

KLIENTENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE

Skriptum zur

Ringvorlesung Psychotherapeutische Schulen II

14. Auflage (2012)

INHALT:

- I. Grundhypothese
- II. Gründerpersönlichkeiten
- III. Persönlichkeitstheorie
- IV. Therapietheorie
- V. Indikation und Diagnosen
- VI. Methodik
- VII. Setting
- VIII. Forschung
- IX. Ziele der Lehrtherapie
- X. Literatur

Skriptum erstellt in Anlehnung an das Skriptum von Prof. Mag. Wolfgang W. Keil

ÖGwG: 4020 Linz, Altstadt 13, Tel. u. Fax: 0732/784630 (Mo. + Mi. 9 – 13 Uhr)
e-mail: office@oegwg.at
www.oegwg.at

Hinweis: Der besseren Lesbarkeit wegen kommen im Skriptum meist "die Therapeutin" und "der Klient"
(oder auch umgekehrt) vor; gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

I. DER PERSONZENTRIERTE ANSATZ (GRUNDHYPOTHESE)

Die "zentrale Hypothese ist, dass die Person in sich selbst ausgedehnte Ressourcen dafür hat, sich selbst zu verstehen und ihre Lebens- und Verhaltensweisen konstruktiv zu ändern, und dass diese Ressourcen am besten in einer Beziehung mit bestimmten definierten Eigenschaften freigesetzt und verwirklicht werden können." (Rogers)

“DER KLIENT IST DER EXPERTE FÜR SICH SELBST”

Mit diesem Ansatz wurde das Grundverständnis (Paradigma) von Psychotherapie radikal umgedreht: nicht der Therapeut, sondern der Klient ist der Experte (für sich selbst). Rogers sieht den größten Unterschied zu anderen Therapieformen darin, "dass das medizinische Modell - mit Einschluss der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung - ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist."

Rogers betont, "dass der therapeutische Erfolg nicht in erster Linie von der Ausbildung in Techniken oder von Fachkenntnissen abhängt, sondern vielmehr vom Vorhandensein bestimmter Einstellungen auf Seiten des Therapeuten." Diese Einstellungen werden als "operationale Philosophie des Therapeuten" bzw. als eine Seinsweise ("way of being with persons") verstanden. "Diese Lebensweise vertraut dem konstruktiven, zielgerichteten Fluss des Menschen zu immer komplexerer und vollständiger Entwicklung." (Rogers).

HINWEIS

Für die "Klientenzentrierte Psychotherapie" haben sich auch die Benennungen "Person(en)zentrierte Psychotherapie" und "Gesprächspsychotherapie" eingebürgert. Es handelt sich bei diesen verschiedenen Bezeichnungen jedoch immer um die gleiche Therapierichtung.

II. GRÜNDERPERSÖNLICHKEITEN

1) CARL RANSOM ROGERS (1902 – 1987)

LEBEN	EINFLÜSSE / WERK
<p>1902 * als 4. von 6 Kindern mit 12 J. Übersiedlung auf die Farm</p> <p>1919 – 1931 Studium (Agrarwiss. u. Geschichte, dann Theol., dann Klin. Psych.), daneben Berufstätigkeit Kirchl. Jugendarbeit, 1922 Chinareise</p> <p>Dissertation über eigenen, später sehr verbreiteten entwicklungspsych. Test</p> <p>1924 Heirat mit Helen; Kinder: 1926 David, 1928 Natalie</p>	<p><i>FAMILIÄRE ATMOSPHERE:</i> <i>Liebevolle Einengung, emotionale Einsamkeit, protestantischer Pietismus</i></p> <p><i>SPÄTERER PROTEST DAGEGEN:</i> <i>"Kern der menschlichen Natur grundlegend konstruktiv"</i></p> <p><i>ORIENTIERUNGEN IN DER AUSBILDUNG:</i> BEHAVIORISMUS <i>"Psychologische Tests, operationales Denken, Hypothesenprüfung mittels hochentwickelter Statistik"</i> PRAGMATISMUS <i>"Erfahrung ist die höchste Autorität"</i> PHÄNOMENOLOGISCHE PSYCHOLOGIE <i>Jeder Mensch lebt in seinem eigenen phänomenalen Feld; er reagiert auf seine Wahrnehmung von der Umwelt, nicht auf die objektive Umwelt</i></p>
<p>1. Arbeitsperiode 1927 – 1940 Erziehungsberater und Therapeut für verhaltensgestörte Kinder und straffällige Jugendliche</p>	<p><i>GESELLSCHAFTLICHE UND FACHLICHE EINFLÜSSE:</i> TIEFENPSYCHOLOGIE nach Otto RANK <i>"Beziehungstherapie" statt Psychoanalyse</i> NEW DEAL <i>Wohlfahrtsstaat, liberale Demokratie, Bürger-Partizipation</i></p>
<p>2. Arbeitsperiode 1940 – 1957 Universität Chicago Counseling Center</p> <p>Gruppenarbeit mit Kriegsveteranen</p> <p>Empirische Therapieforschung</p>	<p>KLIENENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE</p> <p>Erst Phase der Non-Direktivität, dann Phase der Klientenzentriertheit "Wenn ich eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, wird der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen."</p>
<p>3. Arbeitsperiode 1957 – 1963 Wisconsin-Projekt Klz. Therapie mit Psychotikern Dispute mit Skinner, Buber u.a.</p>	<p>Phase der Erlebenszentriertheit in der Entwicklung der Klz. Therapie Persönliches Präsent-Sein in der Therapie</p>
<p>4. Arbeitsperiode 1963 – 1987 La Jolla (Kalifornien) Center for Studies of the Person</p> <p>Projekte für selbstbestimmtes Lernen und Lehren</p> <p>Encounter in Amerika und Europa</p> <p>Friedensarbeit u.a. in Brasilien, Nordirland, Südafrika, im „Ostblock“</p> <p>Nominierung für Friedens-Nobelpreis</p>	<p>HUMANISTISCHE PSYCHOLOGIE Im Zentrum steht die erlebende Person; Erleben = primäres Phänomen Wesensmerkmale des Menschen: Bewusstheit, Leben auf Werte und Ziele hin, Selbstverantwortlichkeit, Wahlfreiheit</p> <p>PERSONENZENTRIERTER ANSATZ:</p> <p>ENCOUNTERGRUPPEN "Tiefere und grundlegendere Begegnung als im normalen Alltagsleben"</p> <p>SIGNIFIKANTES LERNEN UND LEHREN "Die einzigen Lerninhalte, die Verhalten signifikant beeinflussen, müssen selbst entdeckt, selbst angeeignet werden. Solch ein selbstentdeckter Lerninhalt kann einem anderen nicht vermittelt werden."</p> <p>PERSONCENTERED COMMUNITIES Großgruppen, die von einer Art "kollektiver Intention" (nicht von einem Führer oder Dogma) strukturiert und geleitet werden</p>

