

Michael Gutberlet

# Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?

## Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution

**Zusammenfassung:** In Ausbildungen und Fachdiskussionen wird nach wie vor die für die Praxis sehr bedeutsame Frage gestellt, ob die personzentrierte Haltung, wie sie Rogers formuliert und erforscht hat, für konstruktive Persönlichkeitsveränderung als hinreichend gilt, oder ob eine Erweiterung des Ansatzes notwendig ist.

Der Autor stellt dazu folgende Positionen zur Diskussion:

- Rogers' Haltungskonzeption stösst<sup>1</sup> auf Skepsis und Unverständnis, weil sie im Widerspruch steht zum gängigen Wissenschafts- und Bildungsverständnis und auch eine sehr ungewohnte, erfahrungsbezogene Vermittlungsform erfordert, ohne die sie nicht wirklich verstanden werden kann.
- Die personzentrierte Haltung als eine Erfahrung ist das entscheidende und hinreichende Agens für Veränderung und Heilung.
- Personzentrierte Haltung und der punktuellen Gebrauch von ausgearbeiteten Techniken, von lenkendem oder führendem Therapeutenverhalten schliessen einander nicht aus, sofern erstens gewährleistet ist, dass der innere Bezugsrahmen der Person – und nicht Theorie oder Technik – unangefochten im Zentrum der Aufmerksamkeit von TherapeutInnen steht und zweitens KlientInnen über jeden ihrer Schritte selbst entscheiden können. Diese Auffassung wird begründet, ihre Umsetzung in der Praxis verdeutlicht und auf ihre Risiken hingewiesen.

**Schlüsselwörter:** Hinreichende Bedingungen für Psychotherapie, personzentrierte Haltung, Integration anderer Therapiemethoden, Ausbildung

**Résumé:** L'attitude centrée sur la personne: la force qui crée le changement ? Sur les difficultés de compréhension et de transmission de la révolution douce de Rogers. Dans les formations et les discussions entre professionnels, la question très significative pour la pratique est toujours posée de savoir si l'attitude centrée sur la personne, telle que Rogers l'a formulée et explorée, est suffisante pour un changement constructif de la personnalité ou si une extension de l'approche est nécessaire.

L'auteur soumet pour cela les positions suivantes à la discussion:

- La conception de l'attitude de Rogers se heurte au scepticisme et à l'incompréhension, parce qu'elle est en contradiction avec la conception de la science et de la formation qui a cours et exige aussi une forme de transmission très inhabituelle, axée sur l'expérience, sans laquelle elle ne peut être réellement comprise.
- L'attitude centrée sur la personne est la force motrice décisive et suffisante pour le changement et la guérison.
- Ceci n'exclut cependant pas l'utilisation ponctuelle de techniques élaborées, de comportements directifs ou dirigistes de la part des thérapeutes, pour autant qu'il soit garanti que le cadre de référence intérieur de la personne – et non la théorie ou la technique – soit au centre de l'attention des thérapeutes et qu'en outre les clientes puissent décider eux-mêmes/elles-mêmes à chaque étape. Cette vision des choses est motivée, sa mise en oeuvre dans la pratique explicitée et ses risques signalés.

**Mots-clés:** Conditions suffisantes pour la psychothérapie, attitude centrée sur la personne, intégration d'autres méthodes thérapeutiques, formation

---

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

**Abstract: Is the person-centred attitude the power that leads to change? On the difficulties of understanding and communicating Rogers' soft revolution.** *In training and in professional discussions we continue to ask a question which is very meaningful for professional practice: Is the person-centred attitude, as proposed and examined by Rogers, sufficient for a constructive change of personality or is it necessary to expand the approach. In this context, the author discusses the following propositions:*

- *Rogers' concept of the therapeutic attitude encounters scepticism and rejection because it contradicts the regular concept of science and training and it is unconventional in the sense that to be understood, it needs to be communicated and taught in ways that are closely related to experience.*
- *The person-centred attitude is the decisive and sufficient agent for change and healing. This, however, does not exclude the occasional application of elaborate techniques so long as the inner frame of reference of the person—and not the theory or the technique—remains the focus of the therapist's attention and so long as the clients themselves can decide which steps they need to take. The author describes the basis of this approach, clarifies its implementation and points out the risks.*

**Keywords:** *Sufficient conditions for psychotherapy, person-centred attitude, integration of other therapeutic methods, training*

Wer eine Einführung in den PCA des Carl Rogers für ein breiteres Fachpublikum gibt, wird von den TeilnehmerInnen bald mit der Frage konfrontiert: „Das klingt ja gut – aber reicht das wirklich, ist das allen Ernstes genug, um mit Menschen psychotherapeutisch oder beratend zu arbeiten?“

In Aus- oder Fortbildungsgruppen in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung sind die kritischen Einwände dann differenzierter, etwa so:

„Ist Empathie, Wertschätzung und Kongruenz denn wirklich hinreichend, um Heilungs- und Veränderungsprozesse in Gang zu bringen, oder braucht es doch mehr und anderes? Ich habe einerseits die Gesprächspsychotherapie so verstanden, dass ich mit meinen Interaktionen beim Gefühl meiner Klientin<sup>2</sup> bleiben und nicht direktiv sein soll. Das Konzept scheint zu verbieten, dass ich Fragen stelle, konfrontiere, strukturiere und dass ich Techniken anwende oder dem Klienten theoretische Erläuterungen gebe. Aber andererseits höre und lese ich von Fach- und TeamkollegInnen (auch von GesprächspsychotherapeutInnen), man müsse Drogenabhängige konfrontieren, die Gespräche mit Borderline-PatientInnen strukturieren, depressive Menschen nicht durch zu viel empathisches Aufnehmen ihrer Gefühle noch tiefer in die Depression hineinführen, den Therapieprozess aktiv und zielorientiert steuern, u. Ä. mehr. Hat sich Rogers also in grundlegenden Fragen geirrt, und müssen folglich seine Theorie und die Praxis verändert werden?“

In der Fachliteratur wird der Zweifel dann bei manchen KollegInnen zur Gewissheit:

*Reinhard Tausch* vertritt die Auffassung, dass es eine „klientenzentrierte Notwendigkeit“ sei, die Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden zu ergänzen (Tausch 1989).

