

Wolfgang W. Keil

Zum gegenwärtigen Stand der Klientenzentrierten Psychotherapie

Abstract:

Nach einer Klärung des Unterschieds von klientenzentrierter Therapie und personorientiertem Ansatz wird ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der klientenzentrierten Therapie versucht. Dabei werden entsprechend ihren verschiedenen akzentuierten Zielen drei Richtungen der klientenzentrierten Therapie differenziert. Als Ziele werden die Verwirklichung der Grundhaltungen, das Gewährwerden der störungsspezifischen Inkongruenzen und die (Wieder-)Herstellung des Experiencingprozesses angesehen. Abschließend wird auf die Gruppe als ursprünglichem Ort der personzentrierten Therapie hingewiesen. Die Entwicklung der klientenzentrierten Gruppentherapie und der klientenzentrierten Kinder- und Familientherapie werden als Beleg für die dem personzentrierten Ansatz inhärente Philosophie der relationalen Bezogenheit des Individuums dargestellt.

Keywords: Klientenzentrierte Psychotherapie, personzentrierter Ansatz, neue Entwicklungen, Geschichte.

1. Klientenzentrierte Therapie vs. Personzentrierter Ansatz

Im folgenden möchte ich eine systematische Einordnung der gegenwärtigen Auffassungen innerhalb der klientenzentrierten Therapie versuchen. Es handelt sich dabei um einen Überblick über den Stand der klientenzentrierten Therapie, nicht aber um eine Darstellung des gesamten personorientierten Ansatzes. Dies setzt voraus, daß zwischen klientenzentrierter Therapie und personzentriertem Ansatz zu unterscheiden ist. Eine solche Unterscheidung wird u.a. deshalb nicht immer getroffen, da beide Konzepte in ihrer Entstehung untrennbar verbunden waren. Die Prinzipien des personzentrierten Ansatzes wurden zuerst in Form der Grundlagen der klientenzentrierten Therapie und Beratung entwickelt und erst in der Folge auf Bereiche außerhalb von Psychotherapie übertragen.

Beim personzentrierten Ansatz handelt es sich um einen „way of being“, eine „operationale Philosophie“, wie sie von Rogers als „zentrale Hypothese“ oftmals formuliert wurde. Gemeint ist die Grundüberzeugung, daß jede Person in sich unermeßliche Ressourcen zu ihrer Selbstentwicklung und Selbstveränderung hat, und daß diese Möglichkeiten innerhalb eines definierbaren förderlichen Beziehungsklimas realisiert werden können. Die klientenzentrierte Psychotherapie beruht ganz wesentlich auf dieser Überzeugung. Weil aber Psychotherapie immer eine strukturierte und zielorientierte Situation darstellt, umfaßt klientenzentrierte Therapie darüber hinaus ein elaboriertes,

kohärentes theoretisches Konzept, weniger elaborierte spezifische Methoden und einen beachtlichen Fundus an wissenschaftlicher Forschung. Darin zeigt sich der Unterschied zum personorientierten Ansatz. Die klientenzentrierte Therapie würde tendenziell wirkungslos und unprofessionell, wenn sie auf den personorientierten Ansatz beschränkt wird. Und dieser würde völlig un kreativ und uninteressant, wenn er auf ein Heilverfahren eingengt wird.¹ Von daher ist es wichtig, beide Konzepte klar auseinanderzuhalten. In diesem Sinn bezieht sich die folgende Darstellung nur auf den Bereich der klientenzentrierten oder personzentrierten Therapie.

2. Verbreitung der Klientenzentrierten Therapie

Die klientenzentrierte Therapie hat sich mit einigen Einschränkungen weltweit verbreitet. Schwerpunkte sind dabei besonders in Nord- und Südamerika, Europa, Japan, Südafrika und Australien zu finden, wobei die größte Entwicklung in den letzten Jahren wohl in Europa vor sich gegangen ist. Als besonders fruchtbar können dabei etwa die

¹ Wood (1996, 173) schildert eindrücklich, wie beispielsweise Empathie außerhalb der Therapie zu Ablehnung und Ärger, Wertschätzung zu Passivität und Kongruenz zu Unverschämtheit und Ungeduld führen können.

in Belgien und Holland gelungene Integration von Experiential and Client-Centered Therapy oder das Person-centred Counselling in Großbritannien mit seiner konzeptuellen Prägnanz hervorgehoben werden. Die Situation in den deutschsprachigen Ländern ist gekennzeichnet vom Ringen um die Etablierung der klientenzentrierten Therapie als spezifische, im Gesundheitswesen professionell anerkannte Therapiemethode. Dies hatte eine stark klinische Ausrichtung und dabei u.a. die Entfaltung einer eigenen Entwicklungslehre, Störungsätiologie und störungsspezifischen Methodik zur Folge. In den USA fällt auf, daß übergreifende Institutionen und Publikationen nach dem Ableben von Carl Rogers und nach dem Erscheinen der großen amerikanischen Sammelpublikationen² kaum mehr zu finden sind. Es gibt ein loses Netzwerk von Zentren und Einzelpersonlichkeiten und natürlich (allerdings teilweise in strikter Trennung voneinander) Eugene Gendlin und sein Focusing-Network. In engem Zusammenhang mit der Therapieforschung haben hingegen in Kanada Rice, Greenberg und ihre Mitarbeiter die Experiential Therapy zum Process-Experiential Approach weiterentwickelt. Als Zeichen der Lebendigkeit des Ansatzes darf auch die Tatsache gewertet werden, daß derzeit ein Weltverband für personzentrierte Therapie sowie eine analoge europäische Institution im Entstehen sind. Daß die Initiative dazu von Österreich ausgegangen ist, verweist auf die Bedeutsamkeit unserer heimischen Tätigkeiten.

3. Die Unterscheidung von verschiedenen Auffassungen

3.1 Historische Differenzierungen

Von Beginn an wurden in der klientenzentrierten Therapie verschiedene Ausprägungen differenziert. Zunächst handelte es sich dabei um mehrere Phasen in der Entwicklung des Ansatzes. So unterschied Hart (1970) die Phase, in der die Nichtdirektivität im Vordergrund stand, von einer Phase der Klientenzentriertheit (Therapeutin³ als „alter ego“ des Klienten) und einer experienciellen Phase, in der klar wurde, daß das Erleben der Therapeutin für die Beziehung genau so konstituierend ist wie das Erleben des Klienten.

Eine andere Einteilung trifft Swildens (1992). In einer launigen Parabel hat er die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzen-

trierte Gesprächsführung als Töchter des gleichen Vaters, aber aus dessen verschiedenen Ehen mit der Counseling-Bewegung, mit der Psychiatrie und mit der Encounter-Bewegung dargestellt.