2) EUGENE T. GENDLIN

(Vor der Vertreibung 1938: EUGEN GENDELIN)

LEBEN	WERK
<p>* 25. Dez. 1926 in Wien ab 10 J. Realschule Glasergasse 1938 Arisierung der Reinigung/Färberei "Exquisit" Vertreibung Flucht über Holland in USA</p> <p>1948-1958 Studium Philosophie</p>	<p>"Ich habe mich damals und später oft gewundert, was für ein Gefühl denn das ist, was einem etwas mitteilt."</p>
<p>Klientenzentrierte Phase ab 1951 Mitarbeit bei Rogers' Counseling Center Chicago</p> <p>1957- 1963 Wisconsin-Projekt Research Director (Klz. Therapie mit Psychotikern)</p>	<p>EXPERIENCING AND THE CREATION OF MEANING Im körperlich spürbaren, an der Grenze zum Bewusstwerden liegenden Fühlen ("felt meaning", "felt sense") sind "implizit" alle persönlichen Bedeutungen bzw. nächsten Schritte enthalten</p> <p>A THEORY OF PERSONALITY CHANGE Sich achtsam dem inneren Erleben ("felt sense") zuwenden ist der zentrale Faktor für persönliche Veränderung</p>
<p>Phase der Experienziellen Therapie 70er Jahre Selbsthilfebewegungen "Changes-Groups" "Partnerships"</p> <p>Gründer und Herausgeber von <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> (Amer. Psych. Ass., Clin. Div.)</p>	<p>FOCUSING Methode, um inneres Leben zu erfassen (als rororo Taschenbuch 60521 erhältlich)</p> <p>EXPERIENTIAL THERAPY "Whatever is said and done must be checked against the concretely felt experiencing of the person."</p>
<p>80er Jahre Gastprofessuren USA, Europa, Japan "International Focusing Network"</p>	<p>DEIN KÖRPER – DEIN TRAUMDEUTER (erhältlich ab 2009 bei Klett-Cotta: Reihe Leben lernen 220)</p>
<p>Phase der Focusing-orientierten Therapie</p> <p>1992-1997 Focusing-Sommerschule Lindau</p> <p>ab 1990 mit Marion Hendricks-Gendlin: The Focusing Institute, New York www.focusing.org</p>	<p>FOCUSING-ORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE Focusing kann in alle Therapieansätze integriert werden. "Focusing ist eine Art und Weise, regelmäßig und absichtlich <i>dort</i> einzutauchen, wo therapeutische Bewegung entsteht."</p> <p>PHILOSOPHIE DES IMPLIZITEN In allen Lebensprozessen sind Lebewesen und Umwelt interaktional untrennbar, sie "implizieren" einander. Der Körper ist auf die Umwelt ausgerichtet, er kennt immer schon "implizit" die jeweilige Situation. In diesem Sinn "weiß der Körper mehr".</p>

III. PERSÖNLICHKEITSTHEORIE (MENSCHENBILD)

1) UNSER FORTLAUFENDER ERLEBENSSTROM

a) Experiencing, Experiencing-Prozess

Wir haben ständig - egal, ob wir es wahrnehmen oder nicht, - ein inneres Erleben („experiencing“) im Sinn einer organismischen Befindlichkeit in uns. Dieses Erleben ist nach Gendlin ein körperlich verspürtes, an der Grenze zum Bewusstwerden liegendes Fühlen ("felt meaning", "felt sense"). Wenn man sich diesem innerlichen Fühlen mit achtsamer Aufmerksamkeit zuwendet („direkte Bezugnahme“), dann kann man sich der darin zunächst nur „implizit“ enthaltenen eigenen Impulse, Empfindungen, Gefühle, Bedeutungen, Bewertungen, nächsten Schritte etc. gewahr werden. Eigenes inneres Erleben ist in dem Ausmaß authentisch, als es aus diesem präverbale „impliziten“ Spüren „expliziert“ wurde.

b) Strukturgebundes Erleben

Ein Großteil unseres inneren Erlebens wird jedoch nicht im gegenwärtigen Moment aus dem körperlich spürbaren impliziten Felt Sense expliziert. Es handelt sich dann um gewohnheitsmäßig ablaufende oder stereotyp sich wiederholende Erlebensmuster, also „strukturgebundes“ Erleben.

2) DIE "GRUNDAUSSTATTUNG" DES MENSCHEN

a) GRUNDPRINZIP AKTUALISIERUNGSTENDENZ

Der lebende Organismus ist nach Rogers geprägt von einer ihm innewohnenden grundlegenden "Aktualisierungstendenz", einer *"Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder der Entwicklung des Organismus dienen."* Der innerste Kern der menschlichen Natur ist für Rogers demnach „von Natur aus positiv, von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch.“

Alle Erfahrungen werden i. S. dieser Aktualisierungstendenz entweder als positiv (den Organismus erhaltend oder fördernd) oder als negativ (den Organismus störend oder bedrohend) bewertet. Wir können diesem unserem „organismischen Bewertungsprozess“ vertrauen; Gendlin spricht davon, dass der Körper „mehr weiß“, er weiß immer schon von der Situation, in der er sich befindet.

b) GRUNDBEDÜRFNIS NACH POSITIVER BEACHTUNG

Das Selbst kann sich nur innerhalb von intensiver emotionaler Interaktion mit Anderen entwickeln. Bei dieser Interaktion muss vorgängig ein „Du“ da sein, damit ein „Ich“ überhaupt entstehen kann. Rogers definiert das Selbst als *„organisierte, konsistente konzeptuelle Gestalt, die sich aus den Wahrnehmungen der Charakteristika des „I“ oder „me“ und den Wahrnehmungen der Beziehungen des „I“ oder „me“ zu Anderen und zu verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Wahrnehmungen verbundenen Werte, zusammensetzt. Dieser Gestalt kann man gewahr werden, sie ist jedoch nicht notwendigerweise gewahr.“*

"Mit dem Gewährsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig." (Rogers). Mit der Entwicklung des Selbst ergibt sich somit die prinzipielle Möglichkeit des Auseinanderklaffens (Inkongruenz) von organismischem Erleben und dessen Gewährsein im Selbst.