*Rainer Sachse* kritisiert das Konzept von Rogers als „ein in jedem Fall gleiches Beziehungsangebot auf der Grundlage von Basisvariablen“ und kommt von diesem Verständnis her zu dem zwingenden Schluss, sie müsse in Richtung auf Zielorientierung und Prozesssteuerung modifiziert werden (Sachse 1991, 26).

*Gert-Walter Speierer* sieht gar einen „psychotherapeutischen Omnipotenzanspruch der nondirektiven, später der Triasvariablen-therapie als die notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Therapie aller psychischen Störungen“ und stellt dem die störungsspezifische Inkongruenzbehandlung entsprechend ICD-Kategorien gegenüber (Speierer 1994, 105).

*Hanne Hummel und Raimund Dörr* sehen erhebliche Gefahren, wenn man ausschliesslich „klassische Gesprächspsychotherapie“, die sich an der Umsetzung der drei Basisvariablen orientiere, bei traumatisierten Menschen anwende. Es brauche viel spezifisches Fachwissen und spezifische Techniken, um gegenüber solchen PatientInnen adäquat zu reagieren (Dörr/Hummel 1999, 14).

Und es gibt manche *Artikel, Kursauschreibungen und Vorträge* über personenzentriertes Arbeiten, die mit wenigen Sätzen erklären, dass Empathie und so weiter ausserordentlich wichtig sei und dann in vielen Sätzen begründen, warum zusätzliches Wissen, zusätzliche Techniken, Strategien, Methoden unverzichtbar seien und diese dann darlegen.

Zahlreiche AutorInnen haben in unterschiedlicher Form gezeigt, dass solchen und ähnlichen Positionen, die eine grundlegende Modifikation und Ergänzung des PCA für notwendig halten, eine Fehlinterpretation des Rogers-Ansatzes zugrunde liegt (Höger 1989; Kriz 1989 und 2002; Gröflin-Buitink 1994 und 2002; Biermann-Ratjen et al. 1995; Bürki/Hobi 2002; Schmid 2002). Eines der Hauptargumente: Rogers hat seine Therapietheorie auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Er beschreibt Einstellungen und Haltungen auf Seiten des Therapeuten und nicht konkrete Verhaltensweisen. Daher bedeute die Behauptung, der PCA müsse

---

2 Im Artikel wird die männliche, die weibliche und die integrierte Form benutzt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

auf der Handlungsebene ergänzt und erweitert werden, eine Vermischung von Abstraktionsebenen – und die Kritik und die Forderung nach Erweiterung gehe ins Leere (Höger 1989).

Aus meinem Verständnis des PCA heraus stimme ich Högers Auffassung zu. Dank seiner fundierten, von Anderen mehrfach nachvollzogenen Argumentation könnte man m. E. die Diskussionen um die Sanierungsbedürftigkeit des PCA *auf der theoretischen Ebene* beenden. Für die Umsetzung der Theorie in die Praxis ist die Diskussion damit aber keineswegs beendet. Denn mit dem hohen Abstraktionsniveau von Rogers' Therapietheorie bleiben auf der Handlungsebene sehr viele Möglichkeiten ganz bewusst offen. Dadurch entstehen die grundlegenden und oft skeptischen, zweifelnden Fragen zur praktischen Arbeit, wie sie eingangs beispielhaft notiert wurden. Man könnte sagen, dass diese Skepsis durch das Konzept von Rogers geradezu provoziert wird, dass sie gewissermaßen „systemimmanent“ ist – die Diskussion mit sich selbst und anderen um das praktische Handeln kann darum nie ganz abgeschlossen werden.

Der Artikel soll dazu beitragen, einige Aspekte dieser notwendigen und schwierigen Diskussion etwas deutlicher hervortreten zu lassen. Dazu mache ich unter anderem den Versuch,

- ... eine Begründung zu geben, warum das Konzept von Rogers bei aller Sanftheit so umstürzlerisch ist und oft Widerstand und die vielen, wiederkehrenden Fragen auslöst,
- ... herauszuarbeiten, dass ein adäquates Verstehen des PCA mit der Verwobenheit von Handlungs- und Handlungsebene untrennbar an eine bestimmte Form von Ausbildung gekoppelt ist, in der insbesondere der Weg vom hohem Abstraktionsniveau zum Niveau konkreter Verhaltensweisen wieder und wieder erfahren wird,
- ... darzustellen, wie ich selbst in der Praxis lenkende, direktive Interaktionen verstehe, wie ich damit umgehe und wie ich sie theoretisch begründe.

## Haltung und Erfahrung als Wirkfaktor von Veränderung und Heilung: Quer zum herrschenden Wissenschaftsverständnis

Mit seiner Theorie und Praxis hat der hochkarätige Wissenschaftler Rogers einige Säulen herkömmlichen wissenschaftlichen Denkens umgelegt. Er steht mit seiner Position quer zu dem, was die meisten von uns in zwanzig oder mehr Jahren Schul- und Berufsausbildung über das Lernen gelernt haben. Sein radikales Andersdenken und -handeln ruft daher geradezu nach Kritik, Zweifel und Forderung nach Ergänzung und Modifikation.

Er hat das, was auf dem Bildungsweg als oberster Wert vermittelt wurde, für die psychotherapeutische und beratende Arbeit massiv heruntergestuft: nämlich das Wissen und den Wissenserwerb sowie die Techniken, mit denen man Wissen anwendet. Stattdessen hat er an erste Stelle gesetzt: Die *Erfahrung*. Gemeint ist damit nicht der

Begriff „Erfahrung“ im Sinne der nützlichen Sammlung von Immer-Wieder-Praktiziertem, auf das man souverän zurückgreifen kann, sondern das, was ein Mensch im Hier und Jetzt innerlich erfährt.

Für die Psychotherapie und Beratung hat Rogers die revolutionäre Aussage gemacht: das Agens, der zentrale Wirkfaktor für Veränderung, Wachstum und Lösung von Blockierungen (also Heilung) ist das, was TherapeutInnen und BeraterInnen *in sich erfahren* und wie sie diese Erfahrung zum Ausdruck bringen. Anders gesagt: Der Therapeut wirkt primär durch das, was er *ist* und nicht durch das, was er macht und tut. Es ist seine *Haltung*, die Wachstum bewirkt und Blockierungen oder Krankheitssymptome löst – sein konkretes *Verhalten* ist nicht der entscheidende Faktor.