In seinen Folgen bis heute spürbar ist der von von Rogers und Gendlin nicht genügend ausdiskutierte Unterschied in ihren Therapiekonzepten. Während es für Rogers wichtig war, die Ressourcen des Individuums zu respektieren und nur die beziehungsmaßige Bedingungen für therapeutische Veränderung bereitzustellen, sieht Gendlin (1978) das Agens der Veränderung im (implizit wirksamen) Experiencingprozeß, der angestoßen werden muß.⁴ In dieser Tradition stehen alle Auffassungen, bei denen der Schwerpunkt des klientenzentrierten therapeutischen Vorgehens beim Bemühen um ein adäquates inneres Erleben des Klienten liegt.

Im deutschen Sprachraum ist die historische Polarisierung in der GwG zwischen einer „existentialistischen Erlebenstherapie“ und einer „naturwissenschaftlich orientierten Gesprächspsychotherapie“ (Pavel 1975) immer noch virulent. So haben in jüngster Zeit Eckert et al. (1997) in ähnlicher Weise zwei Wege zu einem störungsspezifischen Vorgehen in der klientenzentrierten Therapie unterschieden. Die eine Richtung will dabei mittels allgemein-psychologischer Theorien oder mittels allgemeiner Störungsdefinitionen (ICD, DSM) die Gesprächstherapie redefinieren, während die andere Richtung weiterhin von einem spezifischen Beziehungsangebot im Sinn der Rogers'schen Therapiebedingungen ausgeht.

3.2 Diskussion um eine störungsspezifische Differenzierung

Das störungsspezifische Vorgehen und seine konzeptuelle Erfassung stellt gegenwärtig ein wichtiges Thema in der klientenzentrierten Therapie dar. So ist etwa Binder (1994, 17 f) „davon überzeugt, daß wir zumindest bei der Arbeit im klinischen Bereich ohne differenziertere Untersuchungen von bestimmten Krankheitsphänomenen, den damit einhergehenden Erlebnisweisen und deren Entstehungsbedingungen weit unter dem erreichbaren und für klinische therapeutische Arbeit notwendigen Niveau der Verwirklichung der Variablen bleiben.“ Viele Autoren verstehen dabei das störungsspezifische Vorgehen so wie Binder. Wie jedes auf den jeweiligen Klienten abgestimmte „differenzielle“ Vorgehen muß es aus den therapeutischen Grundhaltungen heraus kreiert werden. Andere gehen aber einen Schritt weiter und wollen neben oder statt den Grundhaltungen andere und „wirksamere“ Interventions-

² Hart & Tomlinson (1970), Wexler & Rice (1974), Levant & Shlien (1984).

³ Die Mehrzahl der Psychotherapeuten sind Frauen; ich verwende daher in diesem Artikel weitgehend die Begriffe „die Therapeutin“ und „der Klient“, wobei in beiden Fällen immer beide Geschlechter gemeint sind.

⁴ Van Balen (1994) hat die Unterschiede und die Vereinbarkeit beider Konzepte sorgsam dargelegt.

prinzipien etablieren. Ein extremes Beispiel dafür gibt Speierer (1994). Er postuliert eine „Inkongruenzbehandlung“ als „Redefinition“ der Gesprächstherapie mittels ätiologischer, phänomenologischer und nosologischer Störungserkenntnisse. Damit will er sich von Rogers bloßer „Basisvariablentherapie“ absetzen.

Solchen Konzepten wird allerdings entgegengehalten, daß die Festlegung der Rogers'schen Grundhaltungen als „Basisvariablen“ ein grobes Mißverständnis darstellt (cf. Biermann-Ratjen et al. 1995). Es wird dabei unterstellt, daß das Rogers'sche Therapiekonzept direkte Handlungsanweisungen enthalte und die therapeutischen Interventionen sich auf das Kongruent-, Wertschätzend- und Empathisch-Sein beschränken. Die so eng verstandenen „Basisvariablen“ bedürfen dann natürlich entsprechend der jeweiligen therapeutischen Situation einer Ergänzung durch „Zusatzvariablen“ oder „differentielle Interventionen“. Alle diese hartnäckig sich haltenden Mißverständnisse sollten aufgeklärt werden können, wenn beachtet wird, auf welcher Abstraktionsebene Rogers sein Therapiekonzept formuliert hat und auf welcher Abstraktionsebene konkrete therapeutische Handlungsanweisungen anzusiedeln sind. Höger (1989) hat hier die folgenden Abstraktionsebenen unterschieden:

- A) Die Ebene der therapeutischen Beziehung allgemein im Gegensatz zu anderen Beziehungsformen.
- B) Die Ebene zusammenfassender Merkmale der therapeutischen Beziehung (Therapietheorie).
- C) Die Ebene zusammenfassender Klassifikationen therapeutischen Verhaltens (z.B. „VEE“).
- D) Die Ebene konkreter einzelner Verhaltensweisen.

Diese Ebenen stehen in einer hierarchisch-logischen Beziehung zueinander. Verhalten auf den Ebenen C und D muß mit den Prinzipien der höheren Ebenen übereinstimmen. Umgekehrt gilt aber, daß Konkretisierungen aus den höheren Ebenen nicht eindeutig ableitbar sind; hier entscheidet die jeweilige Situation (wann z.B. VEE ein Ausdruck der Empathie ist und wann gerade nicht)!

Wenn diese Abstraktionsebenen beachtet werden, dann braucht es keine eigene „differentielle klientenzentrierte Therapie“, die von einer „Basisvariablentherapie“ unterschieden werden muß. Die Grundhaltungen sind dann abstrakter gefaßte Therapieprinzipien (Finke 1994), aus denen je nach Situation die erforderlichen konkreten Vorgangsweisen hervorgehen müssen. Dennoch bleibt das Bemühen um ein adäquates Verstehen der Lebensformen und Entstehungszusammenhänge der verschiedenen Störungen auch für klientenzentrierte Therapeuten unverzichtbar.

3.3 Diskussion um die Prozeßdirektivität

Eine andere Differenz in den Auffassungen von klientenzentrierter Therapie findet sich im Bereich der Beeinflussung des Klientenerlebens. Den Ausgangspunkt dafür bildet Gendlins Experiencingkonzept, das die (Wieder-)Herstellung des implizit wirksamen Experiencingprozesses im Klienten in den Mittelpunkt stellt. Noch deutlicher herausgearbeitet wurde die „evokative Funktion“ (cf. Rice 1974) der Therapeutin für den Erlebensprozeß des Klienten bzw. das Processing der emotionalen Schemata des Klienten in der Experiential Therapy (Greenberg et al. 1993). Die therapeutische Beziehung wird dabei als Behandlungsprinzip generell hinreichend, aber nicht immer als effizient angesehen, und mit dem Behandlungsprinzip der Prozeßdirektivität ergänzt. In ähnlicher Weise hat Sachse (1992; auch Sachse & Maus 1991) sein Konzept einer „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ formuliert, das die gezielte Beeinflussung der Erlebensstiefe des Klienten durch die Therapeutin betont. Dabei geht es darum, daß nach der je gegebenen Art des Klientenerlebens (seiner „Bearbeitungsweise“) durch spezifische „Bearbeitungsangebote“ der Therapeutin bestimmte Zielzustände bzgl. des Klientenerlebens erreicht werden sollen.

