auch die Vermeidung einer Reflexion der Gründe ihres Leidens, was wiederum die Entfremdung verstärkt. Dies führt zu einem geschlossenen, sich selbst stabilisierenden System. Diese Reflexionsvermeidung stellt daher, nach Sachse, den entscheidenden therapeutischen Ansatzpunkt dar.

Da diese Patienten ein niedriges Niveau an Selbstexploration aufweisen sowie eine geringe Fähigkeit, sich auf inhaltliche Klärung einzulassen, ist es notwendig, diese Vermeidungsstrategien ins Zentrum der Therapie zu rücken. Im Sinne der von ihm vertretenen „klärungsorientierten Psychotherapie“ (siehe oben) geht es darum, den Klienten aktiv zu einer Problemarbeit dysfunktionaler Schemata anzuleiten.

Es ist dem Autor natürlich zuzustimmen, dass bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen ein geringes Ausmaß an Reflexion der Ursachen auf der psychischen Ebene besteht und dies einen wichtigen Ansatzpunkt in der Therapie darstellt. Es soll hier aber trotzdem nochmals auf die Unvereinbarkeit hingewiesen werden zwischen „aktiven“ und „gezielt gesteuerten“ Interventionen, die auf einzelne Symptome abzielen und von empirischen-statistischen Ergebnissen abgeleitet worden sind, einerseits und dem Beziehungsangebot der GPT andererseits.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das vorliegende Buch einen gewissen Überblick über die derzeitige Diskussion der Grundlagen sowie wesentlicher Ausdifferenzierungen und Neuinterpretationen gibt. Es sind aktuelle Beiträge von namhaften Autoren, die fundiert über ihre Spezialgebiete berichten. Allerdings ist für mich die Auswahl der Beiträge nicht leicht nachzuvollziehen,

da damit nicht nur unterschiedliche und zum Teil gegensätzliche Standpunkte und Strömungen vertreten werden, wobei, wie die Herausgeber schreiben, auch sehr spezifische Vorstellungen von Gesprächspsychotherapie einfließen, sondern sie sind auch von den Anforderungen und Voraussetzungen her sehr unterschiedlich, weshalb es auch schwierig ist, eine entsprechende Zielgruppe auszumachen. Belesene Therapeuten werden viele Darstellungen finden, die in ähnlicher Form schon mehrfach publiziert worden sind. Andererseits finde ich, dass es nicht nur für Studierende oder an Therapie Interessierte schwierig ist, diese unterschiedlichen und oft gegensätzlichen Standpunkte und Konzepte einzuordnen oder unter den Anspruch und das Menschenbild der GPT zu subsumieren bzw. einen Eindruck davon zu bekommen, wofür der Ansatz steht. So wird auch von den Herausgebern zugestanden, dass die GPT inzwischen „in den derzeitigen Mainstream derart hineingewachsen [ist], dass ihre Grundorientierung bisweilen unkenntlich geworden ist oder als überflüssiges Beiwerk erscheint“ (S. 17). Jedenfalls scheint mir der Hinweis auf die klassischen Beziehungsvariablen sowie die Aktualisierungstendenz als gemeinsame Basis nicht ausreichend, da diese Konzepte auch in diesem Buch zum Teil relativiert und neu interpretiert werden. So hat J. Howe bereits 1989 die mangelnde Reflexion der anthropologischen Grundannahmen für die Identitätsproblematik der GPT verantwortlich gemacht und gefordert, die anthropologische Basis neu zu diskutieren (1989, S. 14).

Jedenfalls haben wir uns in zunehmendem Maße der Frage zu stellen, wie die Spannung von personenzentriertem Anspruch und Menschenbild einerseits und den „formativen Kräften“, – den ökonomischen Zwängen mit ihren Forderungen nach effizienten, kostengünstigen und technisch-funktionalistischen Verfahren und den wissenschaftlichen Ansprüchen in Richtung einer „evidenzbasierten Psychotherapie“ – auszutragen ist; d. h. wieweit wir versuchen sollen, den Anspruch nach Autonomie, Widerständigkeit und Emanzipation aufrechtzuerhalten. Ich würde mir wünschen, dass dieses Buch – gerade wegen seiner unterschiedlichen Positionen und Bruchstellen, aber auch wegen der Vielfalt und Offenheit – einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten kann. Allerdings zeigen die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte, dass die politisch-bürokratischen und ökonomischen Zwänge sowie der Versuch nach Anerkennung durch die Scientific Community und den Einrichtungen des Gesundheitswesens bisher vielfach überwogen haben.

## Literatur

- Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person*, 6(2), 26–34.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 11(1), 5–12.
- Howe, J. (1989). Störungsspezifisches Handeln in der Gesprächspsychotherapie? In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 9–20). Heidelberg: Asanger.
- Keil, W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P.G. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 181–218). Köln: GwG.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (S. 41–82). Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin [dt.: *Die klientenbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler].
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.