3) ENTSTEHUNG VON KONGRUENZ UND INKONGRUENZ

a) Im eigenen Erleben nicht empathisch verstanden und wertgeschätzt werden

Wegen der Wichtigkeit der positiven Beachtung durch andere kann es dazu kommen, dass die organismische Bewertung übergangen wird, weil das Kind sich intuitiv nach *"Bewertungsbedingungen"* richtet, die den Reaktionen seiner wichtigen Bezugspersonen entsprechen und die deren positive Beachtung erhalten bzw. ermöglichen sollen. Damit ist eine Inkongruenz zwischen bewusstem Erleben und organismischem Erleben eingetreten. Mit anderen Worten: Das Kind kann sich seiner selbst nur dann (und nur in der Färbung) bewusst werden, wenn (und wie) es von seinen Bezugspersonen empathisch verstanden und ohne Bedingungen wertgeschätzt wird. In den Bereichen und in dem Maß, in denen das Kind nicht verstanden und wertgeschätzt wurde, kann es auch sich selbst nicht verstehen und wertschätzen.¹

¹ Das Bedürfnis nach positiver Beachtung entspricht den Forschungsergebnissen im Rahmen der Bindungstheorie. Bindung bedeutet, dass Säuglinge und Kleinkinder das angeborene Bedürfnis haben, sich 1. an eine eng begrenzte Zahl vertrauter Personen zu binden und 2. sich der zuverlässigen Verfügbarkeit und Zuwendung dieser Bindungspersonen zu versichern.

b) Inkongruenz der Person, Inkongruenz des eigenen Erlebens und Verhaltens

Sobald eine derartige Inkongruenz entstanden ist, wird organismisches Erleben selektiv wahrgenommen: was in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen ist, wird korrekt im Gewahrsein symbolisiert; was den Bewertungsbedingungen widerspricht, wird verzerrt symbolisiert oder teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert. Das Erleben des Individuums beinhaltet nunmehr Elemente, die nicht im Bild seines Selbst enthalten sind; es ist nicht mehr eine einheitliche Person. Die Inkongruenz zwischen Selbst und organismischem Erleben erzeugt latente Spannung oder bewusst gespürte diffuse Angst. Alle psychischen Störungen werden daraus abgeleitet.

4) PSYCHISCHE UNANGEPASSTHEIT, PSYCHISCHE STÖRUNG

a) Inkongruenz ruft Abwehr hervor

Das Selbst möchte sich in seiner jeweils gegebenen Gestalt erhalten und weiterentwickeln. Jedes weitere organismische Erleben im Bereich einer schon gegebenen Inkongruenz würde das Selbst gefährden und wird daher abgewehrt. Die (zunehmend sich verhärtende) Abwehr besteht darin, dass das entsprechende organismische Erleben nur verzerrt wahrgenommen oder überhaupt vom Gewahrsein ausgeschlossen wird.

b) Strukturgebundenen Erleben

Gendlin beschreibt die Abwehr so, dass der Experiencing-Prozess dabei unvollständig bleibt, blockiert oder übersprungen wird. Das Erleben ist dann „strukturgebunden“; d. h. es handelt sich um Erleben, bei welchem man sich gerade nicht mit achtsamer Aufmerksamkeit dem eigenen Experiencing zuwendet. Beispiele sind:

- Ohne tieferes Empfinden nur rein intellektuell von Inhalt zu Inhalt springen
- In sich immer wiederholenden Gefühlsmustern verfangen sein
- Traumabedingtes Erleben, das wie gewaltsam sich immer wieder aufdrängt
- „Innere/r Kritiker/in“
- Bei zu vielen Problemen sich nicht mehr mit voller Achtsamkeit dem Experiencing zuwenden können
- Erleben, das von introjizierten Werten induziert ist (Rogers' Bewertungsbedingungen)

c) Wahrnehmung von Inkongruenz

Die Inkongruenz einer einzelnen Handlung bzw. der gesamten Person wird infolge der Abwehrprozesse von der Person selbst tendenziell schwer bzw. gar nicht wahrgenommen. Kommunikationspartner erleben sie hingegen bewusst oder unterschwellig "negativ". Eine abwehrende Person ruft auch beim Gegenüber tendenziell Abwehr (und damit Inkongruenz) hervor. Wenn das Gegenüber jedoch kongruent bleiben kann, kann die Tendenz der Abwehrprozesse durchbrochen, das Gewahrwerden von Inkongruenz ermöglicht und die Reorganisation des Selbst (in Richtung *Kongruenz* von Selbst und Organismus) eingeleitet werden. Auf dieser Tatsache beruht die Möglichkeit von Psychotherapie. (Mehr dazu bei der Therapietheorie!)

d) Krankheitsbegriff der Klz. Therapie

Der Mensch *"kann sich selbst schädigen, wie in der Neurose; er kann unfähig werden, sein Leben zu meistern, wie in der Psychose; oder zerrissen und unglücklich, wie im Falle der Fehlanpassungen, die jeder von uns aufweist."* (Rogers). Nicht jede Inkongruenz führt zu einer psychischen Störung, alle psychischen Krankheiten beruhen jedoch auf Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus. Dabei können Störungen der eigenen Erlebnisverarbeitung (Neurosen) und Stagnationen der Selbstentwicklung (frühe Störungen) unterschieden werden. Störung ist aber nicht allein als Defizit zu verstehen. Es "meldet sich" dabei vielmehr unverstandenes und nicht-akzeptiertes Erleben, das nach Verstanden- und Wertgeschätzt-Werden drängt.