Bei all diesen Konzepten darf nicht übersehen werden, daß die Therapeutin niemals die **Erlebensinhalte** des Klienten, sondern immer nur die Art und Weise seines **Erlebensprozesses** berühren bzw. beeinflussen will. Es muß darin kein Widerspruch zu den therapeutischen Grundhaltungen gesehen werden. Der Klient bleibt weiter der Experte für seine Inhalte; die Therapeutin ist hingegen die Expertin für die Art und Weise des Erlebensprozesses. In diesem Sinn stellen Biermann-Ratjen et al. (1995, 63f) fest, daß Sachse und Mitarbeiter dankenswerterweise Handlungsregeln auf den Abstraktionsebenen C und D explizieren, aber nicht deswegen das Therapiekonzept auf der Abstraktionsebene B ändern und somit nicht über Rogers „hinausgehen“ müssen.

3.4 Unterscheidung von drei Richtungen in der klientenzentrierten Therapie

Sowohl störungsspezifisches wie prozeßdirektives Vorgehen kann also durchaus mit den Grundhaltungen vereinbar sein. Dennoch bleibt hier ein Unterschied in den Auffassungen von einem wesentlichen Merkmal der klientenzentrierten Therapie bestehen. Einmal wird hier die Absichtslosigkeit der Therapeutin bzw. die Führung durch den Klienten ohne jegliches „diagnostic mindset“ (Brodley & Brody 1996, 371) der Therapeutin als wesentlich erachtet. Dem steht eine klinisch-professionelle Auffassung gegenüber, für die es zentral ist, bestimmte Unterschiede im Klientenerleben zu erfassen und spezifisch darauf einzugehen. Darin ist auf jeden Fall ein diagnostisches Moment

enthalten. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei entweder auf die störungsrelevanten Eigenheiten oder auf die Art und Weise bzw. Tiefe des Klientenerlebens. Bei ersterem wird betont, daß bei vielen Störungen ein „Verstehen durch Einfühlung“ kaum möglich ist, sondern erst durch „mitfühlendes Wissen“ (über Erleben, Merkmale und Entstehung von Störungen) ermöglicht wird (cf. Eckert 1985). Bei der prozeßdirektiven Orientierung wird hingegen der Tatsache Rechnung getragen, daß die Veränderung der Art des Klientenerlebens bzw. dessen Vertiefung sich auch in der Therapie oftmals nicht von selbst ergibt.

Diese Auffassungen repräsentieren meiner Meinung nach drei verschiedene Akzente in der Zielsetzung von klientenzentrierter Therapie. Es geht dabei um die Verwirklichung („Implementierung“) der Grundhaltungen bzw. um das Gewährwerden von Inkongruenz bzw. um die (Wieder-)Herstellung des Experiencingprozesses. Bei allen dreien handelt es sich um legitime Formulierungen des Ziels von klientenzentrierter Therapie. In diesem Sinn möchte ich drei Richtungen innerhalb der klientenzentrierten Therapie unterscheiden:

- **Klientenzentrierte Therapie als je individuelles, aber immer von den Grundhaltungen charakterisiertes Beziehungsangebot bzw. als personale Begegnung**
- **Klientenzentrierte Therapie als (Arbeit am) Gewährwerden der (störungsspezifisch verstehbaren) Inkongruenz**
- **Klientenzentrierte Therapie als (Wieder-) Herstellung eines adäquaten Erlebensprozesses**

Im folgenden sollen diese Richtungen etwas konkretisiert werden, indem die Konzepte einiger für sie relevanten Vertreter skizziert werden. Diese Darstellung soll als Illustration angesehen werden; Vollständigkeit wird dabei nicht angestrebt.

4. Die Grundhaltungen als Beziehungsangebot

4.1 Dem Klienten folgen

Die extremsten Vertreter dieser Richtung haben meist noch einen direkten persönlichen Bezug zu Carl Rogers und bemühen sich darum, seine wesentlichsten Anliegen im Rahmen der klientenzentrierten Therapie herauszuarbeiten. Zugleich ist bei ihnen eine Tendenz zum Feststellen von möglichen Abweichungen zu bemerken. Stellvertretend für mehrere Persönlichkeiten verweise ich hier auf Bozarth (1992, 1996, ds. mit Brodley 1986) und Brodley (1990, ds. mit Brody 1996). Sie sehen die Essenz der klientenzentrierten Therapie im umfassenden Vertrauen in die Selbstbestimmtheit und in das Potential des Klienten. Die Aufgabe der Therapeutin besteht allein darin, die Grundhaltungen möglichst so in die Beziehung zu „implementieren“, daß der Klient die Wertschätzung und Empa-

thie der Therapeutin als solche wahrnehmen kann. Alle Behandlungsziele, Behandlungspläne und Interventionsstrategien darüber hinaus verletzen die Grundannahmen und sind somit nicht mehr dem personzentrierten Ansatz zuzurechnen. Persönliche Veränderung geschieht allein durch empathisches Verstandenwerden. Die Therapeutin hat gerade nicht zu evaluieren, welche Diagnose der Klient haben könnte oder wie beschaffen sein Experiencingprozeß ist oder wie kongruent der Ausdruck seines Erlebens ist. Klientenzentriertheit involviert „a profoundly non-diagnostic mindset“. Das Paradigma, in dem Therapie so verstanden wird, daß die Therapeutin dem Klienten folgt und nicht umgekehrt, unterscheidet die klientenzentrierte Therapie von allen anderen Orientierungen.

4.2 Person-Centred Counselling

Mearns & Thorne (1988) sowie Mearns (1994) formulieren mit großer Klarheit das Konzept des Person-Centred Counselling in Großbritannien. Sie interpretieren das Rogers'sche Therapiekonzept durchaus im Sinn von Bozarth & Brodley, übernehmen dabei allerdings nicht deren Intention, irgendwelche Abweichungen aufzuzeigen. Sie integrieren hingegen wichtige Begriffe der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie, wie etwa die Bewertungsbedingungen oder das Abwehrverhalten, in ihr Therapiekonzept, das damit klinischen Anforderungen gerecht wird. Besonders betont wird von ihnen, daß die Therapeutin sich nicht nur auf die innere Welt des Klienten konzentriert, sondern genauso umfassend auf das eigene Selbsterleben fokussiert. Die Grundhaltungen können nicht in einer stereotypen Weise gelebt werden; das individuelle Selbst der Therapeutin mit seinen Stärken und Schwächen muß in der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck kommen. In diesem Zusammenhang hat etwa Brian Thorne seine „tenderness“ als spezifische Qualität seiner Beziehungsgestaltung entdeckt. Unter Einbezug von Rogers berühmtem „zusätzliches Merkmal“ wird die Präsenz, das Gegenwärtigsein, als Basis und Spezifikum der therapeutischen Grundhaltungen dargestellt.

