

Eckert  
Biermann-Ratjen  
Höger



# Gesprächs- psychotherapie

2. Auflage

Lehrbuch

 Springer

# Gesprächspsychotherapie

Jochen Eckert  
Eva-Maria Biermann-Ratjen  
Diether Höger  
(Hrsg.)

# **Gesprächspsycho- therapie**

Lehrbuch

2., überarbeitete Auflage

 Springer

**Prof. Dr. phil. Jochen Eckert**  
Universität Hamburg

**Prof. em. Dr. phil. Diether Höger**  
Universität Bielefeld

**Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen**  
Psychotherapeutische Praxis  
Hamburg

ISBN 978-3-642-28649-0  
DOI 10.1007/978-3-642-28650-6

ISBN 978-3-642-28650-6 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### **SpringerMedizin**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg  
Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg  
Lektorat: Kirsten Pfeiffer, Delft, Niederlande  
Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © Potoroller / shutterstock.com  
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

## Vorwort zur 2. Auflage

---

Wir haben unseren Ausführungen zur Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland im Vorwort zur 1. Auflage dieses Buches nichts Korrigierendes hinzuzufügen. Die Medikalisierung der Psychotherapie schreitet voran.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches ist die Ausübung von Gesprächspsychotherapie als heilkundliches Verfahren im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland durch eine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) drastisch erschwert worden. Vertreter der kassenzugelassenen Psychotherapieverfahren und der gesetzlichen Krankenkassen sind 2006 zu dem Schluss gekommen, dass die Wirksamkeit bzw. der Nutzen der Gesprächspsychotherapie als heilkundliches Verfahren nur bei der Depressionsbehandlung ausreichend eindeutig nachgewiesen worden sei.

Diese Feststellung steht sowohl im Widerspruch zu national und international publizierten wissenschaftlichen Aussagen zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie (► Kap. 10.1), als auch zur Auffassung der durch den Deutschen Psychotherapeutentag vertretenen Profession der Psychotherapeuten und zu allen zu dieser Frage bisher erstellten Gutachten. Die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA ist wohl nicht evidenzbasiert (vgl. Strauß et al. 2010), sondern interessengeleitet vorgenommen worden und ihr Ergebnis daher wenig überraschend. Was wäre denn zu erwarten, wenn die Autofirmen Mercedes-Benz und Volkswagen zu prüfen hätten, ob in Deutschland auch noch Autos der Firma Ford gebraucht werden?

Die Gesprächspsychotherapie ist somit heute in Deutschland ein wissenschaftlich – auch durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) – und damit berufsrechtlich anerkanntes Psychotherapieverfahren: Gesprächspsychotherapeuten dürfen nach erfolgreicher Ausbildung und Approbation Patienten mit krankheitswertigen psychischen Störungen behandeln. Die Kosten für diese Behandlungen werden aber nicht regulär von den Krankenkassen getragen.

Es gibt keine Möglichkeiten gegen Entscheidungen des G-BA als Selbstverwaltungsorgan zu klagen. Es bleibt nur, sich die Konsequenzen der Entscheidung des G-BA klar vor Augen zu führen und die weitere Entwicklung abzuwarten.

Die Konsequenz ist, dass deutlich weniger Gesprächspsychotherapien durchgeführt werden und deutlich weniger Psychologen sich zu Gesprächspsychotherapeuten ausbilden lassen. Die weitere Entwicklung lässt sich möglicherweise auf der Grundlage der Entwicklung der Psychotherapielehre an den deutschen Universitäten – gemessen an der psychotherapeutischen Orientierung der Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie – vorhersagen. Dort ist eine kontinuierliche Ausbreitung der Verhaltenstherapie auf Kosten und unter Einverleibung anderer therapeutischer Orientierungen zu registrieren. Wenn sich dieser Trend fortsetzt, werden in absehbarer Zeit wissenschaftlich fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie als Synonyme gelten.