5) PSYCHISCHE GESUNDHEIT, „PERSONAL POWER“

Alle Momente des Mit-sich-selbst-kongruent-Seins (z. B. wenn ich das, was ist, sei es erfreulich oder bedrohlich, unverstellt wahrnehme und akzeptiere und danach handle) lassen "personal power" erleben. *"In politischen Kategorien ausgedrückt: Indem er auf seine inneren Gefühle achtet, verringert der Klient die Macht anderer; Schuldgefühle, Ängste und Hemmungen in ihn einzupflanzen, und erweitert allmählich sein Verständnis für bzw. seine Herrschaft über das eigene Selbst. ... Der Klient gehört sich in einem Maße selbst, das nie zuvor möglich war."* (Rogers)

6) GESUNDE UND GESTÖRTE ENTWICKLUNG DES SELBST

Entwicklungsphasen des Selbst nach Biermann-Ratjen

1. Phase:

Vor der Entstehung des bewussten Selbst drückt das Baby seine Bedürfnisse und organismischen Erfahrungen in Form der basalen Affekte aus.

<p>Diese müssen adäquat "verstanden" werden, damit ein Selbst sich überhaupt entwickeln und sich in den eigenen Affekten zurecht- und wiederfinden kann.</p>	<p>Werden diese nicht "verstanden", erlebt das Baby Verlassen-Sein und Angst vor Vernichtung. Hier können (spätere) psychotische Depression und Vernichtungsangst grundgelegt werden. Im ärgsten Fall von Verlassenheit werden alle Affekte eingestellt und es kommt zum Tod.</p>
--	---

2. Phase:

Zusammen mit dem (ersten) Selbst-Gewahrsein wird die Bewertung der Selbsterfahrungen (ob ich so sein kann oder nicht) relevant. Es geht dabei v. a. um Selbsterfahrungen, die mit ohnmächtiger Wut, Trauer, Scham, Ekel, aber auch Überraschung oder Freude über sich selbst verbunden sind, sowie um Erfahrungen von Abgelehnt- und Nicht-verstanden-worden-Sein.

<p>Werden diese Selbsterfahrungen von den Bezugspersonen adäquat "verstanden", kann das Selbst auch diese heiklen Bewertungen bewältigen und die Erfahrungen als zu sich gehörig integrieren.</p>	<p>Werden diese nicht "verstanden", dann lernt das Kind sich (und andere) bei diesen Impulsen und Erfahrungen als total wertlos oder böse zu erleben. Die Selbstentwicklung ist blockiert, weil das Kind bestimmte Erlebensformen nicht als zu sich passend integrieren kann. "Frühe" Störungen: Narzissmus, Borderline, bestimmte Psychosen und schwere Depressionen werden so grundgelegt.</p>
---	--

3. Phase:

Wenn ein Selbst sich entwickelt hat, das Wut, Scham, Zweifel, Abgelehnt-Werden aber auch Freude oder Stolz u. ä. bzgl. seiner selbst integrieren konnte, kann das Kind sein Interesse darauf richten, was es sein und werden kann (seine eigene Identität gewinnen) - u. a. auch im Zusammenhang mit seinem Geschlecht als Mann oder Frau.

<p>Werden hier alle Erfahrungen des Kindes ohne Bedingungen und um ihrer selbst willen anerkannt und "verstanden", kann das Selbst sich kongruent zu den organismischen Erfahrungen und der organismischen Bewertung entwickeln.</p>	<p>Werden diese Erfahrungen des Kindes nur unter Bedingungen oder gar nicht anerkannt und verstanden (z.B. nur "männliches" oder leistungsorientiertes Verhalten), entstehen Inkongruenzen bzgl. der eigenen Identität. Spätere neurotische Störungen werden grundgelegt, z.B. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misstrauen in Fähigkeit des Kindes: → Phobie • Massive Elternemotionen, wobei das Kind völlig unwichtig bleibt → Hysterie • Strenge Elternkontrolle → Zwänge • Von Eltern verlassen worden sein → Neurotische Depression
--	--

IV. THERAPIETHEORIE

Rogers hat sein Therapiekonzept aufgrund von empirischen Untersuchungen erstellt und prägnant in Form der klassischen sechs "notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie" formuliert. Diese Hypothesen hatten eine ungeheuer große Wirkung. Sie stimulierten vor allem die Psychotherapieforschung (weil man bis heute versucht, die Hypothesen zu widerlegen), beeinflussten aber auch wesentlich das Verständnis von Psychotherapie überhaupt.

1) DIE BEDINGUNGEN FÜR THERAPEUTISCHE VERÄNDERUNG

Wenn (und je besser) diese Bedingungen gegeben sind, (um so eher) kommt ein bestimmter (Erlebens-)Prozess in Gang; wenn (und je besser) dieser Prozess läuft, (um so intensiver) kommt es zu persönlichen Veränderungen.

(1) **Zwei Personen haben wirklichen psychologischen Kontakt miteinander.**

Psychologischer Kontakt ist hier gemeint i. S. einer intensiv erlebten Beziehung.

(2) **Eine Person (Klient) ist im Zustand der Inkongruenz, d. h. mit einem Erleben beschäftigt, das nicht zu seinem Selbstbild passt, und daher generell in Spannung oder in Angst.**

Der Zustand der Inkongruenz kann bewusst (generelle Angst) oder unbewusst (generelle Spannung) sein; der Klient muss wenigstens eine Ahnung von seiner Inkongruenz haben. Nur dann ist Psychotherapie indiziert.

(3) **Die andere Person (Therapeutin) ist mit sich selbst kongruent (d. h. mindestens im Bereich der Beziehung zum Klienten offen für das wirkliche eigene Erleben).**

Die Therapeutin soll "ohne Täuschung und Fassade" sich ihrer gegenwärtigen organismischen Erfahrungen exakt gewahr sein. Dies schließt das Gewahrsein auch aller „negativen“ Resonanzen auf den Klienten mit ein, wobei in diesen ein Zugang zum Verstehen (und in der Folge auch Wertschätzen) des Klienten gefunden werden muss. Kongruenz ist kein Zustand und ist nicht direkt wahrnehmbar. Wahrnehmbar sind Anzeichen für Kongruenz und Symptome für Inkongruenz, z.B. der Grad an unbedingter Wertschätzung für den Klienten.