4.3 Personale Begegnung

Schmid (1994, 1996) versteht die therapeutische Beziehung als personale Begegnung i. S. der Begegnungsphilosophie und des Personalismus. „Ziel des therapeutischen Prozesses jedoch bleibt die volle – also wechselseitige und symmetrische – personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüber treten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtig sind und vergegenwärtigen.“ (a. a. O. S. 272). Ein besonderes Anliegen ist Schmid dabei die Ablehnung von Techniken, die eingesetzt werden, um et-

was zu erreichen, was aus der Sicht des Therapeuten anzustreben ist. „Die *Un-Mittel-barkeit* entsteht durch das Zerfallen der Mittel (Buber), die trennend zwischen uns stehen: Begegnung ist Sein ohne Mittel und mittellos, somit unmittelbares Erleben (Lévinas). Das setzt zuallererst den Verzicht auf Techniken, Methoden, Mittel voraus, die als Schutz dienen, um solches, das einem „wider-fährt“, auf den Leib rückt, abzuwehren.“ (a. a. O., S. 275). Schmid zeigt weiters auf, daß nicht die therapeutische Dyade, sondern die Gruppe als Vollform der therapeutischen Begegnung zu verstehen ist. „Begegnung ereignet sich im regel-freien ‚Spiel der Liebe‘. Dieses Spiel aber transzendiert die Begegnung zu zweit und öffnet sich für den Dritten, geht vom Dual zum Plural, vom Paar zur Gruppe, von der Liebe zur Mit-Liebe als solidarischem Miteinandersein.“ (a. a. O., S. 278).

5. Störungsspezifische Arbeit am Gewährwerden von Inkongruenz

5.1 Spezifisches Beziehungsangebot

Biermann-Ratjen et al. (1995) definieren die klientenzentrierte Therapie als ein „spezifisches Beziehungsangebot“. Dieses ist dadurch charakterisiert, daß die Therapeutin kongruent den Klienten empathisch verstehen und in seinem gesamten Erleben unterschiedslos wertschätzen kann. Durch welche konkreten Vorgangsweisen dies ausgeführt wird, bleibt offen und wird durch die jeweilige Situation bestimmt.

Dieses Konzept müßte eigentlich dem vorhergehenden Kapitel zugeordnet werden, da es ganz klar die Verwirklichung der Grundhaltungen als basalen Wirkfaktor beschreibt. Die Einordnung unter die klinisch-professionellen Auffassungen scheint mir aber dennoch gerechtfertigt, weil die Autoren auf diese Aspekte besonderen Wert legen. So erläutern Biermann-Ratjen et al., daß die therapeutischen Grundhaltungen nicht als allgemein-humane Qualitäten, sondern als professionelle Arbeitshaltungen konzipiert sind. Sie sind von ihrer Funktion her – Selbstveränderung des Klienten zu ermöglichen – zu verstehen. Dazu gehört, daß sie zwar von Beginn der Therapie an in einem hinreichenden Ausmaß gegeben sein müssen, aber dennoch keine reinen „input“-Variablen darstellen. Der Prozeß der Therapie besteht für die Therapeutin darin, immer wieder von einem Noch-nicht-Akzeptieren und Noch-nicht-Verstehen des Klienten zum Akzeptieren und Verstehen zu kommen. Weiters gehört dazu, daß die konkrete Verwirklichung der Grundhaltungen in vielen Situationen erst über „mitfühlendes Wissen“ (Eckert) bzgl. Störungen und Störungsentstehung ermöglicht wird. Biermann-Ratjen (1993) hat diesbezüglich u.a. den Unterschied von frühen Störungen (Selbstpathologien, Psychotisches Erleben, Borderline-Störung) und Neurosen herausgearbeitet. Während

bei letzteren organismische Erfahrungen nicht ins Selbst integriert werden können, geht es bei frühen Störungen um die Verhinderung oder Stagnation der Selbstentwicklung als solcher. Besonders Swildens (1993, 113; vgl. auch 1991) hat gezeigt, daß es bei frühen Störungen in der Therapie eines differentiellen Beziehungsangebotes bedarf.

5.2 Hermeneutische Empathie

In enger Anlehnung an des Therapiekonzept von Biermann-Ratjen et al. habe ich versucht, die hermeneutische Dimension des empathischen Verstehens darzustellen (Keil 1996). Die *kongruenten* nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Reaktionen der Therapeutin bilden dabei den hermeneutischen Schlüssel zum Wahrnehmen und Verstehen der Inkongruenzen des Klienten. Unter Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektiven des Klienten können dann intuitive Hypothesen gebildet werden, wie genau das Klientenerleben inkongruent ist und für welche inneren Notsituationen sie (seinerzeit) eine psychische Überlebenslösung dargestellt haben (Szenisches Verstehen). Diese Hypothesenbildung ist im Lauf der Therapie ständig neu zu adaptieren, bis sich kontinuierliches Akzeptieren und empathisches Verstehen einstellt (Prozessuale Diagnostik). Zu beachten ist dabei immer, daß nicht-akzeptierende Reaktionen auch von eigenen Inkongruenzen der Therapeutin her bedingt sein können. Dann verweisen sie natürlich auf eine eigene Problematik, nicht auf die des Klienten.

5.3 Störungsspezifische Ansätze

5.3.1 Tscheulin

Tscheulin (1992) hat zuerst die Idee einer differentiellen klientenzentrierten Therapie systematisch ausgearbeitet. Jede Therapie und jede einzelne therapeutische Handlung enthalten demnach immer (mehr oder weniger) beide Aspekte: den des Basisverhaltens (z.B. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung) und den differentiellen Aspekt (z.B. Konfrontation vs. Bestätigung). Tscheulin hat dabei vor allem die Behandlung von eher „aktionsbezogenen“, wenig selbstreflexiven und eher „selbstbezogenen“, mehr ängstlich-zweifelnden Klienten untersucht. Das differentielle Vorgehen besteht nun darin, daß bei ersteren viel mehr konfrontiert und versucht wird, die Flucht vor dem eigenen inneren Erleben zu stoppen, während bei letzteren mehr bestärkt, zur Eigenaktivität ermuntert und strukturiert wird.