Vor diesem Hintergrund hat uns der Vorschlag des Springer-Verlages, den Umfang des Lehrbuches im Hinblick auf die geänderten Anforderungen an und Lesegewohnheiten von Studierenden heute deutlich zu reduzieren, zu der Überlegung gebracht, die Darstellung der Gesprächspsychotherapie auf die Darlegung ihrer wesentlichen Annahmen zur Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie sowie auf eine praxisnahe Vorstellung der Therapietheorie zu begrenzen. Wir sind dem Verlag, vor allem Monika Radecki, sehr dankbar für diese Möglichkeit, noch einmal deutlich zu machen, dass die Gesprächspsychotherapie mehr ist als ein Steinbruch, aus dem sich Material für die Konstruktion neuer Psychotherapientechniken herauslösen lässt.

Auf die Darstellung der vielen Anwendungsbereiche, der Varianten bei der Durchführung (settings) und der konzeptuellen Weiterentwicklungen verzichten wir in dieser zweiten Auflage, aber nicht auf die Darstellung der Beratung und der Kinder- und Jugendlichen-therapie als historisch bedeutsame Anwendungen des Klientenzentrierten Konzepts.

Alle beibehaltenen Kapitel sind gründlich überarbeitet worden, und zwar im Hinblick auf inhaltliche Straffung und Verständlichkeit. Die verwendete Literatur wurde aktualisiert.

Nach der Überarbeitung stellen wir fest: Die 1. Auflage dieses Buches hatte eher den Charakter eines Handbuches der Gesprächspsychotherapie, diese 2. Auflage verdient sehr viel eindeutiger die Bezeichnung Lehrbuch.

Wir Herausgeber bedanken uns bei Monika Radecki und Sigrid Janke für die verlegerische Arbeit und bei Kirsten Pfeiffer für das Lektorat.

**Jochen Eckert**

**Eva-Maria Biermann-Ratjen und**

**Diether Höger**

Hamburg und Bielefeld, im Herbst 2012

## Vorwort zur 1. Auflage

---

Wir behandeln in diesem Lehrbuch die Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie und ihre Entwicklung durch den amerikanischen Psychologen Carl Rogers in der Mitte des letzten Jahrhunderts. Warum und warum in dieser Zeit?

»Wer neuere Literatur zur Klinischen Psychologie und zur Psychotherapie aus der Perspektive einer Gesprächspsychotherapeutin oder eines Gesprächspsychotherapeuten liest, wird einerseits Belege für eine zunehmende Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie finden, kann andererseits aber auch den Eindruck gewinnen, dass die Gesprächspsychotherapie noch nie so anerkannt war wie gerade jetzt« (Auckenthaler 2001, S. 98). Auckenthaler hält die Distanzierung der Klinischen Psychologie und Psychotherapie von der Gesprächspsychotherapie für eine »verständliche« Konsequenz von deren fortschreitender Medikalisierung. Heute werde z. B. **Fachpsychotherapie** als etablierte Methode zur Behandlung von Krankheit entschieden von **Lebenshilfe** abgegrenzt (Senf u. Broda 2000, S. 4). Und Gesprächspsychotherapie sei nicht wie die so genannten Richtlinienverfahren in diesem Sinne »etabliert«. Auf der konzeptuellen Ebene würden medizinische Begriffe zur Einordnung und zum Verstehen von klinisch psychologischen und psychotherapeutischen Problemen verwendet, ein »organisiertes, medizinisch legitimes Herangehen« (Forster 1997, S. 154) an diese charakterisiere die institutionelle Ebene, und die Ausbreitung der Gleichsetzung von Psychotherapie mit der Behandlung von Krankheiten führe auf der interaktiven Ebene dazu, dass unter »Berufung auf ein ätiologisches Paradigma der individuellen Störung und ein prozessuales Paradigma der indikativen Behandlung« (Bruns 1992, S. 510) die Interaktionen zwischen Psychotherapeut und Klient störungsspezifisch und manualgeleitet sind, ausgehend von der Modellvorstellung, dass die Symptome des Patienten Ausdruck einer bestimmten Erkrankung sind, die mit bestimmten Eingriffen – im Idealfall wie mit bestimmten Medikamenten – in einer bestimmten Reihenfolge vorgenommen zum Verschwinden gebracht werden können.