(4) **Die Therapeutin erlebt unbedingte Wertschätzung für das gesamte Erleben des Klienten.**

Bedingungsloses Wertschätzen meint weder eine "Laisser-faire"-Haltung noch ein Gutheißen und Zustimmung i. S. einer Beurteilung. Es geht dabei nicht um ein Akzeptieren des *Verhaltens und Handelns*, sondern primär um ein Akzeptieren des *Erlebens* des Klienten. Unbedingte Wertschätzung enthält zwei Elemente: emotionales Zugewandt-Sein („caring“) und interessierten Respekt für jeden Impuls. Die jeweils fühlbare Wertschätzung ist für die Therapeutin ein Gradmesser für das momentane Ausmaß ihrer Empathie und ihrer Kongruenz.

(5) **Die Therapeutin kann den Klienten von dessen inneren Bezugsrahmen her empathisch verstehen.**

Empathie ist weder Identifikation noch Sympathie; sie besteht nach Rogers darin, *"den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, ... gerade so, als man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die "als - ob" - Position aufzugeben."* *"Empathie bedeutet ... in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden Bedeutungen in dieser Person, ... Bedeutungen zu erahnen, deren sie sich selbst kaum gewahr wird ... "* Empathie enthält zwei Elemente: emotionales Mitschwingen und wirkliches Verstehen. (*"Akzeptieren bedeutet wenig, solange es nicht Verstehen enthält."*)

(6) **Der Klient kann wenigstens ansatzweise wahr- und annehmen, dass die Therapeutin ihn ohne Bedingungen wertschätzt und empathisch versteht.**

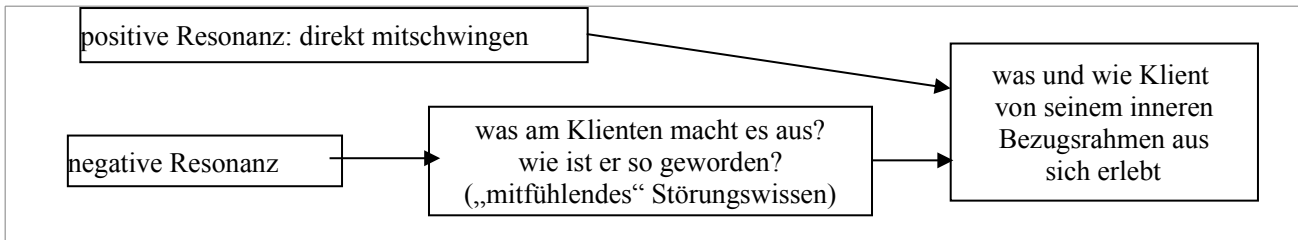
Die therapeutischen Grundhaltungen bewirken nichts, wenn sie der Klient nicht als solche erleben kann.

Die Notwendigkeit dieser Bedingungen wurde oftmals bestätigt, während die Frage, ob sie auch wirklich hinreichend seien (oder ergänzt werden müssen) immer noch umstritten ist. Ein diesbezügliches Missverständnis besteht darin, dass die therapeutischen Grundeinstellungen (= Bedingungen 3, 4, und 5) oft als Beschreibung *konkreten therapeutischen Vorgehens* angesehen werden. Sie stellen jedoch „nur“ Prinzipien dafür dar.

2) PROZESSUALE DIAGNOSTIK

Der Klient hat einen Umgang mit sich und der Umwelt, den er selbst und/oder andere als defizitär, unbefriedigend, rigid usw. erleben. Dies bewirkt bei der Therapeutin, dass sie ihn nicht von vornherein kongruent bedingungslos wertschätzen und empathisch verstehen kann. Kongruenz, Wertschätzung und Empathie sind somit keine vollen „Input-Variablen“, obwohl ein gewisses Ausmaß davon gegeben sein muss, um eine Therapie beginnen zu können. Die in den sechs Bedingungen von Rogers beschriebene Qualität der therapeutischen Beziehung muss im Verlauf der Therapie immer erst hergestellt werden. Wenn die Therapeutin sich dem Klienten gegenüber kontinuierlich kongruent bedingungslos wertschätzend und empathisch verstehend erleben kann, dann ist die Therapie erfolgreich beendet.

Das fortlaufende Bemühen der Klientenzentrierten Therapeutin um Wertschätzen und Verstehen des Klientin wird auch als prozessuale Diagnostik bezeichnet. Es können damit grundsätzlich die folgenden zwei Wege zum empathischen Verstehen unterschieden werden:



(Noch-) Nicht-Wertschätzen und (Noch-) Nicht-Verstehen der Therapeutin werden hier weniger als therapeutische „Fehler“ gesehen, sie sind vielmehr als Hinweise zu verstehen, welche die Inkongruenzen des Klienten spürbar machen. Davon ausgehend soll die Therapeutin (auch mit Hilfe ihres Wissens von störungsspezifischen Erlebensformen sowie ihrer Ahnung vom lebensgeschichtlichen Geworden-Sein des Klienten) Verstehenshypothesen darüber bilden, warum der Klient von seiner inneren Dynamik her folgerichtig in der momentanen Situation so sein muss, wie er erlebt wird. Dieses „probeweise“ wertschätzende Verstehen wird in den weiteren therapeutischen Interventionen „gecheckt“ und die Verstehenshypothesen werden dabei so lange verändert, bis die Therapeutin den Klienten kongruent unbedingt wertschätzen und empathisch verstehen kann. Die Abfolge der Schritte der prozessualen Diagnostik in der folgenden Tabelle ist dabei nicht linear, sondern als immer von Neuem zu durchlaufender (feedback-geleiteter) Kreislauf zu verstehen.

<i>Schritte der prozessualen Diagnostik</i>	
1	Genaueres Wahrnehmen der eigenen Resonanz auf die Klientin und ihr Beziehungsangebot
2	Erfassen, was genau an der Klientin bzw. an ihrem Beziehungsangebot die eigene Resonanz auslöst.
3	Ggfs. Einbezug von <i>störungs- oder situationspezifischem Wissen</i>
4	Einbezug des lebensgeschichtlichen Geworden-Seins (<i>familiäre Atmosphäre</i>) der Klientin
5	Versuch, sich vorzustellen, für welche (inneren) Nöte , Schmerzen, unerfüllten Bedürfnisse usw. der Klientin dieses Erleben und Verhalten notwendend gewesen sein könnte bzw. noch immer ist (Hermeneutische Empathie).
6	Intervenieren mit dieser Verstehenshypothese „im Hinterkopf“
7	Checken, ob die Verstehenshypothese die vom Klientenzentrierten Konzept geforderte Beziehungsqualität weiterbringt oder nicht (Kongruentes unbedingtes Wertschätzen und empathisches Verstehen von Klientin und Therapeut).
8=1	Modifizieren der Verstehenshypothese

4) AKTUELLE VARIANTEN DES KLIENTENZENTRIERTEN THERAPIEKONZEPTS

a) Fundamentalistische Strömungen: Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Klienten, daher Nondirektivität der Therapeutin und Ablehnung von therapeutischen Methoden (Beschränkung auf die therapeutischen Grundhaltungen), Therapie als personale Begegnung (Schmid).

b) Klinisches Verständnis: Die therapeutischen Grundhaltungen werden nicht als Basis für eine rein persönliche Begegnung verstanden, sondern als funktionale Arbeitshaltungen (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz u. a.). Psychotherapie wird dabei als Arbeit an den Inkongruenzen bzw. an deren Gewährwerden gesehen; der wesentliche Wirkfaktor wird im hermeneutischen Verstehen des Noch-nicht-Verstehbaren (prozessuale Diagnostik) gesehen (Finke u. a.).

c) Focusing-orientierte bzw. Experienzielle Therapie: Das Hauptaugenmerk gilt dem Ermöglichen, Vertiefen und Explizieren des inneren Erlebens ("Experiencing") des Klienten:

- Arbeit mit dem Felt Sense (Gendlin): Die Therapeutin hört dem Klienten sehr genau zu ("accurate listening") und soll so reagieren, dass das der "felt sense" angesprochen, gespürt und expliziert werden kann.

Beispiel: Spüren des Felt Sense durch imaginierte Personifizierung: Auf die Klientenäußerung: "Ich weiß jetzt nicht mehr weiter" wird nicht "Sie wissen jetzt nicht mehr weiter" oder "Sie fühlen sich hilflos" reagiert, sondern etwa: "Da ist etwas in Ihnen, das nicht mehr weiter weiß". In der Folge kann exploriert werden, was alles in diesem Etwas drinnen steckt und zu welchen Schritten es die Person führen möchte.

- Emotion-focused therapy: Konzentration auf das Processing problematischer emotionaler Schemata (Greenberg, Rice)

d) Existenzialistische Orientierung: "Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie" (Swildens): Ausgehend von der Existenzphilosophie werden die klassischen neurotischen und z. T. auch die psychotischen Störungen als Blockaden und Stagnationen des existenziellen Prozesses verstanden. Die Blockaden haben dabei störungsspezifische typische Formen, die als "Alibi" (gegenüber der Existenz) und als "Mythe" (der Rechtfertigung für die Stagnation des existenziellen Prozesses) beschreibbar sind. Wenn der existenzielle Prozess blockiert ist, reicht empathisches Mitschwingen nicht aus. Dann sind störungsadäquate und den jeweils notwendigen (Vor-)Phasen des Therapieprozesses entsprechende Vorgehensweisen erforderlich. Diese Prozessphasen sind:

1. Prämotivationsphase (Erarbeiten der Therapiemotivation bzw. der Eigenverantwortlichkeit)
2. Symptomphase (Erarbeiten der persönlichen, existenziellen Bedeutung des Symptoms)
3. Problem- / Konfliktphase (Arbeit am Widerstand und auch am Problem)
4. Existenzielle Phase (Selbstexploration zum Sinn des eigenen Daseins, personale Begegnung)
5. Abschiedsphase (zu existenziellen Bewältigung von Trennung und Getrennt-Sein)

e) Interaktionelle Orientierung der Klz. Psychotherapie: Es wird nicht mit dem inhaltlichen Erleben des Klienten gearbeitet, sondern primär mit seiner (inkongruenten) Art, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten. (Van Kessel & Van der Linden).

f) Expressive Arts Therapy (Natalie Rogers), Klientenzentrierte Kunsttherapie (Groddeck)

g) "Prä-Therapie": Spezifisches Konzept für die Arbeit mit psychotischen oder (geistig) retardierten Menschen, damit diese wieder in Kontakt mit sich selbst und mit der Umwelt kommen können (Prouty). Weitere spezifische Konzepte für das Verständnis prä-expressiver Erlebensformen z.B. bei Demenz (Kitwood, Morton).

e) Anwendungen außerhalb der Psychotherapie: "Familienkonferenz" u. ä. (Gordon), schülerzentrierter Unterricht, Personenzentriertes Coaching und OE, z. T. auch Validation (Feil), Motivierende Gesprächsführung (Rollnick & Miller), Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg) u.a.

V. INDIKATION UND DIAGNOSEN

1) INDIKATION

Vom Konzept her ist Klz. Therapie indiziert, wenn die Störung auf einer psychischen Inkongruenz beruht. Ein therapeutischer Prozess kann nur stattfinden, wenn der Klient wenigstens einen ahnungsweisen Zugang zu seiner Inkongruenz (Bereitschaft, den Umgang mit eigenem Erleben i. R. der therapeutischen Beziehung zu explorieren) hat.

Der Klz. Ansatz hält weiters die subjektive Indikation für wesentlich: ob und wie diese/r TherapeutIn mit diesem/dieser KlientIn arbeiten kann. Empirisch gesichert ist der Zusammenhang von Therapie(miss)erfolg mit dem Ansprechen des Klienten auf die erste(n) Therapiesitzungen ("Probetherapie").

Untersuchungen belegen, dass Klz. Therapie tendenziell besonders geeignet ist für Störungen mit depressiven und Angstsymptomen sowie für sog. frühe Störungen (Selbstopathologien).

2) DIAGNOSTIK

Rogers hat das Erstellen von psychologischen Status-Diagnosen vor Beginn der Psychotherapie als überflüssig und schädlich abgelehnt, weil dies die Kompetenz des Experten und nicht die des Klienten betont und weil der Prozess der Therapie selbst in einem genauen Sinn immer zugleich ein diagnostischer ist. Dieser Prozess des empathischen Verstehens soll primär im Klienten vor sich gehen können.

Die Klz. Therapeutin arbeitet dabei mit der "Prozessualen Diagnostik". Darunter verstehen wir die kontinuierliche Wahrnehmung der eigenen Reaktionen auf den Klienten innerhalb der therapeutischen Beziehung ("Szenisches Verstehen"). Dies bietet einen Zugang zum Erkennen und Verstehen der Inkongruenzen des Klienten ("Hermeneutische Empathie"). Mehr dazu vgl. S. 9

Von dieser schulenspezifischen bzw. theoriegeleiteten Diagnostik unterscheiden wir eine schulübergreifende nosologische Einordnung des Klientenerlebens. Es handelt sich dabei um die Klassifizierung nach den jeweiligen Leitsymptomen, wie sie in den internationalen psychiatrischen Diagnosesystemen DMS-IV oder ICD-10 vorgesehen ist. Sie wird vor allem für die Verrechnung mit den Krankenkassen gebraucht.

VI. METHODIK

Rogers' „Methode“ besteht v. a. in einem „tiefen Zuhören“ (inkl. Wahrnehmen der eigenen emotionalen Resonanz), wodurch die persönliche Bedeutung aller Gefühlsnuancen des Klienten bzw. die Bedeutungen, die für ihn noch „am Rand des Gewahrseins“ sind, aufgenommen werden.² Wir sprechen heute davon, dass die Klz. Therapeutin auf allen Ebenen (der Symbolisierung) von innerem Erleben arbeiten soll:

a) Arbeit mit Imagination

Die Ebene der spontanen (nicht willentlich erzeugten) Bilder und Fantasien bietet Möglichkeiten, die auf der Ebene realen inneren Erlebens oft nicht gegeben sind. (Etwa Lösung von starren Erlebensmustern, Kontakt mit ungewohnten Impulsen usw.) Beispiele: Erleben durch Symbole (Ich als Tier, Baum usw.); Arbeit mit Handpuppen; "Wunderfrage"; Fantasiereisen durch den eigenen Körper, in erkrankte Organe u.a.

b) Arbeit mit Träumen

Träume werden als Ausdruck der Aktualisierungstendenz und Botschaften für die Selbstentwicklung verstanden. Alle Traumteile sind Produkte des Träumers. Träume werden als Ganzes oder Szene für Szene, in der Person des Träumers oder in Gestalt eines jeden anderen relevanten Traumelements, gründlich auf die gegenwärtige emotionale Resonanz und persönliche Bedeutung hin durchgearbeitet.

c) Arbeit mit Ich-Teilen (Personifizierung)

- Die bewusste Trennung zwischen mir und einem Impuls oder Zustand von mir ermöglicht eine freiere Exploration desselben. Manche Impulse werden überhaupt erst deutlich, wenn sie personifiziert und so mit ihnen Kontakt aufgenommen wird.

- Widersprüchliche Impulse werden wie Personen, d.h. als Träger ihrer eigenen Absichten, Werte und Bedürfnisse behandelt. Sie können so miteinander verhandeln oder mit der Gesamtperson in Kontakt treten.

d) Arbeit mit nonverbalem Ausdruck

- Respektvolle Arbeit mit unwillkürlichen nonverbalen Ausdrucksformen.

- Ausdruck einer Gestimmtheit, einer Person, einer Situation usw. in Form einer Skulptur mit dem eigenen Körper. Während die Skulptur dargestellt wird, soll die emotionale Resonanz dazu exploriert werden.

- Symbolische Soziogramme (z.B. Schuhsoziogramm, Familienkonstellationen u.ä.)

- Symbolische Verwendung des Raumes (z.B. Platz für gesunden und für kranken Zustand)

e) Einbezug des Körpers

Beachtung und Schaffung eines Spielraums für körperliche Impulse, Zustände und Assoziationen.

f) Spieltherapie und Arbeit mit "kreativen Medien"

Das Gespräch ist zwar das übliche Medium, aber die "Gesprächstherapie" ist nicht darauf zu beschränken (und hat somit im Deutschen einen irreführenden Namen!). Miteinander spielen, malen, sich bewegen usw. dienen oft noch besser der Selbstexploration. Kinder-Spieltherapie war historisch eine der ersten klz. Therapieformen!

g) Arbeit mit Emotionen

Wichtig ist hier darauf zu achten, dass nicht einfach nur mit den Gefühlen, sondern mit den „Gefühlen, die diese Gefühle machen“, d. h. mit der personalen Stellungnahme zu den eigenen Gefühlen bzw. dem "inneren Bezugsrahmen" gearbeitet wird.

h) Einbezug der kognitiven Ebene

Die Klz. Therapeutin hat ein bestimmtes Menschenbild, das sie auch dem Klienten zumutet (Vertrauen auf bzw. Zumutung der Aktualisierungstendenz). Dies provoziert die Auseinandersetzung des Klienten mit seinem Selbstbild.

i) Arbeit mit der Beziehung

Metakommunikation über die Beziehung zwischen Klient und Therapeutin

j) Einbezug der Umwelt und des Lebenskontextes des Klienten

Das Individuum wird im Klz. Ansatz nie rein autonom, sondern immer von seinem sozialen und realen Kontext her verstanden. Daher werden einerseits die Lebensbezüge des Klienten mit einbezogen und gilt andererseits die Gruppentherapie als die „Vollform“ der Psychotherapie.

² Thomas Gordon („Familienkonferenz“) hat daraus den Begriff des aktiven Zuhörens entwickelt und popularisiert: „Der Empfänger sendet keine Botschaft – z. B. ein Urteil, eine Meinung, einen Rat, ein Argument, eine Analyse oder eine Frage. Er meldet nur das zurück, was nach seinem Gefühl die Botschaft des Senders bedeutete – nicht mehr, nicht weniger.“

VII. SETTING

Einzeltherapie: kontinuierlich wöchentlich; problemzentrierte Kurztherapien (ca. 20 St.) oder langfristige Therapien (100 und mehr St.).

Gruppentherapie: mehrtägige Intensivgruppen in "Klausur" oder längerfristige, fraktionierte Gruppen (z. B. wöchentliche Jahresgruppe). Wichtig ist dabei, dass u.a. durch Feedback, Konfrontation und Selbsteinbringung der Gruppentherapeuten ein den förderlichen Therapiebedingungen entsprechendes Gruppenklima entsteht.

Encountergruppen: Gruppen für persönliche Begegnung und persönliches Wachstum, d.h. ohne streng therapeutische Zielsetzung i. e. S. Eine für den Personorientierten Ansatz typische Sonderform bilden hier die sog. Cross - Cultural - Workshops. Es handelt sich dabei um international beschickte Großgruppen, die sich ohne vorgegebene Struktur, aber bei vollem persönlichem Engagement von Leitern und Teilnehmern einer ganzheitlich verstandenen Explikation von persönlichem Erleben und interpersoneller Kommunikation sowie der Bearbeitung selbstgewählter personorientierter Themen widmen.

Kindertherapie: Spieltherapie, orientiert an den Prinzipien der Nondirektivität und der Grenzsetzung zugleich. Heute tendiert man dazu, sie in die Familientherapie zu integrieren.

Familien- (Paar-)therapie: Hier geht es nicht um individuelles Experiencing und individuelle Inkongruenz, sondern um das interpersonelle Erleben in seiner Kongruenz und Inkongruenz mit den Familienkonzepten der Familienmitglieder. Bei der Arbeit mit Familien mit Kindern hat die integrative Form der Familien-Spieltherapie entwickelt.

VIII. EMPIRISCHE FORSCHUNG

Die Klz. Psychotherapie ist aus empirischer Forschung heraus entwickelt worden und ist auch weiterhin eine der am besten untersuchten Therapieformen! Zu beachten ist dabei u.a. die von Anfang an vorhandene Transparenz durch die (Audio- bzw. Video-) Aufnahme, Transkription und Untersuchung vieler Therapieverläufe. Von daher hat sich auch die Tradition entwickelt, Therapien (immer nur im Einverständnis der Klienten!) für Ausbildungs- und Supervisionszwecke auf Tonband aufzunehmen.

1) Wirksamkeitsforschung

Der Klz. Therapie wird von den Therapieforschern eine "sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit für ein sehr breites Spektrum von Störungen" bescheinigt. (Grawe).

2) Therapievergleichsforschung

Es zeigen sich quantitativ wenig relevante Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieformen, wohl aber qualitativ unterschiedliche Effekte. So wurde festgestellt, dass für Analyse-Klienten *Problemeinsicht und Autonomie*, für Verhaltenstherapie-Klienten *Symptomfreiheit* und für Gesprächstherapie-Klienten *Persönlichkeitsintegration und Beziehungs- und Kontaktfähigkeit* jeweils im Vordergrund stehen.

3) Prozessforschung, Wirkfaktorenforschung

Es zeigt sich, dass der Versuch, spezifische therapeutische Wirkfaktoren (Techniken, "differenzielle" therapeutische Strategien u.ä.) herauszufinden, wenig erbringt. In einer Psychotherapie sind viele kaum voneinander zu isolierende Faktoren im Spiel. Bei der Klz. Therapie ist die Wirksamkeit der therapeutischen Grundhaltungen insgesamt nachgewiesen, während kein eindeutiger Zusammenhang zwischen einzelnen Grundhaltungen für sich allein und dem Therapieerfolg herzustellen ist. Eine Bestätigung findet das klz. Therapiekonzept weiters durch Untersuchungen in anderen Therapierichtungen, die ergeben, dass die therapeutische Beziehung (die in der Forschung oft als "unspezifischer" Wirkfaktor abqualifiziert wurde) wesentlich wichtiger ist als alle untersuchten differenziellen Faktoren.

4) Wechselseitige Zusammenhänge zwischen Therapeuten-, Klienten- und Beziehungsvariablen

Belegt wurde etwa die Wichtigkeit der Abstimmung von "Bearbeitungsangebot" der Therapeutin und Explorationstiefe des Klienten ("Zielorientierte Gesprächstherapie" von Sachse). Weiters zeichnet sich beispielsweise ab, dass die "Überzeugtheit" der Therapeutin (von ihrem Konzept) ein bisher übersehener wesentlicher Wirkfaktor sein dürfte.

Insgesamt ist ziemlich klar, dass es (von Ausnahmen abgesehen) wenig "objektive" Indikationskriterien gibt, nach denen bestimmte Störungen bestimmten Therapierichtungen zugeordnet werden könnten. Auch hier scheinen "subjektive" Faktoren und Zusammenhänge entscheidender. Demnach sollten für bestimmte Therapiekonzepte "ansprechbare" Klienten auf Therapeutinnen treffen, bei denen sie sich von Anfang an gut aufgehoben empfinden und die ihrerseits vom betreffenden Therapiekonzept "überzeugt" sind.

IX. ZIELE DER LEHRTHERAPIE

Die Lehrtherapie dient auch dem Bearbeiten eigener Problematik. Leidensdruck kann aber für sich genommen nicht Motiv für eine Lehrtherapie sein. Wesentlich ist das Gewährwerden der eigenen Persönlichkeitsstruktur und ihres Geworden-Seins. Damit sollen drei Ziele erreicht werden:

- Über das Gewährwerden eigener Inkongruenz wird die Offenheit für die eigenen organismischen Erfahrungen grundgelegt.
- Das Verstehen und Akzeptieren der eigenen Erfahrungen und des eigenen Geworden-Seins ermöglichen Selbst-Empathie und damit auch Empathie für andere.
- Und derartige Selbsterfahrungen sollen schließlich eine tiefe Überzeugung von den zentralen Annahmen des Rogersansatzes begründen: das Vertrauen auf Selbstexploration und eigenes "Experiencing" und damit das Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz des Organismus.

Wegen der hervorragenden Bedeutung des Sich-Einlassens und der persönlichen Beziehung in der Klz. Therapie wird in der gesamten ÖGWG-Ausbildung Selbsterfahrung als Basis angesehen. Daher findet die Ausbildung (neben der Einzel-Lehrtherapie) v.a. in Form von kontinuierlichen Gruppen statt.

X. LITERATURHINWEISE

Gesamtansatz: Rogers, C.R. (1974). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Therapie: Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.

Lehrbücher: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.

Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F. & Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.

Keil, W.W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.

Theorie: Rogers, C.R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag.

Lexikon: Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W.W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Focusing: Gendlin, E.T. (1998). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbek: Rowohlt Tb. 60521.

Gendlin, E.T. (2009). *Dein Körper – dein Traumdeuter. Innere Achtsamkeit: Mit Focusing Träume verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.