5.3.2 Binder & Binder

Binder & Binder (1979, 1991) bzw. U. Binder (1994) bieten hervorragende, phänomenologische Beschreibungen und Erklärungen von vielen störungstypischen Erlebensweisen, die deren Verstehen ermöglichen können. Darüberhinaus beschreiben sie charakteristische Intensitätsstörun-

gen und Verschiebungen von Power und Powerlosigkeit im Erleben bei bestimmten Störungen sowie Fehlentwicklungen der Empathiefähigkeit (z.B. Gefühlsansteckung), die ihrerseits wieder bestimmte starre Erlebensmuster verstehbar machen.

5.3.3 Swildens

Ausgehend von der Existenzphilosophie unterscheidet Swildens (1991) neben dem organismischen Erleben i. S. von Rogers noch einen tieferen und wesentlicheren Prozeß, nämlich den existentiellen. Der existentielle Prozeß besteht darin, sich der Anforderung des eigenen Daseins zu stellen: in der offenbaren Sinnlosigkeit des Daseins (zum Tode) einen gültigen Sinn für die eigene Existenz zu finden. Swildens versteht die klassischen neurotischen und z. T. auch die psychotischen Störungen als Blockaden und Stagnationen dieses existentiellen Prozesses. Die Blockaden haben dabei störungsspezifische typische Formen, die er in exzellenter Weise beschreibt als „Alibi“ (gegenüber der Existenz) und als „Mythe“ (der Rechtfertigung für die Stagnation des existentiellen Prozesses). Mythe und Alibi sind die Aspekte des inkongruenten Selbst, die für die Therapie relevant sind. Wenn der existentielle Prozeß blockiert ist, reicht allerdings „klientenzentrierte Gesprächstherapie“ nicht aus. Dann sind differentielle, prozeßphasen-orientierte Vorgehensweisen vonnöten. Diese zielen vorerst auf die Weckung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten (Prämotivationsphase und Konfliktphase) und das Erkennen der (existentiellen) Bedeutung des Symptoms (Symptomphase). Erst darnach sind die Voraussetzungen gegeben, sich überhaupt auf den existentiellen Prozeß einzulassen zu können (existentielle Phase). Zum Abschluß sind dann die für die Abschiedsphase relevanten Erlebensprozesse zu beachten.

5.3.4 Speierer

Speierer (1994) grenzt sich von Rogers' „Basisvariablen-therapie“ ab und möchte mit Hilfe von phänomenologischen Störungsdefinitionen die Gesprächstherapie als „Differentielles Inkongruenzmodell (DIM)“ redefinieren. Rogers kennt nur eine Form der Inkongruenz, nämlich die zwischen Selbst und organismischer Erfahrung. Speierer nennt dies die „sozialkommunikative“ Inkongruenz und weist zusätzlich darauf hin, daß neben mangelnder positiver Beachtung auch mangelnde Empathie und Kongruenz der Bezugspersonen bei der Entstehung eine Rolle spielen. Speierer kreiert darüber hinaus zwei weitere Formen von Inkongruenz. Inkongruenz kann demnach auch verursacht werden durch **bio-, neuro- und psycho-logische Dispositionen sowie durch gravierende Lebensereignisse**. Zur ersten Form zählen etwa alle Geistesbehinderungen, schwere Psychosen, dissoziale und selbstschädigende Persönlichkeitsstörungen, aber auch alle Dispositionen, die kein ausreichendes Kongruenzerleben ermöglichen. Dabei

ist an Personen zu denken, die an ihrer äußeren Erscheinung, an ihrer psychischen Schwäche, an nicht-organisch bedingten Störungen wie gravierenden Globus- oder Hautschmerzempfindungen, an Hypochondrie oder an sonstigen somatoformen psychischen Störungen leiden. Zur lebensereignisbedingten Inkongruenz zählt Speierer alle gravierenden Anpassungsstörungen wie etwa posttraumatische Reaktionen, Pensionsschock oder psychische Folgen von Arbeitslosigkeit. Diese Formen von Inkongruenz sind grundsätzlich nicht bzw. nicht durch Psychotherapie zu beheben.

Den Hintergrund von Speierers Auffassung bildet ein in zweifacher Hinsicht „oberflächliches“ Verständnis von Kongruenz und Inkongruenz, wobei er leider seine gravierenden Umdefinitionen von Rogers' Begriffen nicht genügend deutlich macht. Zum einen definiert Speierer Kongruenz- bzw. Inkongruenzerleben einfach als bewußtes (oder bewußtseinsnahes) konkretes Erleben einer Übereinstimmung bzw. Differenz zwischen dem Selbstbild und einer gegenwärtigen Selbsterfahrung. (Vgl. Rogers: Differenz zwischen Selbst und *organismischer* Erfahrung!) Daraus wird schon das Zweite ersichtlich: Speierer will jede „Tiefenpsychologie“ vermeiden. Die Rogers'schen Konzepte der Abwehr, der unterschwellig Bedrohung und der daraus folgenden Spannung, Angst und Verletzbarkeit usw. werden abgelehnt; es gibt sozusagen kein Unbewußtes.

Zusätzlich zur Ausweitung der Ursachen bzw. Formen von Inkongruenz versteht Speierer Kongruenz und Inkongruenz nicht nur als Augenblicke eines fortlaufenden Erlebensprozesses, sondern sieht in ihnen zusätzlich bestimmte bleibende Fähigkeiten bzw. Charakteristika des Selbst. So wird die Kongruenz um die Kongruenzfähigkeit (Ausmaß an Möglichkeiten, von Inkongruenz- zu Kongruenzerleben kommen zu können) und die Inkongruenztoleranz (Inkongruenzen gut haben können) bzw. die Inkongruenz um die Inkongruenzanfälligkeit und mangelnde Inkongruenztoleranz erweitert. Auch hier verwendet Speierer dieselben Begriffe wie Rogers, definiert sie aber wesentlich anders, ohne die wesentlichen Unterschiede klar darzustellen. Speierers Selbst umfaßt nämlich organismische Bewertungen, Wertintrojekte und sogenannte Lebenserfahrungskonstrukte „in einer Linie“. D.h. organismische Erfahrungen bzw. Bewertungen unterhalb des Bewußtseins werden außer acht gelassen. Wahrscheinlich aus Gründen der besseren Zugänglichkeit für empirische Forschung ist das Selbsterleben nur „eindimensional“: jedes Bezogensein des Erlebens auf Unbewußtes oder Abgewehrtes bleibt außer Betracht.

Mit Hilfe seines Begriffssystems kann Speierer bestimmte Arten von Störungen klar auseinanderhalten und deren Indikation für klientenzentrierte Psychotherapie bestimmen. Es gibt also Störungen:

- ohne (oder nur mit nachrangiger) Inkongruenzbeteiligung (z.B. ICD 10: F 63 oder F 00)

- mit Inkongruenzbeteiligung, aber mit kompensierter Inkongruenz (z.B. gut akzeptierte Ängste)
- mit Inkongruenzbeteiligung und leidvollem Inkongruenzerleben (nur hier ist Psychotherapie indiziert).