Im Gegensatz dazu wird betont, dass die neuesten Ergebnisse der Forschung zur Wirkungsweise von Psychotherapie den Wirkannahmen von Rogers sehr nahe kommen. Ganz im Sinne der von Rogers formulierten sechs Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess und anders, als es mit der Annahme von den drei therapeutischen Basisvariablen Echtheit, Akzeptanz und Empathie (die im übrigen z. B. von Verhaltenstherapeuten ganz anders verstanden und dann auch definiert worden sind als im Klientenzentrierten Konzept, vgl. Auckenthaler u. Bischof 2004) in der empirischen Forschung in früheren Jahren postuliert worden ist, beinhalten die neuesten Ergebnisse zur Wirkungsweise von Psychotherapie, dass »die gute therapeutische Beziehung«, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, der zuverlässigste Prädiktor für psychotherapeutische Erfolge ist, dass es Klienten bei ihren Therapeuten vor allem auf Empathie, Respekt, Wertschätzung, Engagement, Glaubwürdigkeit und Echtheit ankommt (vgl. Orlinsky, Grawe, Parks 1994; Orlinsky u. Howard 1986; Miller, Duncan, Hubble 2000). Der Beitrag des Klienten hat sich als für den Therapieerfolg wichtiger erwiesen als ein bestimmter Ansatz oder eine bestimmte Technik der Therapeuten (vgl. z. B. Bohart u. Tallman 1996; Lambert 1992; Miller et al. 2000)« (Auckenthaler 2001, S. 100). »Rogers' Auffassung der therapeutischen Beziehung gilt als ‚bahnbrechend‘; sie habe ‚die klinische Praxis für immer verändert‘ und sei ‚Grundlage eines Groß-

teils der Psychotherapieforschung‘ der vergangenen vierzig Jahre gewesen (Miller, Duncan u. Hubble 2000, S. 102)« (Auckenthaler 2001, S. 100).

Vor diesem Hintergrund stellen wir mit diesem Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie nicht nur eine Therapieschule vor, sondern eine psychotherapeutische Grundorientierung, nämlich das **humanistische Paradigma**, das sich von anderen Paradigmen, von denen vor allem das psychoanalytische, das behavioristische und das systemische genannt seien, in wesentlichen Annahmen über das Wesen und Werden des Menschen und über die Entwicklung und die Möglichkeiten zur Behebung von psychischen Krankheiten unterscheidet.

Und wir plädieren auf der Grundlage des derzeitigen Standes der empirischen Forschung für eine **differentielle Therapieindikation** bzw. eine **differentielle Psychotherapie**.

Es hat sich bis heute kein psychotherapeutisches Verfahren als den anderen in ihrer Wirksamkeit empirisch überprüften Verfahren generell überlegen herausgestellt. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem **Äquivalenzparadoxon**. Es ist offenbar möglich, ein und dasselbe Ziel auf unterschiedlichen Wegen bzw. mit unterschiedlichen Mitteln zu erreichen.

Das hat sicher auch dazu beigetragen, dass die Entwicklung neuer Therapieformen und -schulen nicht dazu geführt hat, dass die schon länger bestehenden Schulen an Bedeutung verloren oder sich gar aufgelöst hätten. Die neuen Therapieschulen weisen zwar andere Wege auf, können aber nicht den Nachweis erbringen, dass sie auch deutlich wirksamer behandeln als die älteren Verfahren.

Und offenbar brauchen auch Psychotherapeuten eine »Identität«, möchten sich nicht nur mit etwas identifizieren können, sondern auch von etwas abgrenzen können. Therapieschulen haben etwas Identität Stiftendes. Sie bieten eine innere und im therapeutischen Handeln sichtbar werdende Übereinstimmung einer »Theorie« mit einem Verfahren. In Auswahlgesprächen mit Kandidaten für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten ist immer wieder unmissverständlich zu hören, dass sie die Schule wählen, deren Paradigma ihren eigenen Erfahrungen und Auffassungen von menschlichen Entwicklungen und ihren Bedingungen am nächsten kommt. Sie wollen dass ihre »persönliche« zu ihrer »therapeutischen« Identität passt.

Die Idee einer **Differentiellen Psychotherapie** und einer entsprechenden Therapieindikation ist auch ausgeführt im **Allgemeinen Modell von Psychotherapie (AMP)**, das die amerikanischen Therapieforscher Howard und Orlinsky (► Kap. 8) auf der Grundlage vieler empirischer Prozess-Outcome-Studien entwickelt haben. In diesem Modell gilt der Therapieerfolg als wesentlich abhängig davon, dass vier Faktoren zueinander passen: Die Person des Therapeuten, die Person des Patienten, das Behandlungsmodell (Verfahren) des Therapeuten und die Art der Störung des Patienten. Sie sollten eine Rolle bei der differentiellen Indikationsstellung spielen, denn ihre Passungen haben Einfluss auf den Therapieprozess und darüber auch auf das Therapieergebnis. Für viele Patienten ist eine Gesprächspsychotherapie »passender« als eine Verhaltenstherapie, eine systemische Familientherapie, ein psychoanalytisches oder ein anderes Verfahren.

Es könnte sein, dass soeben »ein Jahrhundert des Gehirns« (Grawe 2004, S. 16) begonnen hat, in dem sich herausstellen wird, dass Griesinger (1817–1868) vor 200 Jahren recht hatte,

als er postulierte: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«. Es könnte sein, dass wir uns in naher Zukunft bei der Behandlung psychischer Störungen den Umweg über die Psyche – und eine psychotherapeutische Identität sowie eine differentielle Indikation – sparen und direkt auf das Gehirn einwirken können, wobei sich Psychopharmaka und Psychochirurgie vermutlich als preiswerter als irgendeine Form von Psychotherapie herausstellen werden.

Wir sind auf die zukünftigen Entwicklungen sehr gespannt. Bis zu ihrem Eintreten bleiben wir in unserer beschriebenen Position, weil wir uns darin durch die neuesten Ergebnisse der Psychotherapieforschung (s. oben) bestätigt sehen und in Übereinstimmung mit dem amerikanischen Psychiater, Psychotherapeut, Gruppentherapieforscher und Romancier Irvin D. Yalom, der in seinem Buch *Was Hemingway von Freud hätte lernen können* schreibt:

» Jede Untersuchung der Natur der therapeutischen Beziehung führt früher oder später zu dem Diktum von Carl Rogers:

Es ist die Beziehung, die heilt.

Diese Vorstellung, das vielleicht grundlegendste Axiom der Psychotherapie – und Axiom ist durchaus kein zu starker Begriff – postuliert, daß die mutative Kraft, die den Prozeß der persönlichen Veränderung bestimmt, auf der Art der Beziehung zwischen Patienten und Therapeut beruht. Andere Überlegungen sind dem gegenüber durchaus zweitrangig.

(Yalom 2003, S. 237) «

Die therapeutische Beziehung ist das zentrale Prozessmerkmal einer Gesprächspsychotherapie. Und Beziehungen sind etwas Wechselseitiges. Der Therapeut kann ein Beziehungsangebot machen, aber ob eine therapeutisch hilfreiche Beziehung zustande kommt, ist davon abhängig, ob der Patient es auch wahr- und annimmt. Insofern ist Gesprächspsychotherapie nicht durch eine spezifische Technik definiert, sondern durch eine Theorie, die das therapeutische Handeln leitet.

Wir benutzen in diesem Buch aus Gründen der Leserfreundlichkeit die männliche/neutrale Form. Von dieser Regelung ausgenommen sind Zitate. Feste Fachbegriffe wie z. B. Differentielle Psychotherapie werden wie Eigennamen behandelt und groß geschrieben.

**Danksagung** Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen, die jede bzw. jeder auf ihre bzw. seine Weise einen Beitrag zu diesem Buch geleistet haben, vor allem den Studierenden, die sich mit Gesprächspsychotherapie im Fach Interventionsmethoden – auch kritisch – auseinandergesetzt haben, und den Supervisionsgruppenmitgliedern, die immer wieder mit ihren Fällen aus der Praxis Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens deutlich gemacht haben.

Namentlich und sehr herzlich möchten wir Svenja Wahl vom Springer-Verlag für das Verlegen und Ursula Illig für das Lektorat und Melanie Schacht, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsbereiches Gesprächspsychotherapie an der Universität Hamburg, für das »interne Lektorat« bei der Manuskripterstellung des Buches danken.

**Jochen Eckert**

**Eva-Maria Biermann-Ratjen und Diether Höger**

Hamburg und Bielefeld, im Frühjahr 2006

## Die Herausgeber

---

■ **Prof. Dipl.-Psych. Dr. phil. habil. Jochen Eckert**

Jahrgang 1940. Klinischer Psychologe an der Psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (1970–1989). Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg (1990–2006). 1998–2012 im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und 1998–2010 als Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG). 2005 in der Leitung des Instituts für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg.

Verfasser von Lehrbüchern und wissenschaftlichen Beiträgen sowie Herausgebertätigkeit.

■ **Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen**

Jahrgang 1939. Klinische Psychologin an der Psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (1965–1999), seit 1999 in freier Praxis psychotherapeutisch und als Supervisorin tätig.

Veröffentlichung von wissenschaftlichen Beiträgen im Bereich der Psychotherapie und Mitherausgeberin von zwei Lehrbüchern der Gesprächspsychotherapie.

■ **Prof. Dr. phil. Diether Höger**

Jahrgang 1936. Nach dem Abitur Studium der Psychologie, Pädagogik und Psychopathologie in Freiburg i.Br. Wissenschaftlicher Angestellter am Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe der Universität in Marburg/Lahn (1962–1964). Wissenschaftlicher Assistent und Universitätsdozent an der Universität Freiburg i.Br. (1964–1972). Ab 1972 Professor für Psychologie an der Universität Bielefeld, seit 2001 emeritiert.

Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Bindungstheorie.

# Inhaltsverzeichnis

---

## I Einleitende Kapitel

1	<b>Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie?</b> .....	3
	<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen</i>	
1.1	<b>Was ist Psychotherapie?</b> .....	4
1.1.1	Eine Definition von Psychotherapie .....	4
1.1.2	Psychotherapie ist ein Prozess zur Beeinflussung .....	4
1.1.3	Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter Prozess .....	6
1.1.4	Psychotherapie ist Beeinflussung in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel .....	7
1.1.5	Psychotherapie ist Krankenbehandlung auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens .....	8
1.1.6	Psychotherapie beeinflusst mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) .....	9
1.1.7	Psychotherapie beeinflusst mittels lehrbarer Techniken .....	11
1.1.8	Was ist Gesprächspsychotherapie? .....	11
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	13
2	<b>Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts</b> .....	15
	<i>Diether Höger</i>	
2.1	<b>Die Gesprächspsychotherapie als Ergebnis aus therapeutischer Praxis und empirischer Forschung</b> .....	16
2.1.1	Erste Anfänge .....	16
2.1.2	Der eigene Ansatz .....	18
2.1.3	Rogers als Bahnbrecher für die Psychotherapieforschung .....	21
2.2	<b>Besondere Merkmale des Klientenzentrierten Konzepts</b> .....	21
2.2.1	Wachstum in einer therapeutischen Beziehung .....	22
2.2.2	Nicht-Direktivität .....	22
2.2.3	Gegenstand der Behandlung ist nicht das Symptom, sondern die Person .....	24
2.2.4	»Klient« oder »Patient«? .....	24
2.3	<b>Das Menschenbild des Klientenzentrierten Konzepts</b> .....	25
2.3.1	Ist der Mensch »gut«? .....	25
2.3.2	Wie lässt sich die skeptische Sicht Freuds erklären? .....	26
2.3.3	Die Kontroverse mit Skinner .....	27
2.4	<b>Funktion und Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft</b> .....	29
2.5	<b>Die Einführung des Klientenzentrierten Konzepts in Deutschland</b> .....	31
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	31

## II Theoretische Grundannahmen

3	<b>Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie</b> .....	35
	<i>Diether Höger</i>	
3.1	<b>Organismus</b> .....	37
3.2	<b>Aktualisierungstendenz</b> .....	38
3.2.1	Definition und Begriff der Aktualisierungstendenz bei Rogers .....	38
3.2.2	Die beiden Aspekte der Aktualisierungstendenz: Erhaltung und Entfaltung .....	39
3.2.3	Die Aktualisierungstendenz als Selbstorganisation .....	41

3.2.4	Konsequenzen für das Verständnis der Aktualisierungstendenz .....	47
3.2.5	Aktualisierungstendenz und therapeutisches Handeln .....	49
3.3	<b>Die Repräsentation der Welt in der Person</b> .....	51
3.3.1	Erfahrung .....	51
3.3.2	Symbolisierung .....	54
3.3.3	Selbst .....	57
3.3.4	Kongruenz/Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung .....	62
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	65
4	<b>Klientenzentrierte Entwicklungslehre</b> .....	67
	<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen</i>	
4.1	<b>Vergleich mit psychoanalytischen Konzepten</b> .....	69
4.2	<b>Klientenzentrierte Entwicklungstheorie: Theorie der Selbstentwicklung</b> .....	69
4.3	<b>Definitionen des Selbst</b> .....	70
4.4	<b>Die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept</b> .....	71
4.5	<b>Die Bedeutung der Affekte für den empathischen Kontakt</b> .....	72
4.6	<b>Die Entwicklung des »sense of self« nach Stern</b> .....	72
4.6.1	Der Prozess der Selbsterfahrung .....	72
4.6.2	Die auftauchende Selbstempfindung .....	73
4.6.3	Die Konsolidierung der Empfindung eines Kernselbst .....	73
4.6.4	Die Empfindung eines subjektiven Selbst .....	74
4.6.5	Das verbale Selbst .....	75
4.6.6	Das narrative Selbst .....	75
4.6.7	Zusammenfassung und Bezug zum Klientenzentrierten Konzept .....	76
4.7	<b>Die Bindungstheorie</b> .....	76
4.7.1	Die zentralen Postulate der Bindungstheorie .....	76
4.7.2	Das Bindungsbedürfnis ist ein eigenständiges Bedürfnis .....	77
4.7.3	Die Bindungsmuster .....	78
4.7.4	Die drei den Bindungsmustern zugrunde liegenden Faktoren .....	79
4.7.5	Die Stabilität der Inneren Arbeitsmodelle .....	80
4.8	<b>Die Selbsterhaltungstendenz</b> .....	80
4.8.1	Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung .....	81
4.8.2	Inkongruenz .....	81
4.9	<b>Phasen der Selbstkonzeptentwicklung</b> .....	82
4.9.1	Erste Phase .....	82
4.9.2	Zweite Phase .....	83
4.9.3	Dritte Phase .....	84
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	85
5	<b>Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie</b> .....	87
	<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen</i>	
5.1	<b>Die Grundlage für Veränderungen im Therapieprozess</b> .....	88
5.2	<b>Die Grundlage von Inkongruenz</b> .....	90
5.2.1	Die Bedingungen für die Integration von Erfahrungen in das Selbstkonzept .....	90
5.2.2	Die Spaltung der Aktualisierungstendenz in eine Selbstentwicklungstendenz und eine Selbsterhaltungstendenz .....	90
5.2.3	Die Verteidigung gegen die Erfahrung zum Beispiel in der posttraumatischen Belastungsreaktion .....	91

5.2.4	Die Verteidigung gegen die Erfahrung zum Beispiel im Erleben des Bedürfnisses nach positiver Selbstbeachtung .....	92
5.2.5	Das Bedürfnis nach bedingungsfreier positiver Beachtung .....	93
5.3	<b>Die mehr oder weniger voll funktionsfähige Person</b> .....	93
5.3.1	Die »fully functioning person« .....	93
5.3.2	Der Psychotherapiepatient .....	95
5.4	<b>Differenzielle Beschreibungen des Inkongruenzerlebens</b> .....	96
5.4.1	Das differenzielle Krankheitsverständnis in der prozessorientierten Gesprächspsychotherapie .....	96
5.4.2	Der prozess-experientielle Aspekt des Klientenzentrierten Konzepts .....	97
5.4.3	Primäre und sekundäre Inkongruenz .....	98
5.5	<b>Zusammenfassung</b> .....	103
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	104
6	<b>Klientenzentrierte Therapietheorie</b> .....	105
	<i>Diether Höger</i>	
6.1	<b>Wie therapeutische Veränderungen entstehen</b> .....	106
6.1.1	Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt .....	107
6.1.2	Die erste Person, der Klient/Patient, befindet sich im Zustand der Inkongruenz, ist verletzbar bzw. ängstlich .....	107
6.1.3	Die zweite Person, der Therapeut, ist in der therapeutischen Beziehung kongruent .....	108
6.1.4	Der Therapeut erfährt gegenüber seinem Klienten Bedingungsfreie Positive Beachtung .....	109
6.1.5	Der Therapeut versteht empathisch den Inneren Bezugsrahmen des Patienten .....	114
6.1.6	Der Patient nimmt zumindest in Ansätzen die Bedingungsfreie Positive Beachtung und das Empathische Verstehen des Therapeuten wahr .....	118
6.1.7	Zur therapeutischen Beziehung .....	118
6.2	<b>Wie und warum wirkt Gesprächspsychotherapie?</b> .....	120
6.3	<b>Die Klientenzentrierte Therapietheorie und die Praxis</b> .....	121
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	126
<b>III</b>	<b>Praxis der Gesprächspsychotherapie</b>	
7	<b>Therapieziele</b> .....	129
	<i>Jochen Eckert</i>	
7.1	<b>Das Klientenzentrierte Konzept und die Festlegung von Therapiezielen</b> .....	130
7.2	<b>Sechs Therapieziele</b> .....	132
7.2.1	Therapieziele, die sich aus der Persönlichkeits- und der Störungstheorie ergeben .....	132
7.2.2	Therapieziele, die sich aus dem Menschenbild ergeben .....	133
7.2.3	Normative Therapieziele .....	134
7.2.4	Therapieziele, die sich aus dem Gesprächspsychotherapieprozess ergeben .....	135
7.2.5	Therapieziele von Patienten .....	136
7.2.6	Die dem Klientenzentrierten Konzept immanenten Therapieziele .....	137
7.3	<b>Therapieziele und Therapiezielvereinbarungen in der Praxis</b> .....	138
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	138
8	<b>Indikationsstellung</b> .....	139
	<i>Jochen Eckert, Henriette Petersen</i>	
8.1	<b>Anwendungsbereiche für Psychotherapie</b> .....	140

8.1.1	Anwendungsbereiche für Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	140
8.1.2	Anwendungsbereiche für Psychotherapie auf der Grundlage von ICD-10-Diagnosen .....	142
8.2	<b>Diagnostik und Indikation für Psychotherapie</b> .....	142
8.2.1	Zur Notwendigkeit von Diagnostik in der Psychotherapie .....	142
8.2.2	Zur Unterscheidung von Indikation und Prognose .....	143
8.2.3	Die Kategorien für die Indikationsdiagnostik .....	144
8.2.4	Die diagnostischen Kriterien für die Prognose .....	146
8.3	<b>Indikation und Prognose einer Gesprächspsychotherapie</b> .....	149
8.3.1	Hinweise zur Gestaltung des Erstinterviews .....	149
8.3.2	Indikationsstellung und Prognose .....	152
8.3.3	Die Abstimmung der Indikation mit dem Patienten .....	157
8.4	<b>Beispiel einer Indikationsstellung: Die Patientin Annette P.</b> .....	161
8.4.1	Angaben zur Person .....	162
8.4.2	Frühere Behandlungen .....	162
8.4.3	Anlass der jetzigen Behandlung .....	162
8.4.4	Überweisungskontext .....	162
8.4.5	Befunde .....	163
8.4.6	Diagnose nach ICD-10 .....	164
8.4.7	Anamnese .....	164
8.4.8	Überlegungen zur Genese der Erkrankung und zur auslösenden Situation .....	166
8.4.9	Planung der Behandlung .....	168
8.5	<b>Differenzielle Indikation</b> .....	169
8.5.1	Die vier Passungen des Allgemeinen Modells von Psychotherapie .....	170
8.5.2	Differenzielle Indikation in der Praxis .....	171
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	175
9	<b>Der therapeutische Prozess in der Praxis</b> .....	177
	<i>Jochen Eckert, Henriette Petersen</i>	
9.1	<b>Die therapeutische Beziehung</b> .....	178
9.1.1	Das geschäftspsychotherapeutische Beziehungsangebot des Therapeuten .....	178
9.1.2	Der Beitrag des Patienten zur geschäftspsychotherapeutischen Beziehung .....	185
9.2	<b>Eine Taxonomie in der Klientenzentrierten Therapietheorie</b> .....	185
9.3	<b>Therapeutische Handlungsregeln</b> .....	187
9.3.1	Nicht-Direktivität .....	188
9.3.2	Empathisches Zuhören .....	189
9.3.3	Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit .....	189
9.3.4	Verbalisierung der Erfahrung des Patienten .....	192
9.4	<b>Geschäftspsychotherapeutisches Handeln in der Praxis</b> .....	196
9.5	<b>Verlauf einer Geschäftspsychotherapie</b> .....	205
9.5.1	Der Verlauf der Behandlung .....	205
9.5.2	Behandlungsergebnisse .....	212
9.5.3	Katamnese .....	213
9.6	<b>Therapieabschluss</b> .....	214
9.7	<b>Typische Behandlungsprobleme</b> .....	216
9.7.1	Akute Krise .....	216
9.8	<b>Störungsspezifisches Vorgehen</b> .....	219
9.9	<b>Behandlungsleitlinien (Manuale)</b> .....	219
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	222

10	<b>Evaluation und Qualitätssicherung</b> .....	223
	<i>Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert, Diether Höger</i>	
10.1	<b>Wirksamkeit</b> .....	224
10.1.1	Wie lässt sich die Wirksamkeit von Psychotherapie feststellen? .....	224
10.1.2	Die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie in empirischen Studien .....	226
10.2	<b>Verfahren zur Messung des Therapieprozesses</b> .....	229
10.2.1	Verfahren zur Einschätzung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient .....	230
10.2.2	Verfahren zur Einschätzung des Ergebnisses von Therapiestunden .....	232
10.2.3	Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung .....	233
10.2.4	Hinweise zu Anwendung und Interpretation der Verfahren .....	233
10.3	<b>Verfahren zur Messung des Therapieergebnisses</b> .....	234
10.3.1	Verfahren zur direkten Erfolgsbeurteilung .....	235
10.3.2	Verfahren zum Prä-Post-Vergleich .....	235
10.3.3	Hinweise für die Anwendung und Interpretation .....	238
10.4	<b>Supervision</b> .....	240
10.4.1	Geschichte und Definition .....	240
10.4.2	Theorien der Supervision von Psychotherapie in der akademischen Psychologie .....	241
10.4.3	Praxis der Supervision von Psychotherapie .....	242
10.4.4	Praxis der Klientenzentrierten Supervision von Psychotherapie .....	243
	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	248

## IV Spezielle Anwendungsfelder

11	<b>Kinder und Jugendliche</b> .....	253
	<i>Barbara Reisel, Christine Wakolbinger</i>	
11.1	<b>Das Konzept der Klientenzentrierten »Spieltherapie«</b> .....	254
11.1.1	Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut .....	254
11.1.2	Die Weiterentwicklung Klientenzentrierter Kinderpsychotherapie in den USA .....	256
11.1.3	Die Entwicklung der Klienten-/Personzentrierten Kinderpsychotherapie im deutschsprachigen Europa .....	258
11.2	<b>Klientel und Indikation</b> .....	259
11.2.1	Fragestellungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie .....	259
11.2.2	Diagnostik und Indikation .....	260
11.2.3	Therapieziele .....	262
11.3	<b>Spezielle Anforderungen an den Kinderpsychotherapeuten</b> .....	262
11.4	<b>Entwicklungspsychologische Grundlagen</b> .....	264
11.4.1	Wo sich der Klientenzentrierte Ansatz mit entwicklungspsychologischen Ansätzen trifft .....	264
11.4.2	Zum Begriff der Aktualisierungstendenz .....	264
11.4.3	Die Selbstentwicklung in der neueren Säuglingsforschung .....	264
11.4.4	Selbstaktualisierung bedeutet Identitätsentwicklung .....	265
11.4.5	Selbstaktualisierung braucht Bedingungsfreie Positive Beachtung und Empathie .....	266
11.4.6	Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen .....	267
11.4.7	Das Weltbild des Kindes: die Konstruktion der Wirklichkeit .....	270
11.5	<b>Das Beziehungsangebot Klientenzentrierter Kinderpsychotherapie</b> .....	272
11.5.1	Bedingungsfreie Positive Beachtung .....	273
11.5.2	Einfühlerndes Verstehen (Empathie) .....	274
11.5.3	Kongruenz .....	274
11.5.4	Grenzen .....	275