Ausdrücklich stuft Rogers auch die Technik, die er selbst entwickelt hat, in dieser Weise herunter, wenn er formuliert, dass die „Technik des ‚Reflektierens von Gefühlen‘ ... in keiner Weise eine wesentliche Bedingung für Therapie [ist]“ (Rogers 1957, 182f).

Konkretisiert an den drei Aspekten der personenzentrierten Haltung heisst das:

Die Personenzentrierte Psychotherapeutin wirkt, weil sie empathisch *ist*, weil sie Empathie für ihr Gegenüber in sich erlebt in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient verstanden fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie wertschätzend *ist*, weil sie Wertschätzung für ihr Gegenüber in einem gegebenen Augenblick in sich erfährt – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient geschätzt und geachtet fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie kongruent *ist*, weil sie im Kontakt mit einem Klienten offen ist für ihre Erfahrung, keine relevante Erfahrung ausblenden muss und daher sich „ganz“ und „echt“ erleben kann in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die der Klient die Therapeutin echt und ohne den Gestus fachlicher Überlegenheit wahrnehmen soll.

Diese grundlegende Auffassung drückt sich sehr prägnant in Rogers' Einleitung zum Gloria-Gespräch aus (Rogers 1965): Er spricht nicht davon, was er mit der Klientin in der folgenden halben Stunde *tun* wird und warum, sondern er formuliert: das Gespräch wird in dem Masse hilfreich sein, in dem es ihm gelingt, empathisch, wertschätzend und kongruent zu *sein*.

Angesichts der zentralen Bedeutung, die Rogers also dem „Sein“ des Therapeuten als verändernde Kraft gibt, wird noch einmal deutlich, warum Zweifel, Skepsis und die Forderung nach konkreten Verhaltensanweisungen für TherapeutInnen und BeraterInnen so oft geäußert werden. Dieses „Sein“ entzieht sich den gängigen Mitteln wissenschaftlicher Kontrolle und den gängigen methodisch-didaktischen Formen der Vermittlung weitgehend. Ich gebe den KritikerInnen insofern recht, als in Rogers' radikalem Standpunkt eine beträchtliche Gefahr liegt: dass er nämlich oberflächlich aufgenommen und dann missverstanden wird als Freibrief für beliebiges Handeln „aus dem Bauch“, als Erlaubnis, sich selbst in der Rolle des

Therapeuten zu verwirklichen, als Rechtfertigung für überhöhten bis schwärmerischen Glauben an die Wirkung der „Weisheit des Organismus“. Die Zweifel und die Gefahren müssen ernst genommen werden. Das, was mit dem Personenzentriert-Sein gemeint ist, darf nicht Formel bleiben, nicht Theorie, nicht schöne Philosophie – es muss erfahren und erarbeitet werden in der Aus- und Fortbildung. Nicht zwei- oder dreimal, sondern immer wieder. Es gehört zum Wesen personenzentrierter Haltung, dass sie nicht eines Tages so gelernt und verfügbar sein kann wie etwa eine Fremdsprache oder die Fähigkeit zur Reparatur einer Kaffeemaschine. Daraus folgen in einer Ausbildung sehr hohe Anforderungen an alle Beteiligten.

## **Personenzentrierter Haltung verinnerlichen und daraus handeln: Fern von gewohnten Bahnen des Lernens**

Von Lernenden wird in der Ausbildung das selbe radikale Umdenken und Umfühlen gefordert, das Rogers in der Wissenschaft und Praxis vollzogen hat. PCA-AusbildungsteilnehmerInnen müssen gegen einen Strom schwimmen, in dem sie sehr lange mit so vielen anderen zügig und erfolgreich – mit Schul-, Ausbildungs- und Studienabschluss – geschwommen sind. Sie müssen auf die gewohnte, klare Aussage vom Lehrenden verzichten: „Das ist so und so und daher musst Du jetzt Folgendes lernen und dann das und das damit tun.“ Stattdessen werden sie in der Ausbildung immer wieder auf ihre *eigene/s* Erfahrung/Erleben verwiesen und etwa gefragt, wie *sie* denn den Klienten und seine Probleme sehen, welche Gefühle er denn bei ihnen auslöst, welches denn *ihre* Impulse, Überlegungen, Eindrücke von dieser Person sind, welche Erfahrungen denn *sie* mit diesem Menschen bereits gemacht haben, wie sie selbst mit einem vergleichbaren Problem umgehen, usw. Sie hören, dass nicht der Ausbilder oder das Lehrbuch die Richter über ihre therapeutischen Interventionen sind, sondern die Klientin.

Ich habe keinen Ausbildungsteilnehmer kennen gelernt (mich selbst natürlich eingeschlossen), für den das nicht verunsichernd war – für manche sehr, für manche weniger. Und so stellen sich drängende und berechtigte Fragen zur personenzentrierten Beziehungsgestaltung, etwa so: „Wenn es eine Erfahrung in mir ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wie komme ich dann in der konkreten Situation mit einer Klientin zu dieser Erfahrung? Wie komme ich denn los von der hartnäckigen inneren Frage, was ich jetzt und in der nächsten Stunde mit dem Klienten praktisch tun muss, damit seine Ängste nachlassen, die Depression schwindet, die Zwangshandlungen reduziert werden? Schliesslich sind das die Ziele, die Klient, Arbeitgeber und Krankenkasse fordern! Ich kann doch nicht jede Therapiestunde supervidieren lassen, um wieder Klarheit zu bekommen über mich und meine innere Erfahrung für die nächste Stunde mit Klientin X. Ich kann auch nicht warten mit meiner therapeutischen Tätigkeit, bis ich durch die eigene Therapie

sicher genug bin, dass die personenzentrierte Haltung genügend in mir verankert ist! Zumal ich ja wohl nicht einmal ganz sicher sein darf, dass ich diese Erfahrung im erforderlichen Mass in mir entfalten kann.“

Mit Faszination und manchmal mit Neid geht der Blick dann bisweilen auf die glasklaren Techniken der Verhaltenstherapie, auf die erlebnisaktivierenden Methoden der Gestalttherapeuten, auf die komplexen und beeindruckenden Theorien der tiefenpsychologischen Teamkolleginnen, auf die verblüffenden Strategien der Systemiker und so weiter. In diesen Therapierichtungen finden Lernende häufig Konzepte und Techniken, an denen sie ihr Handeln planen, ausrichten und prüfen können und sie finden dazu Anweisungen, die Sicherheit geben, sind sie doch entwickelt und erprobt von Wissenschaftlern und/oder erfahrenen TherapeutInnen.

Lernende im PCA werden also aus den vertrauten Bahnen des Erwerbs von Wissen und Fertigkeiten herausgeworfen und mit ungewohnten Anforderungen an sie als Person konfrontiert.

Dem muss eine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung Rechnung tragen. So, wie die praktische personenzentrierte Arbeit selbst abweicht vom gängigen Verständnis der Menschenbeeinflussung, so muss auch die Ausbildungsarbeit vom gängigen Lehr- und Lernverständnis abweichen. Das ist die zwingende Voraussetzung dafür, dass Lernende erfassen können, was mit Erfahrung als Agens gemeint ist und dass und wie sie wirkt. Nur so können die Zweifel am Konzept kleiner werden – eben nicht aufgrund eines Glauben an die Richtigkeit von Theorien oder Forschungsergebnissen, sondern aus dem Selbst-Erfahren.

## **Der Kern einer personenzentrierten Ausbildung: Kein Trainingslager für therapeutische Skills, sondern Gewächshaus für Entfaltung personaler Potenziale für die berufliche Arbeit**

Wer Rogers' Theorie und Forschungsergebnissen zustimmt, dass es die gelebte Erfahrung ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wird die Person des Ausbildungsteilnehmers in den Mittelpunkt der Ausbildungsarbeit stellen. Um sie kreist das Ausbildungsbemühen, nicht um Theorie- und Technikvermittlung. Wer Rogers' Auffassung nicht teilt, wird umgekehrt gewichten. Sehr eindrücklich brachte schon vor 30 Jahren der Gesprächspsychotherapeut Wolf-Rüdiger Minsel diese Problematik auf den Punkt – an deren Aktualität hat sich m. E. nichts geändert.

Er schrieb: „Zusammengenommen wird hier von Rogers ein Verhaltens-/Interaktionsmuster gefordert, welches in der Realisierung grossen Schwierigkeiten unterworfen ist. Diese Schwierigkeiten werden besonders bei Fragen zur Ausbildung von Psychotherapeuten deutlich, geht es dabei doch um konkretes Einüben und Kontrollieren bestimmter Fertigkeiten. Dieses scheint bei den von

Rogers formulierten Verhaltenskomponenten nicht direkt möglich, da es sich bei diesen Merkmalen im Grunde um allgemeinemenschliche Einstellungen anderen Personen gegenüber handelt. Die Folge davon wäre nach der Konzeption von Rogers, diese Einstellungen/Haltungen anderen Personen gegenüber zu üben, wobei Kontrollen der Lernprozesse direkt kaum möglich sind“. (Minsel 1972, 24)

Die Konsequenz, die Minsel zog: Er entwickelte ein Ausbildungskonzept mit „programmierter Instruktion“ und mit „Micro-teaching“ (ebd. 105f). So hilfreich strukturierte Lernprogramme, wie sie Minsel und einige andere praktizier(t)en, oder konkrete Verhaltensanweisungen an TherapeutInnen, wie sie Sachse (1994) vornimmt, punktuell sein können: rücken trainierbare therapeutische Handlungen ins Zentrum der Ausbildung, geht diese am Eigentlichen vorbei und der Lernende entfernt sich vom wichtigsten Wirkfaktor des Personzentrierten Ansatzes.

Denn es geht im PCA in der Tat *primär* darum, das Agens „Haltung/Einstellung“ der einzelnen Therapeutin zu fördern, zu entwickeln, zu differenzieren. Freilich nicht in der verharmlosenden und falsche Assoziationen weckenden Form, wie das bei Minsel anklingt, wenn er von „allgemeinemenschlichen Einstellungen“ spricht, die geübt werden müssten, aber nicht angemessen geübt werden könnten. Und selbstverständlich geht es auch nicht um das Einüben eines auf der Handlungsebene immer gleichen Beziehungsangebots, wie Sachse (1991, 26) das unterstellt.

Es geht beim Lernen – man müsste vielleicht besser sagen: „Verinnerlichen“ – des PCA vielmehr um die mühsame Seelenarbeit der Integration einer personzentrierten Haltung in die Gesamtperson der Therapeutin und des Therapeuten.

Das bedeutet ein Hinarbeiten auf zunehmende Offenheit für Erfahrung durch Abbau von Abwehrhaltungen. Dies wiederum führt zu einer immer klareren und unverstellteren Selbst- und Fremdwahrnehmung und zu wachsender Unbestechlichkeit bei der Selbsteinschätzung, ob und in welchem Masse man/frau den Anderen und sich selbst versteht und akzeptiert.

Es geht um die oft mühsame und aufwendige Suche nach den für die eigene Person stimmigsten Ausdruckformen der personzentrierten Haltung („Kanäle“ der Vermittlung von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, Rogers 1957). Und es geht dabei auch um das kontinuierliche Weiterentwickeln der Fähigkeit, zu erkennen und zu berücksichtigen, wie der Klient Hans Meier in welchen Situationen auf welche Ausdrucksform reagiert – und in diesem Zusammenhang freilich auch um das Wachsen der Fähigkeit, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen und zu akzeptieren. Und selbstverständlich geht es um die Integration von aufgenommenem Wissen und trainierten Fertigkeiten in die sich weiter entwickelnde, individuell sich ausformende personzentrierte Haltung. Und so weiter.

## Personzentrierte Psychotherapeutin werden heißt: Als Person auf dem Prüfstand stehen

Die Konkretisierungen der notwendigen Prozesse in der Ausbildung machen deutlich, dass in einer solchen Entwicklung hin zur personzentrierten Psychotherapeutin ein sehr spezielles Lernklima und -setting nötig ist. Was immer eine Ausbildungsteilnehmerin gerade lernt – es ist sehr oft in sehr hohem Masse mit ihr selbst als Person verknüpft. Sie speichert nicht in erster Linie neutrales Wissen und Fertigkeiten, die sie später abrufen und anwenden kann. Sondern sie muss immer wieder neu ihren nicht a priori festgelegten therapeutischen Interventionen eine Gestalt geben, die dem Gegenüber und der Situation gerecht wird. Und dabei sind die schöpferischen Kräfte von ihr als Person unablässig gefragt und alle Irrtümer und Sackgassen, die sie dabei begeht, müssen durchlebt, ausgehalten und korrigiert werden.

Weil also die Entwicklung von Fachkompetenz und von personaler Kompetenz im personzentrierten Ausbildungskontext nicht voneinander zu trennen sind, braucht es viel Vertrauen, viel stabilen, als sicher erlebten Schutzraum, um sich im Rahmen einer Ausbildungsgruppe in dieser erfahrungsoffenen, relativ abwehrfreien Art und Weise einzubringen, zu lernen und professionell und persönlich zu wachsen. Wer sich vor sich selbst und anderen öffnen muss, um zu lernen, wer nicht nur sein gespeichertes Wissen und technisches Know-how, sondern sich selbst als ganze Person auf den Prüfstand stellen muss, ist sehr verletzlich.

Um dennoch das unvermeidliche Risiko einzugehen, braucht es eine Atmosphäre des Vertrauens in die Menschen, die lehren und in die, mit denen man lernt. Ein solches Klima und Vertrauen kann nicht durch vorgegebene Lernstrukturen und methodisch-didaktische Strategien geschaffen werden. Es muss sich innerhalb einer Gruppe mit ihren LeiterInnen/FacilitatorInnen in einem langfristigen, person- und gruppenzentrierten Prozess entwickeln. An dem muss gearbeitet werden. Immer wieder. Dieser Prozess muss im Zentrum stehen, er darf nicht als Selbstverständlichkeit betrachtet werden, die neben dem Trainieren und Wissen-Sammeln „einfach so“ mitläuft.

Dies sind enorme Anforderungen an alle Beteiligten – das ist unbestritten. Aber wer die verändernde Wirkung der *Erfahrung* personzentrierter Haltung vermitteln bzw. integrieren will, der muss sich der Schwierigkeit stellen. Nur so kann das Gemeinte dann auch an Klientinnen weitergegeben werden.

Wer sich in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen dieser Anforderung entzieht und sich *primär* auf Wissensvermittlung, Lernprogramme, Microteaching, Training von kontrollierbaren Fertigkeiten, auf das Eintrainieren von ziel-, prozess- oder problemorientiertem Therapeutenverhalten abstützt, der kapituliert aus meiner Sicht vor diesen Schwierigkeiten der Vermittlung personzentrierter Haltung.

Und eine in dieser Weise gewichtete Ausbildung ist in meinen Augen keine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung mehr. Weil das, was den Ansatz eigentlich ausmacht, dort nicht mehr im Zentrum steht. Die Erfahrung der „power“, der Kraft des Personenzentrierten Ansatzes, hat zu wenig Raum, kann sich nicht verankern oder wird zu einem zufälligen Nebenprodukt (Gutberlet 1999).

## Personenzentrierte Haltung als notwendige, aber selbstverständliche Nebensache? Eine Illusion

Nun wird von denen, die einen Sanierungsbedarf am Rogers-Ansatzes sehen, an diesem Punkt oft angeführt, dass ja Empathie, Wertschätzung und Kongruenz durchaus als notwendig betrachtet werden und dass natürlich jeder Therapeut in einer PCA-Ausbildung lernt, jegliche Form direkter Intervention personbezogen durchzuführen

Aus meiner Ausbilder-Erfahrung heraus halte ich Letzteres inzwischen für eine Illusion. Es ist alles andere als selbstverständlich, dass TherapeutInnen die gelernten Theorien und Forschungsergebnisse sowie die eintrainierten Techniken dem Klienten und der Situation unterordnen. Wer zwei Drittel oder drei Viertel seiner Ausbildungszeit mit Theorie und Technik beschäftigt war, wer gelernt hat, dass für die Patientengruppe X die Methode der Wahl die und die sei, wer Lehrbücher der Soundso-Therapie durchgeackert und internalisiert hat, dem ist es keineswegs selbstverständlich, den Menschen, der da vor ihm sitzt, ernster zu nehmen als das, was er als „gesichertes Wissen“ und „bewährte Technik in der klinischen Praxis“ mit auf den Weg bekommen hat (Gutberlet 1995; 2002).

Die personenzentrierte Haltung als innere Erfahrung entfaltet nur dann ihre verändernde, heilende Kraft vollständig, wenn das Bemühen des Therapeuten um diese Haltung unangefochten die Vorrangstellung im therapeutischen Kontakt hat. In dem Masse, in dem sich die Zentrierung seiner Aufmerksamkeit verlagert von der Person hin zu einer festgefügtten Theorie über die Psyche des Menschen und ihre Störungen, zur elaborierten Technik, zur Strategie oder zum Manual, geht die Wirkkraft von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz verloren. Dann wird auch die Aktualisierungstendenz bei der Klientin nicht mehr in dem Masse angesprochen wie zuvor. Denn auch sie schaut nun immer mehr nach aussen, zum Experten und seinen Erklärungen und Lösungswegen, und immer weniger nach innen zum eigenen Erleben und zu eigenen Lösungen.

Es würde den Rahmen sprengen, dieses zentrale Thema jetzt gründlicher darzustellen. Daher an dieser Stelle nur ein Beispiel aus der Praxis, das für viele und für die Grundidee stehen soll. Wenn in einer Supervisionsgruppe erst einmal der Satz gefallen ist: „Anorexie-Patientinnen haben eine gestörte Körperwahrnehmung“ und diese Auffassung und ihre Bedeutung für die konkrete Therapie nun

mehr und mehr Raum in der Supervision einnimmt, dann wird es für die Supervisorin immer schwieriger, die Körperwahrnehmung ihrer untergewichtigen Klientin Eva Müller einfühlsam und wertschätzend *aus deren eigenem Bezugsrahmen* heraus zu verstehen und sie als Person darin anzuerkennen. Doch genau das wäre die notwendige Bedingung dafür, dass die Klientin überhaupt anfangen kann, äussere, ihr innerlich fremde Bezugsrahmen anzuschauen und zu prüfen.

## Wer aus personenzentrierter Haltung handelt, dem stehen viele Wege offen

Nach dieser ausführlichen und gewiss redundanten Beschäftigung mit der Bedeutung personenzentrierter Haltung als einer *Erfahrung* und mit den notwendigen Bedingungen bei der Vermittlung, kann nun die Antwort auf die Eingangsfragen zur Legitimität des Strukturierens, Konfrontierens, Fragens, des störungsspezifischen Intervenierens und des Gebrauchs von Techniken leichter gegeben werden.

So klar ich die Frage bejahe, ob personenzentrierte Haltung *hinreichend* sei für konstruktive Persönlichkeitsveränderung, so klar sage ich auch „Ja“ zu punktuellen Lenken, Techniken anwenden usw. Das ist aus meiner Sicht und meiner Erfahrung kein Widerspruch. Diese Einschätzung lässt sich aus der Theorie und aus meiner eigenen Erfahrung begründen:

Erstens: Rogers hat die explizite Aussage gemacht, dass jede Technik „ein Kanal“ werden kann, durch den personenzentrierte Haltung als das Agens von Psychotherapie und Beratung kommuniziert werden kann (Rogers 1957, 183). Es gibt also auch in seiner Theorie keine Begründung dafür, irgendeine Technik grundsätzlich zu „verbieten“. Also auch nicht das Strukturieren, Führen, Lenken.

Zweitens: Rogers selbst hat eine Technik entwickelt und angewandt, die des „Reflektierens von Gefühlen“. Darüber hinaus lassen sich in seinen therapeutischen Interaktionen eine Fülle von wiederkehrenden Mustern entdecken, die ohne weiteres als Techniken ausgearbeitet und benannt werden könnten. Es gibt keinen Grund, Techniken von Rogers gut und konzeptkonform zu heissen und solche von Freud, Lowen, Perls, Kanfer, Satir und so weiter von vornherein als nicht-personenzentriert einzustufen. Die Frage ist – aus personenzentrierter Sicht – bei allen Techniken oder Anwendungen einer Theorie die gleiche: Wird mit der Art, wie eine Technik angewandt wird, wie ein Gespräch strukturiert wird, wie eine Frage gestellt wird, Empathie und Wertschätzung für den Klienten zum Ausdruck gebracht, steht er im Mittelpunkt? Oder rückt die Technik ins Zentrum und die Person an den Rand? (Warum Rogers seine wiederkehrenden Handlungsmuster nicht als Techniken ausgearbeitet hat, wird weiter unten diskutiert).

Drittens: Wenn das Führen und Lenken unvereinbar wäre mit personenzentriertem Arbeiten, dann müssten wir das Focusing aus

dem PCA verbannen. Focusing ist eine Technik, zu der KlientInnen angeleitet werden, in der sie phasenweise auch geführt werden müssen. Wie hilfreich und wirksam oder wie schädlich diese Technik ist, hängt davon ab, wie sie gebraucht wird.

Viertens: Auf meinem persönlichen Weg zum Psychotherapeuten habe ich an eigener Seele erfahren, dass personenzentrierte Haltung und der punktuelle Gebrauch von direktiven, lenkenden Interventionen sich nicht ausschließen. Drei TherapeutInnen/AusbilderInnen mit sehr unterschiedlichen Konzepten und praktischen Vorgehensweisen prägten meinen Wachstumsprozess und die Verarbeitung mancher Blockierungen – gemeinsam war ihnen das, was ich später bei Rogers empirisch extensiv erforscht und präzise beschrieben fand: Ihre Haltung von authentischer, akzeptierender Zuwendung, die durch fast nichts zu erschüttern war. Ihr waches Mitgehen und Mitfühlen mit dem Erleben ihres Gegenüber, gleichgültig wie tief oder oberflächlich, wie absurd oder nachvollziehbar es war. Ihre Fähigkeit und Bereitschaft, auch als Person in der Begegnung zu sein und dabei die Grenzen ihrer Rolle zu wahren. Diese Grundeinstellung im Kontakt hat die wichtigsten Effekte gehabt und die tiefsten Spuren hinterlassen – die unterschiedlichen Theorien und Techniken, die von den TherapeutInnen gelegentlich genutzt wurden, betrachte ich heute als deren individuelle Art, ihre (personenzentrierte) Haltung in eine Ausdrucksform zu bringen, die zu ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrem Ausbildungsweg passte.

### **Eine Anmerkung zur Rogers' Skepsis gegenüber Techniken und Theoriegebäuden**

Wenn Techniken und anderes direktives Vorgehen aber dem personenzentrierten Handeln nicht grundsätzlich widersprechen, wie ich das hier behaupte – warum hat Rogers dann nicht selbst seine eigenen wiederkehrenden Verhaltensmuster auch in Form von strukturierten Techniken gefasst und vermittelt? Warum hat er sich immer wieder einmal skeptisch gegenüber Techniken der Menschenbeeinflussung und der Anwendung von differenzierten Theorien geäußert? Das hat er meiner Interpretation nach deshalb getan, weil er bei der anfänglichen Vermittlung seiner eigenen Technik des „Reflektierens von Gefühlen“ mit einigem Schrecken erfuhr: Vorgefertigte Interventionsabläufe, vom Fachmann gelehrt, von belehrten Fachpersonen angewendet, schaden oft mehr als sie nutzen, weil sie – siehe oben – gar zu schnell wichtiger werden als der Klient, weil allzu oft der Klient sich der Technik und/oder der Theorie unterordnen muss und nicht mehr die Therapeutin mit ihrer Technik dem Klienten.

Das war (und ist) keine theoretische Befürchtung von minderer Bedeutung, sondern bedrückende Beobachtung in der Praxis. Es sei daran erinnert: Frauen mussten auf der Couch ihren „Penisneid“ entdecken, wenn sie gesund werden wollten, weil viele PsychoanalytikerInnen diese Spekulation von Freud als Wahrheit übernommen

hatten – nahmen Patientinnen diese Wahrheit nicht als ihre an, waren sie im „Widerstand“ oder galten als nicht-therapiefähig. Einige Menschen wurden durch diverse Methoden der Humanistischen Psychologie in seelische Zusammenbrüche getrieben, weil TherapeutInnen glaubten, man müsse und dürfe durch invasive Techniken „Durchbrüche von authentischen Gefühlen“ provozieren. Homosexuelle Personen wurden mit verhaltenstherapeutischen Aversions- und Belohnungstechniken gegen ihre sexuelle Neigung „behandelt“. Und so weiter.

Rogers hat vermutlich einen guten Teil dazu beigetragen, dass solche krassen therapeutischen Irrtümer mit ihren schlimmen Folgen für die betroffenen Menschen heute sehr viel seltener sind. Doch das Grundprinzip gilt auch noch heute. Wer Theorie und Technik in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt, ist immer in Gefahr, den Klienten in ein Korsett zu zwingen, das ihm schadet. Auch dafür liessen sich viele Beispiele aus der heutigen Alltagspraxis zusammenstellen. Und es gibt nur einen Weg, dies zu vermeiden: Die Person und ihren Weg ernster zu nehmen als alle psychologischen und psychopathologischen Theorien über die Psyche des Menschen – und den Weg, den die Person geht, wichtiger zu nehmen, als alle psychotherapeutische Technik, die auf bessere Wege führen soll.

Und wie sieht das in der Praxis aus?

### **Personenzentrierte Haltung und Lenkung/ Führung/Technik in der Praxis von Therapie und Beratung**

Im Folgenden rede ich deshalb von *meinem* Vorgehen in der Praxis, weil ich nicht den Anspruch erhebe, eine Theorie oder eine Handhabung entwickelt zu haben, die auch für andere gelten muss.

In meiner praktischen Arbeit als personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder, Berater hat die Person von Klientin, Patient oder Ausbildungsteilnehmerin den zentralen Platz.

Um dieses Zentrum herum und bezogen auf dieses Zentrum hat daneben auch alles Platz, was ich einmal gelernt an Theorie oder geübt habe als Technik oder auch selbst entwickelt habe. Dieses Handwerkszeug kann aus meiner persönlichen Biographie kommen, aus meinen praktischen und theoretischen Ausbildungen, aus meiner Berufserfahrung, den Rückmeldungen meiner KlientInnen, aus meinen Kontakterfahrungen mit Menschen allgemein. Ich betrachte keines dieser speziellen Handwerkszeuge als unverzichtbar und notwendig – aber ich halte es für selbstverständlich und unvermeidlich, dass solche „Werkzeuge“ in uns vorhanden sind und jeder Therapeut sich ihrer Existenz bewusst werden und damit konstruktiv umgehen muss. Nach meinem Verständnis verlasse ich durch den Gebrauch solcher Mittel *nicht* den Rahmen des Rogers-Konzepts. Im Gegenteil. Wenn ich wirklich *kongruent* bin – also *offen für meine Erfahrung* – dann dürfen solche Selbst-Erfahrungen nicht abgewehrt werden aus meinem bewussten Erleben. Auch diese Bestandteile

meiner Person müssen in meinem Erleben Raum haben und dann ggf. beitragen zu meinem konkreten Handeln – sie dürfen nicht durch ein (Selbst-)Konzept blockiert werden, das da etwa heisst: „Techniken sind verboten“.

An diesem Punkt teile ich nicht die radikalen Positionen von Peter Frenzel und Peter F. Schmid. Beide postulieren als zentrales Charakteristikum des PCA, dass jegliche Technik nur aus dem Hier und Jetzt in der Beziehung entstehen darf. Frenzel (1992, 207) begründet dies unter anderem mit der „spontanen Subjekt-Subjekt-Begegnung“ als Merkmal personenzentrierte Therapie, (Schmid 2002, 85) mit dem „absichtslosen Gegenwärtigsein“ und der „Un-Mittelbarkeit“ (= bar aller Mittel sein) (ebd. 92), ohne die eine Therapie nicht personenzentriert genannt werden dürfe.

So sehr mich diese radikale Position anspricht – meine Erfahrung und Reflexion der Erfahrung kann dem nicht zustimmen, sagt sie mir doch: Auch wenn dieses absichtslose Gegenwärtigsein in Sternmomenten in mir lebt, selbst dann bin *mit meiner ganzen Geschichte* als Person und Fachmann in einer solchen spontanen Subjekt-Subjekt Begegnung drin. Zu den „spezifischen Eigenarten der je eigenen Person“ (Frenzel 1992) gehören auch meine Kenntnisse um und Erfahrungen mit anderen Vorgehensweisen in und ausserhalb der GT/PCA-Therapierichtungen. Dem trage ich Rechnung, indem ich versuche, diese geschichtlich gewachsenen Aspekte meiner Therapeuten-Person in die Beziehung zu meinen KlientInnen einzubringen – transparent als *meine* Erfahrung und nicht als eine Wahrheit und mit Respekt vor dem inneren Bezugsrahmen des Gegenüber.

Keinen Platz hat also in meiner Arbeit der Versuch (so jedenfalls ist mein Bestreben), den Klienten von irgendeiner Theorie, von irgendeiner Technik, von irgendeiner persönlichen Erkenntnis überzeugen zu wollen. Ich bin stattdessen bemüht, *jede* meiner Interaktionen – und eben auch die theoriezentrierte, lenkend-technikzentrierte – meinem Klienten gewissermassen zur Begutachtung vorzulegen. Ich führe und lenke ihn durch eine theoretische Überlegung oder durch die mögliche Bedeutung eines Forschungsergebnisses, wenn er davon hören will. Ich führe und lenke ihn durch eine Technik, wenn er sich einmal darauf einlassen will. Aber *er* entscheidet bei jedem neuen Schritt, ob er auf mein Angebot eingehen will, ob er den Nutzen einer theoretischen Erklärung weiter für sich prüfen will oder nicht, ob er den nächsten Schritt in einem Technikablauf machen will oder nicht. Er ist mit seinem aktuellen inneren Erleben und seinem Verhalten der Wegweiser für meinen nächsten Handlungsschritt, nicht ein Lehrbuch und nicht ein Manual. Jeder Zentrierung auf eine Technik folgt im Idealfall eine Zentrierung auf die Person.

## Zweifel und Verunsicherung als Bestandteil des Personenzentriert-Seins – und als Teil seiner Wirkkraft

Ich habe im ersten Teil des Artikels den Eindruck formuliert, dass Zweifel am Personenzentrierten Ansatz und die Forderung nach Erweiterung und Überarbeitung gewissermassen systemimmanent sind. Die Ergebnisse meines Nachdenkens beim Entstehen des Artikels bestärken mich darin. Denn das Nicht-gewiss-Sein, ob Mann oder Frau als personenzentrierte/r TherapeutIn richtig handelt, ist ein ständiger Begleiter des Erlebens in der praktischen Arbeit. Streng genommen enthält *jede* therapeutische Interaktion die Frage: „Bewege ich mich mit *dieser* Handlung *jetzt* im Bezugsrahmen der Klientin oder wie viel hat sich von meinem eigenen Bezugsrahmen mit hineingemischt? Und: war ggf. die Kommunikation meines eigenen Bezugsrahmens hilfreich oder nicht für mein Gegenüber?“ Die Antwort auf diese Fragen weiss ich nie im Voraus, und so gehören Zweifel zu meinem Personenzentriert-Sein.

Vielleicht liegt im „Ja“ zu dieser Un-Sicherheit, mit dem Realismus und der Bescheidenheit, die darin enthalten sind, ein Teil der Wirkkraft des personenzentrierten Zugangs zum Menschen. Wer weiss und akzeptiert, dass all seine gesammelte Erfahrung und Erkenntnis, sein Wissen um Theorien, Techniken, störungsspezifisches Intervenieren etc. nicht mehr sind als *ein* Modell unter vielen möglichen, also ein *Versuch*, Frau X oder Herrn Y auf ihrem und seinem Weg zur Veränderung zu helfen, der geht mit diesem Handwerkszeug sehr vorsichtig um. Er legt es weg, wann immer er merkt, dass die Klientin es nicht brauchen kann oder ein besseres hat für ihre Situation. Und das ist – so sagt mir meine Erfahrung – sehr oft der Fall. So kann durch unsere grundlegende Vorsicht beim Konfrontieren mit einem äusseren Bezugsrahmen die Klientin in *ihre* Möglichkeiten hineinwachsen und von den externen Angeboten das übernehmen, was für sie tatsächlich brauchbar ist.

Auch Rogers selbst hat uns in seinem Erbe diese (fruchtbare) Bürde des Nie-sicher-Seins hinterlassen. Einerseits legt er ein klares Konzept darüber vor, wie konstruktive Persönlichkeitsveränderungen in Gang kommen (Rogers 1959). Daneben formuliert er Gedanken wie diese: „Erfahrung ist für mich die höchste Autorität [...] Kein Konzept eines anderen und keines meiner eigenen Konzepte ist so massgeblich wie meine Erfahrung.“ (Rogers 1961, 39; Übersetzung überarbeitet durch M. G.). Woraus sich die paradoxe Aussage ergibt: Indem ich dieser Erkenntnis von Rogers vorbehaltlos zustimme, muss ich, um in seinem Sinne zu arbeiten, meine eigene Erfahrung ernster nehmen als das Konzept von Carl Rogers.

Wenn das nicht verunsichernd ist.

## Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Klett Cotta) 1975, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Bürki, R./Hobi, R. (2002), Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 94–112
- Dörr, R./Hummel, H. (1999), Psychotherapie traumatischer Belastungen und Personenzentrierter Ansatz, in: Brennpunkt 80, 7–17
- Frenzel, P. (1992), Das Rad neu erfinden. Leitfäden zur Entwicklung Personenzentrierter Technik in der Psychotherapie, in: Frenzel, P./Schmid, P. F./Winkler, M. (Hg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition humanistische Psychologie), 209–240
- Gröflin-Buitink, Ch. (1994), Die klientenzentrierte Grundhaltung und ihre Konkretisierung in einer psychotherapeutischen Beziehung, in: Brennpunkt 59, 33–59
- Gröflin-Buitink, Ch. (2002), Erleben – Benennen – Reflektieren. Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG) 113–144
- Gutberlet, M. (1984), Braucht die klientenzentrierte Psychotherapie die Integration anderer Therapiemethoden und ein erweitertes Krankheitsmodell? In: GwG-info 57, 5–13; a. in: Brennpunkt 19 (1984), Brennpunkt 44 (1990), 10–15
- Gutberlet, M. (1995), Die Integration von anderen Therapiemethoden in die Gesprächspsychotherapie (GT), in: Brennpunkt 65, 17–25
- Gutberlet, M. (1997), Die personenzentrierte Haltung und ihre Ausdrucksformen, in: Brennpunkt 71, 41–43
- Gutberlet, M. (1999), Die Entfaltung von Personal Power im personenzentrierten Ansatz. Vortrag zum ÖGwG-Symposium 1998 in Linz, in: Person 2, 101–109
- Gutberlet, M. (2002), On Becoming Congruent: Kurzer Workshop zu einer lebenslangen Aufgabe, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 286–295
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002), Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 65–74
- Kriz, J. (1989), Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 168–194
- Kriz, J. (2002), Monoklone Therapeuten für monoklone Symptomträger? – Zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie, in: Psychoscope 1, 8–12
- Minsel, W.-R. (1974), Praxis der Gesprächspsychotherapie, Wien (Böhlau)
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21,2 (1957) 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F. (Hg.), Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 165–184
- Rogers C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science, Vol. III, New York (McGraw Hill), 158–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart (Klett) 1973
- Rogers, C. R. (1965): A therapeutic interview with Gloria with explanatory comments (Film), in: Shostrom, Everett (F-1965) (ed.), Three approaches to psychotherapy, Film, 16mm color or b/w, Orange, CA (Psychological Films)
- Sachse, R. (1991), Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Kohlhammer)
- Sachse, R. (1996), Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe)
- Schmid, P. F. (2002), Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 75–105
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM); Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Tausch, R. (1989), Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit, in: Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg (Otto Müller), 257–268

## Autor

*Michael Gutberlet, Dipl.-Psych., Personenzentrierter Psychotherapeut (SGGT), Supervisor, Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT). Verhaltenstherapeut (dgv), Gestaltpsychotherapeut FPI/SVG, Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens. Selbstständig tätig seit 1974.*

## Korrespondenzadresse

*Michael Gutberlet  
Birmensdorferstrasse 285  
CH-8055 Zürich  
E-Mail: mgut@active.ch*