Darüberhinaus ist zu beachten, wieviele Anteile an sozialkommunikativer vs. dispositioneller und lebensereignisbedingter Inkongruenz bei einer Störung beteiligt sind. Nur wenn erstere überwiegen, ist Psychotherapie indiziert. Speierer hat in diesem Zusammenhang in seinem Hauptwerk viele Überlegungen über das Zusammenspiel aller Inkongruenzursachen bei allen relevanten Störungen des ICD 10 angestellt, was eine Fundgrube an Verständnishilfen für die Praxis darstellt. Dennoch muß kritisch festgehalten werden, daß Speierer unter Ablehnung jeder Tiefenpsychologie viele Begriffe von Rogers in einem völlig anderen Sinn verwendet, ohne seine Umdefinition genügend deutlich zu machen.

5.4 Interaktionelle Orientierung

Das Grundaxiom von Van Kessel & Van der Linden (1993) besagt, daß das (innere) psychische Erleben einer Person immer in (äußeren) wichtigen Beziehungen entsteht, sich in solchen deutlich zeigt und in ihnen verstärkt wird. Die Therapeutin soll sich daher nicht mit Inhalten (inneren und äußeren Problemen) des Klienten befassen, sondern primär mit seiner Art, die Beziehung zu gestalten und die Kommunikation zu führen. Relevant sind da vor allem die Rigidität (sich wiederholende Muster) und die Widersprüchlichkeit der Kommunikation. Dabei darf die Therapeutin sich nicht komplementär zum Beziehungsangebot des Klienten verhalten, sondern muß eine „nicht-positionelle Haltung“ einnehmen. Das bedeutet, den „Appell“ des Klienten sehr genau wahrzunehmen, ihn gut sichtbar zu machen und mit ihm zusammen zu verstehen versuchen. Da eine derartige Abstinenz als „a-soziale Reaktion“ aufgefaßt werden kann, ist mit dem „Widerstand“ des Klienten zu rechnen und zu arbeiten. Eine solche Arbeit ist nicht als Schadensbehebung zu verstehen, sondern als genuiner therapeutischer Prozeß. Die inhaltlichen Probleme des Klienten können dabei zur Verdeutlichung und Klärung seiner Beziehungsgestaltung herangezogen werden.

In diesem Konzept wird das therapeutische Vorgehen radikal auf das „szenische Verstehen“ eingeschränkt. Dem kann entgegengehalten werden, daß die therapeutische Arbeit am Kommunikationsstil und der Beziehungsgestaltung des Klienten zwar ein unverzichtbarer Bestandteil des therapeutischen Repertoires ist, die explizite Bearbeitung des innerpsychischen Erlebens des Klienten aber deswegen nicht ausgeschlossen werden muß.

6. (Wieder-)Herstellung eines adäquaten Erlebensprozesses

6.1 Therapie mit Focusing

Wenn es um den Einbezug von Gendlins Focusing in die klientenzentrierte Therapie geht, sei zunächst auf ein scheinbar unausrottbares Mißverständnis hingewiesen. Es wurde und wird immer kritisiert, daß die prozeßdirektiven Anweisungen zum Focussieren auf inneres Erleben den Erlebensprozeß des Klienten unterbrechen und daher mit einem klientenzentrierten Therapieprozeß inkompatibel sind. Demgegenüber muß klargestellt werden, daß Gendlin bei „Therapie mit Focusing“ niemals das Geben von methodischen Focusing-Anweisungen meint, sondern schlicht und einfach die Konzentration der Therapeutin auf die Felt Senses des Klienten! Das Vorgehen ist völlig klientenzentriert: zuerst muß dem Klienten genau zugehört werden (absolute listening), dann soll die Therapeutin darauf „antworten“, und zwar so, daß der Klient die Antwort bei sich innen „checkt“. Es soll dadurch der jeweilige Felt Sense in seiner ganzen impliziten Komplexität berührt und zugänglich werden.

Gendlin sieht einen kleinen Unterschied zur übrigen klientenzentrierten Therapie darin, daß bei seinem Vorgehen die Therapeutin die *Intention* hat, durch ihr Antworten den Felt Sense, der beim Klienten vielleicht gerade noch nicht da ist, anzusprechen. Dazu kann auch gehören, daß der Klient eingeladen wird, einen Moment innezuhalten, nach innen zu spüren u.ä. m., um zum Felt Sense zu kommen. Dazu ist zu sagen, daß andere klientenzentrierte Therapeuten vielleicht nicht immer diese Intention explizit haben, daß es aber keinen Therapieprozeß geben kann, der nicht laufend vom Felt Sense getragen wäre. Umgekehrt gilt allerdings: „Focusing allein ist keine Therapie. Focusing allein ist eine Tür, ... ein zentraler Kern davon, wie man so arbeiten kann, daß man in etwas hinein kommt.“ (Gendlin 1993, 14).

6.2 Processing emotionaler Schemata

Das Konzept dieser Orientierung (cf. Greenberg et al. 1993) geht ausdrücklich von zwei Behandlungsprinzipien aus. Notwendig und wesentlich ist auch hier die therapeutische Beziehung. Sie ist generell hinreichend, aber nicht immer effizient. Daher wird sie ergänzt durch das Prinzip der „Prozeßdirektivität“. D.h. daß die Therapeutin zwar nicht die Inhalte des Klienten, wohl aber sein Erlebens-Processing, also die Art, wie er mit seinem eigenen Erleben umgeht, beeinflussen bzw. verändern will. Dabei soll ein optimales Processing des Erlebens, vor allem ein Klären von eingelebten, inkongruenten Erlebensmustern (emotionalen Schemata) ermöglicht (facilitated) werden.

Was also bei Gendlin noch ganz sanft als Anrühren des Felt Sense, der noch nicht da ist, vorkommt, wird hier ex-

plizit zum Behandlungsprinzip der Prozeßdirektivität erhoben. Des weiteren wird auch der Zugang zum eigenen Erleben nicht mehr allein im Focusing bzw. im Felt Sense gesehen. Es werden vielmehr mehrere Zugänge zum eigenen Erleben definiert und in der Therapie bewußt verwendet. Neben dem Bezugnehmen auf das Experiencing und dessen Exploration („experiential search“) handelt es bei diesen Zugängen um das genaue Gewahren von Sinneswahrnehmungen („attending/awareness“), um das volle Ausdrücken inneren Erlebens („active expression“) und um den interpersonalen Kontakt, ohne dabei das eigene innere Erleben zu verlieren („interpersonal contact“). Im therapeutischen Vorgehen wird sorgfältig auf Erleben geachtet, das von rigiden emotionalen Schemata bestimmt ist. Derartige Schemata sind beispielsweise relevant bei von der Person selbst als inadäquat erlebten Reaktionen, bei unaufhebbar widersprüchliche Selbstbewertungen, beim Abblocken von Gefühlen oder Bedürfnissen, bei Selbstbestrafungsreaktionen u.a.m. Wenn bestimmte Hinweise („marker“) wahrgenommen werden, daß der Klient sich darauf einlassen möchte, sollen die adäquaten Zugänge zu diesem Erleben bzw. seiner Veränderung ermöglicht werden, was auch mit Hilfe verschiedener Methoden wie Focusing, Arbeit mit Ich-Teilen, Arbeit mit dem leeren Stuhl u.a. vorgeschlagen wird.

6.3 Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Sachse (1992) unterscheidet im Therapieprozeß neben der Inhalts- und Beziehungsebene noch eine „Bearbeitungsebene“: die Art, wie jemand seine Erfahrungen verarbeitet und mit seinem Erleben umgeht. Da das „innere Bezugssystem“ immer nur z. T. bewußt und davon wieder nur ein Teil sprachlich encodiert ist, besteht das Ziel der Therapie in der Explikation und Klärung dieses inneren Bezugssystems. Dazu muß der Klient seine Bearbeitungsebene vertiefen und dies kann er nur mittels geeigneter „Bearbeitungsangebote“ der Therapeutin. Um diese zu finden ist es erforderlich, in adaptiver Weise von der jeweiligen Ausgangslage des Klienten ausgehend, bestimmte Zielzustände (Bearbeitungsweisen) für den Klienten zu definieren und mittels geeigneter Bearbeitungsangebote anzu-steuern. Bei den Zielen handelt es sich um Prozeßziele, nicht um inhaltliche Ziele; diese bleiben immer dem Klienten überlassen!

Sachse unterscheidet bei den Bearbeitungsweisen die folgenden 8 Stufen:

- (1) Keine persönlich relevanten Inhalte; nur sachbezogene Berichte
- (2) Intellektualisieren
- (3) Berichten: konkrete äußere Schilderung persönlicher Inhalte

- (4) Bewertung: Inhaltsaspekte werden äußerlich („objektiv“) bewertet
- (5) Persönliche Bewertung des Inhalts
- (6) Gefühlte Bedeutung des Inhalts wird gespürt
- (7) Relevante Bedeutungsstrukturen bzgl. des Inhalts werden expliziert
- (8) Integration mit weiteren, umfassenderen persönlichen Bedeutungsaspekten

Die Bearbeitungsangebote der Therapeutin (Paraphrasieren, Explizieren, direkte Nachfrage, Prozeßdirektive) können den jeweiligen Bearbeitungsstand des Klienten grundsätzlich verflachen, vertiefen oder gleichhalten. Sachse hat heuristische Regeln dafür formuliert, wann welche Bearbeitungsangebote angebracht sind. Vertiefende Angebote sind beispielsweise nicht immer angezeigt, sondern nur dann, wenn eine vertrauensvolle Beziehung besteht (sonst Wechsel auf die Beziehungsebene!), wenn das Problem genügend elaboriert ist (sonst Wechsel auf die Inhaltsebene!), wenn der Klient schon genügend konkret werden konnte und wenn die Therapeutin den Kern des Problems bereits gut verstanden hat. Die Therapeutin muß in dieser Art über „Prozeßempathie“ verfügen, um den Explikationsprozeß des Klienten optimal steuern zu können.

7. Die Gruppe als primäre Gegebenheit

Die bisher dargestellte Konzepte beziehen sich in erster Linie auf die Situation der Einzeltherapie. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß der personenzentrierte Ansatz und damit auch die klientenzentrierte Therapie von Anfang an immer auch wesentlich mit sozialen Situationen über die Dyade hinaus befaßt waren. Schmid (1994, 1996) hat aufgezeigt, daß von der Philosophie des personenzentrierten Ansatzes her die Gruppe als primäre Gegebenheit des Menschen und damit als ursprünglicher Ort der klientenzentrierten Therapie verstanden werden muß. Der Mensch als Person ist undenkbar ohne die Beziehungsfelder, in denen allein sein Personsein entstehen und sich entwickeln kann. Die Gruppe ist somit der ursprüngliche Lebensraum des Menschen. Damit ist die Einzeltherapie ein Sonderfall der Gruppensituation, der natürlich in seiner Eigenwertigkeit in besonderer Weise geschätzt werden muß.

Lietner (1996) sieht drei Phasen in der Entwicklung der personorientierten Gruppenpraxis und -theorie. Zu Beginn stand die Gruppenarbeit außerhalb der Psychotherapie (z.B. studentenzentrierter Unterricht, gruppenzentrierte Arbeitsgruppen u.a.) im Vordergrund. Im Rahmen des Human Potential Movement entwickelten sich anschließend die Encountergruppen, wobei in der Folge die Grenzen zwischen Selbsterfahrungs- oder Growthgruppen und Gruppentherapie nicht genau genug gezogen wurden. Ab etwa 1980 kommt es dann vor allem in Europa zu verschiedenen

Ausprägungen einer klinisch orientierten klientenzentrierten Gruppentherapie. Die bisherigen Konzepte dafür greifen meist auf die allgemeinen Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes zurück. Neben der Bedeutung der therapeutischen Grundhaltungen spielen das Vertrauen in den Prozeß der Gruppe, die Zuwendung zu den Erlebensprozessen hinter den äußeren Interaktionen sowie die personale Präsenz der Gruppenleiter eine wesentliche Rolle. Empirische Untersuchungen belegen aber, daß zusätzlich gruppendynamische Kompetenzen wie die Auswahl der Teilnehmer, die Sorge für adäquate Gruppenkohäsion und Gruppennormen, die Beachtung der informellen Gruppenstrukturen (Meinungsführer, Koalitionen, Außenseiter), der Gruppenatmosphäre oder der phasenhaften Entwicklung der Gruppe, sowie die Arbeit am „Hier und Jetzt“ i. S. eines szenischen Verstehens für die klientenzentrierten Gruppentherapeuten wesentlich sind.

Pavel(1980) hat dargelegt, daß gerade die klientenzentrierte Therapie für die verschiedensten Settings offen ist und neben der Gruppen- und Einzeltherapie auch eine Kinder-, Paar- und Familientherapie entwickelt hat. Der früheste Sprößling war dabei die nondirektive Spieltherapie für Kinder. Es scheint, daß die Spieltherapie in gewisser Weise die Entwicklung einer klientenzentrierten Familientherapie längere Zeit sogar verhindert hat. Axline (1972) hat etwa betont, daß Kinder über ein so enormes Entwicklungspotential in einer therapeutischen Situation verfügen, daß die gleichzeitige Arbeit mit den Eltern nicht unbedingt notwendig sei. Die von Rogers aufgebaute Beratungsstelle in Chicago beginnt daher erst sehr spät und zaghaft, die Eltern ausführlicher in die Therapie miteinzu binden. Dafür entwickelten sich in dieser Zeit viele Programme zur Selbsthilfe und Weiterentwicklung im familiären Bereich außerhalb von Psychotherapie; als Beispiel dafür sei auf Gordons „Familienkonferenz“ verwiesen. Etwa vom Beginn der siebziger Jahre erscheinen dann aber vor allem in Amerika immer wieder Konzepte einer klientenzentrierten Familientherapie⁵. Die personenzentrierte Kindertherapie wurde hingegen besonders im deutschen Sprachraum weiterentwickelt (cf. Boeck-Singelmann et al. 1996, 1997). Schmidtchen (1991) betont dabei, daß es im Rahmen dieser Entwicklung an der Zeit sei, die Sichtweise von Kindertherapie „auf den Kopf zu stellen“. Es sollte jede Spieltherapie als Ergänzung der Familienbehandlung gesehen und die Kindertherapie damit in die Familientherapie eingebettet werden. So belegt auch diese Entwicklung in eindrucksvoller Weise, daß in der klientenzentrierten Therapie die Person immer zugleich in ihrer Individualität

wie in ihrer relationalen Bezogenheit gesehen werden muß.

Literatur:

- Axline, V. (1972): *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Reinhardt
- Biermann-Ratjen; E.-M.(1993): *Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts*. In: Eckert, J.: *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1. Köln: GwG
- Biermann-Ratjen, E.-M. et al. (1995): *Gesprächspsychotherapie*. (7. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer
- Binder, U. (1994): *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn b. Frankfurt: D. Klotz
- Binder, U. & Binder, J. (1979): *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren Störungen*. Frankfurt/M.: Fachb. f. Psych. (ab der 3. Auflage: Eschborn: D. Klotz)
- Binder, U. & Binder, J. (1991): *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn b. Frankf.: D. Klotz
- Boeck-Singelmann, C. et al. (1997, 1997): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. I + II. Göttingen: Hogrefe
- Bozarth, J: (1992): *Das Wesen der Klientenzentrierten Therapie*. In: Stipsits, R. & Hutterer, R. (Hg.): *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie*. Wien: WUV
- Bozarth, J: (1996): *Client-Centered Therapy and Techniques*. In: Hutterer, R. et al. (Eds): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*. Frankfurt/M.: Lang
- Bozarth, J: & Brodley, B. (1986): *Client-Centered Psychotherapy. A Statement*. In: PCR 1, 3, 262-271
- Brodley, B. (1990): *Client-centered and experiential: Two different therapies*. In: Lietaer, G. et al. (Eds): *Client-centered and experiential therapy in the nineties*. Leuven: Leuven University Press
- Brodley, B. & Brody (1996): *Can one use Techniques and still be Client-centered?* In: Hutterer, R. et al. (Eds): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*. Frankfurt/M.: Lang
- Eckert, J. (1985): *Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus. Oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze?* In: GwG-info 59, 115-122
- Eckert, J. et al. (Hg.) (1997): *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart. Kohlhammer
- Finke, J. (1994): *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme
- Gendlin, E. T. (1978): *Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung*. In: Bommert, H. & Dahlhoff, H.-D. (Hg.): *Das Selbsterleben in der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg
- Gendlin, E. T. (1993): *Focusing ist eine kleine Tür ... Focusing-Bibl. Bd. 4*. Würzburg: DAF
- Greenberg, L. S. et al. (1993): *Facilitating Emotional Change*. New York: The Guilford Press
- Hart, J. (1970): *The development of client-centered therapy*. In: Hart, J. & Tomlinson, T. (Eds): *New directions in client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin

⁵ Eine Übersicht über die Konzepte einer klientenzentrierten Familientherapie bietet Keil (1995).

- Hart, J. & Tomlinson, T. (Eds) (1970): *New directions in client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin
- Höger, D. (1989): Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: Sachse, R. & Howe, J. (Hg): *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger
- Keil, W. W. (1995): Konzepte der klientenzentrierten Familientherapie. In: *Personzentriert 1/95*, 9–25
- Keil, W. W. (1996): Hermeneutic Empathy. In: Esser, U. et al. (Eds.): *The Power of the Person-Centered Approach*. Köln: GwG (Dt. Fassung in: *Person*, Sonderheft 1, 1997)
- Levant, R. & Shlien, J. (Eds) (1984): *Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice*. New York: Praeger
- Lietaer, G. (1996): Client-Centered Group Psychotherapy in Dialogue with other Orientations: Commonality and Specificity. In: Hutterer, R. et al. (Eds): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy*. Frankfurt.: Lang
- Mearns, D. (1994): *Developing Person-Centered Counselling*. London: Sage
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988): *Person-Centered Counselling in Action*. London: Sage
- Pavel, F.-G. (1975): Existentialistische Erlebenstherapie contra naturwissenschaftlich orientierte Gesprächspsychotherapie – eine gut gemeinte Polemik. In: *GwG-info 20*
- Pavel, F.-G. (1980): Der familientherapeutische Ansatz der klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl R. Rogers. In: *Die Psychologie des XX. Jahrhunderts*. Bd. XII/2. Zürich: Kindler
- Rice, L. (1974): The evocative function in the therapist. In: Wexler, D. & Rice, L. (Eds): *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York: Wiley
- Sachse, R. (1992): *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Sachse, R. & Maus, C. (1991): *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlh.
- Schmid, P. F. (1994, 1996): *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. Bd. I. Solidarität und Autonomie. Köln: Edit. Humanist. Psych.; Bd. II. Die Kunst der Begegnung. Paderborn: Junfermann
- Schmidtchen, S. (1991): *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. (3. Aufl.) Weinheim: PSU
- Speierer, G.-W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger
- Swildens, H. (1991): *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG
- Swildens, H. (1992): Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits, R. & Hutterer, R. (Hg): *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie*. Wien. WUV
- Swildens, H. (1993): Über die differentielle Behandlung der psychogenen Erkrankungen. In: Eckert, J. et al. (Hg): *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1. Köln: GwG
- Tscheulin, D. (1992): *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe
- Van Balen, R. (1994): Klientenzentrierte und experientielle Psychotherapie: zwei verschiedene Psychotherapien. In: Keil, W. et al. (Hg): *Selbst-Verständnis*. Bergheim b. Salzb. Mackinger
- Van Kessel, W. & Van der Linden, P. (1991): Die aktuelle Beziehung in der klz. Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. In: *GwG-Zeitschrift 90*, 18–28
- Wexler, D. & Rice, L. (Eds) (1974): *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York: Wiley
- Wood, J. (1996): The Person-Centered Approach: Toward an Understanding of its Implications. In: Hutterer, R. et al. (Eds): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*. Frankfurt/M.: Lang

Anschrift des Verfassers:

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien*