

# 15. + 16. Lehrbrief

## Humanistische Therapiemethoden I + II



©2004 Deutsche Paracelsus Schulen GmbH

Dieses Skript ist nur zur persönlichen Nutzung des Studierenden vorgesehen. Es ist urheberrechtlich geschützt, jede Verbreitung, auch nur von einzelnen Seiten ist rechtlich unzulässig, Zuwiderhandlungen unterliegen den gesetzlichen Strafbestimmungen.

# 1. Inhaltsverzeichnis

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1.     | Inhaltsverzeichnis.....                                 | 2  |
| 2.     | Einleitung.....   | 5  |
| 3.     | Humanistische Therapieformen.....                       | 6  |
| 3.1.   | Wurzeln der Humanistischen Therapien .....              | 6  |
| 4.     | Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers .....       | 9  |
| 4.1.   | Grundlagen der Gesprächspsychotherapie nach Rogers..... | 9  |
| 4.2.   | Biographie Carl R. Rogers .....                         | 10 |
| 4.3.   | Theorie der Gesprächspsychotherapie .....               | 12 |
| 4.4.   | Grundbegriffe der Gesprächstherapie .....               | 15 |
| 4.5.   | Die Basisvariablen.....                                 | 18 |
| 4.6.   | Methoden .....  | 19 |
| 4.6.1. | Spiegeln .....  | 19 |
| 4.7.   | Der Veränderungsprozess .....                           | 20 |
| 4.8.   | Das Ziel von Gesprächstherapie .....                    | 21 |
| 4.9.   | Wissensüberprüfung Kapitel 4 .....                      | 23 |
| 5.     | Gestalttherapie nach Friedrich S. Perls                 |    |
| 5.1.   | Entstehung der Gestalttherapie                          |    |
| 5.2.   | Biografie Friedrich Perls                               |    |
| 5.3.   | Die Gestalttherapeutische Theorie                       |    |
| 5.4.   | Aggression aus gestalttherapeutischer Sicht             |    |
| 5.5.   | Kontakt und das Modell der Nahrungsaufnahme             |    |
| 5.6.   | Die Gestaltwelle  |    |
| 5.7.   | Kontaktstörungen und Diagnose                           |    |
| 5.8.   | Mögliche Stellen der Kontaktstörung in der Gestaltwelle |    |

- 5.8.1. Formen der Kontaktstörung
- 5.8.2. Die Folgen der Kontaktstörung
- 5.9. Die Gestalttherapie als politischer Brennpunkt
- 5.10. Neurose als gestörte Selbstregulation
- 5.11. Realitätsvermeidung und ihre Strategien der Abwehr
- 5.12. Die Paradoxe Theorie der Veränderung
- 5.13. Die Bedeutung des „Hier und Jetzt“
- 5.14. Kurzes Fallbeispiel
- 5.15. Gestalttherapeutische Praxis
- 5.16. Methoden der Gestalttherapie
  - 5.16.1. Basistechniken
  - 5.16.2. Wie statt warum
  - 5.16.3. Der imaginierte Dialog
  - 5.16.4. Die Arbeit mit dem Traum
- 5.17. Wissensüberprüfung Kapitel 5
- 6. Der Wille zum Sinn - Logotherapie und Existenzanalyse
  - 6.1. Biografie Viktor E. Frankl
  - 6.2. Viktor Frankls „Dritte Wiener Richtung“
  - 6.3. Logotherapie und Existenzanalyse
    - 6.3.1. Die Sinnfrage
  - 6.4. Existenzanalyse ist...
  - 6.5. Logotherapie ist...
  - 6.6. Die geistige Dimension
  - 6.7. Wie heilt Logotherapie?
  - 6.8. Menschenbild
  - 6.9. Freiheit und Verantwortlichkeit
  - 6.10. Leid, Schuld und Tod – die tragische Trias:
  - 6.11. Grundbegriffe der Logotherapie

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 6.12.   | Methodik                                   |    |
| 6.12.1. | Paradoxe Intention                         |    |
| 6.12.2. | Dereflexion                                |    |
| 6.12.3. | Einstellungsmodulation                     |    |
| 6.13.   | Wissensüberprüfung Kapitel 6               |    |
| 7.      | Literatur .....                            | 24 |
| 7.1.    | Grundlagenwerke .....                      | 24 |
| 7.2.    | Zur Gesprächspsychotherapie .....          | 24 |
| 7.3.    | Zur Gestalttherapie.....                   | 25 |
| 7.4.    | Zur Logotherapie und Existenzanalyse ..... | 26 |

## 2. Einleitung

Unter der Bezeichnung Humanistische Therapieformen (HT) fassen wir die dritte Gruppe von psychotherapeutischen Ansätzen zusammen, die neben den Tiefenpsychologischen und den Verhaltenstherapeutischen Verfahren in unserer modernen Therapielandschaft von Bedeutung sind. Im Unterschied zu den beiden Letztgenannten gehört jedoch keine der HT zu den Richtlinienverfahren, d.h. zu den Methoden, deren Anwendung bei Vorliegen der entsprechenden Bedingungen über die staatlichen oder privaten Krankenkassen abgerechnet werden könnte. Die Behandlungen müssen also vom Klienten selbst gezahlt werden.

Für Ihre Vorbereitung auf die Überprüfung beim Gesundheitsamt sollten Sie auf jeden Fall die wichtigsten Humanistischen Therapieformen und deren geistige Väter nennen können. Von relativ großer Prüfungsrelevanz war in der Vergangenheit die Gesprächspsychotherapie (GT), auch Klienten- oder Personenzentrierte Therapie genannt. Ein Grund dafür ist wohl die Tatsache, dass sich Elemente der GT inzwischen in fast allen praktizierten Therapieformen, ob tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer Herkunft, finden lassen.

Besondere Bedeutung hat der humanistische Ansatz auch für den systemischen Ansatz sowie für die so genannten kreativen Therapien (u. a. Kunst- und Musiktherapien), die meist im Rahmen gestalttherapeutischer Ansätze eingesetzt werden sowie für bestimmte körperorientierte Therapien, z. B. die Integrative Bewegungstherapie (IBT), die eng verwandt ist mit bestimmten Richtungen der Gestalttherapie.

Gerade die hier präsentierten Humanistischen Therapieformen sind in hohem Maße an die Lebensgeschichte ihrer geistigen Väter gekoppelt. Die Entstehung vieler Thesen und Postulate lässt sich erst unter Berücksichtigung der persönlichen Schicksale ihrer Urheber wirklich begreifen. Deshalb empfehlen wir, für ein besseres und leichteres Verständnis, die jeweiligen biografischen Kapitel ebenfalls aufmerksam durchzulesen. Das sollte dabei unterstützen, sich den komplexen theoretischen Konstrukten aus verschiedenen Perspektiven zu nähern und sie so einfacher nachvollziehen zu können.

### 3. Humanistische Therapieformen

Theoretischer Hintergrund aller Humanistischen Therapien ist keine spezielle Methodenlehre, sondern vielmehr eine neue Grundhaltung, entstanden auf der Basis der Humanistischen Psychologie. Sie entstanden aus der Wiederentdeckung und Weiterentwicklung humanistischer Maxime und Denkansätze.

*„Die humanistische Psychologie tritt für das Werden des Menschen ein, für die Ganzheit und Einmaligkeit des Individuums, die Verbesserung der menschlichen Situation und ein besseres Verstehen des Einzelnen.“<sup>1</sup>*

#### 3.1. Wurzeln der Humanistischen Therapien

Die Humanistischen Therapieformen (HA) bestehen aus einem „lockeren Verbund“ unterschiedlichster Ansätze, die eher durch ein „hinreichend gleichartiges Menschenbild“ und einige therapeutische Prinzipien zusammengehalten werden als durch eine gemeinsame Theorie.<sup>2</sup>

Man kann sie als eine Art Gegenbewegung verstehen, die eine Alternative bieten sollte zu den eher monokausalen, mechanistischen und deterministischen Ansätzen sowohl der Psychoanalyse als auch des Behaviorismus<sup>3</sup> (VT).

Als wichtige Vertreter sind Robert Maslow im Bereich der Grundlagenforschung und Theoriebildung, Fritz Perls mit der Gestalttherapie und Carl Rogers mit dem Gesprächstherapeutischen Ansatz zu nennen. Das Psychodrama nach Moreno oder die Logotherapie von Frankl sind bereits als Sonderformen zu betrachten.

---

<sup>1</sup> Vgl. Zimbardo, S. 43

<sup>2</sup> Vgl. Kriz, S. 159

<sup>3</sup> synonyme Schreibweise: Behaviourismus

Die philosophischen Wurzeln aller humanistischen Verfahren sind im Existentialismus<sup>4</sup> (besonders: Nietzsche, Buber<sup>5</sup>), der Phänomenologie Husserls<sup>6</sup>, dem klassischen Humanismus (besonders: Herder<sup>7</sup>) sowie dem sozialistischen Humanismus nach Marx<sup>8</sup>.

Es finden sich ebenfalls holistische<sup>9</sup> und gestaltpsychologische<sup>10</sup> Wurzeln (Wertheimer, Köhler, etc.). Eine der daraus abgeleiteten Thesen für die bestehenden Interventionsmöglichkeiten eines Psychotherapeuten besagt, dass nur zur Entfaltung gebracht werden kann, was schon an Potential angelegt ist, und dass Entwicklungs- und Reifungsprozesse ihr eigenes, nicht zu beschleunigendes Tempo haben.

Das Menschenbild der Humanistischen Psychologie ist geprägt durch das Postulat von Autonomie des Einzelnen, sozialer Interdependenz<sup>11</sup> und Selbstverwirklichung<sup>12</sup>.

Die Natur des Menschen wird als grundlegend gut eingeschätzt, nicht als prinzipiell böse wie bei Freud, oder als neutral, wie die Behavioristen annahmen. Ebenfalls ausgegangen wird von der Existenz des freien Willens, der Wahlfreiheit des Menschen. Er ist nicht das machtlose Opfer dunkler Triebe oder das passive Produkt seiner Umwelt.

---

<sup>4</sup> Suche nach dem wirklichen Menschen in seiner nackten Existenz, der sich auf dem Weg des Selbstwerdens befindet und Verantwortung, Entscheidungsspielraum, Autonomie, Identität und menschliche Würde besitzt (vgl. Kriz S. 160/161).

<sup>5</sup> „Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“

<sup>6</sup> Schwerpunkt liegt auf den sinnlichen Erfahrungen des Menschen.

<sup>7</sup> Jeder Mensch ist ein einmaliges Individuum - und auch als solches zu verstehen und zu behandeln.

<sup>8</sup> Humanität wird erreicht durch die revolutionäre Anstrengung der Arbeiterklasse.

<sup>9</sup> Von griech.: holos = ganz, vollständig; gemeint ist eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen.

<sup>10</sup> Beim Wahrnehmen, Denken und Handeln findet eine „ganzheitliche Organisation nach übergreifenden Gestaltgesetzmäßigkeiten und dynamischen Gerichtetheiten“ statt (vgl. Kriz S. 161-163).

<sup>11</sup> Menschen brauchen den Bezug zu anderen Menschen, um glücklich zu sein, aber auch um sich selbst zu definieren.

<sup>12</sup> Erinnern Sie sich vielleicht an die „Maslowsche Bedürfnispyramide“ aus dem Schulunterricht: Zunächst müssen die Bedürfnisse der unteren Stufen wie Essen, Trinken, Unterkunft und Sicherheit erfüllt werden, bevor die Wachstums- und Selbstverwirklichungs-Bedürfnisse ausgedrückt werden.

Ausgegangen wird von einer angeborenen aktiven Ziel- und Sinnorientierung des Menschen. Er passt sich nicht nur an seine Umwelt an, um zu überleben, sondern er strebt nach Wachstum und Selbstentfaltung. Psychotherapie ist dementsprechend nicht nur auf eine funktionsfähige Psyche ausgerichtet, sondern darüber hinaus auf Entwicklung der Persönlichkeit.

Als Ziele des Lebens werden definiert: kontinuierliche Evolution, bewusste Erfahrung der Freuden des Lebens und bewusste Teilnahme an der Gestaltung neuer Lebensformen. Angestrebt wird weiterhin eine ganzheitliche Betrachtung von Körper, Geist und Seele, da diese untrennbar zusammenhängen und aufeinander wirken.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. zum Vorangegangenen: Zimbardo

## 4. Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers



**Carl R. Rogers**

### **4.1. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie nach Rogers**

Die Gesprächspsychotherapie (GT) ist eine eigenständige therapeutische Richtung, auch wenn der Name auf den ersten Blick etwas unkonkret klingen könnte. Um eine treffendere Benennung wurde von Anfang an gerungen und so finden sich, je nach Sprachraum und „Schule“, verschiedene Begrifflichkeiten für diese Therapieform: Klient(en)zentrierte Psychotherapie, Personenzentrierte Gesprächs(psycho)therapie, Non-direktive Gesprächs(psycho)therapie u.e.m. Die verschiedenen Bezeichnungen dürfen in diesem Lehrbrief synonym verstanden werden.

Davon abgeleitete Methoden sind die Klientenzentrierte Gesprächsführung, das Focusing, die Klientenzentrierte Körpertherapie, Encounter-Gruppen oder die Erlebnistherapie.

Die GT entstand in den 40-er Jahren unter Carl Rogers in den USA. In den 70-er Jahren kam die Therapieform durch Reinhard Tausch nach Deutschland, wo sie inzwischen, nicht zuletzt durch die Aktivitäten des Ehepaars Tausch, neben Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, zu den wichtigsten Therapieverfahren zählt.

Aufgrund ihrer Ausrichtung auf das Wachstum der Persönlichkeit und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte sowie die Achtung vor dem freien Willen des Menschen zählt die GT zu den humanistischen Verfahren.

Besonders hervorzuheben ist der empirisch-experimentelle Unterbau, den Rogers als unermüdlicher Pionier seiner Zeit mit viel Engagement und wissenschaftlicher Akribie erarbeitete und erweiterte. Er unternahm vielfältige Anstrengungen, beispielsweise durch die Ausarbeitung und Verwendung von Skalen für die Bewertung des Therapieverlaufes, die Kriterien für die Wissenschaftlichkeit seiner therapeutischen Arbeit (Transparenz, Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit) zu erfüllen.

#### **4.2. Biographie Carl R. Rogers**

|      |   |
|------|---|
| 1902 | Am 8. Januar wird Carl Ransom Rogers in Illinois/USA als viertes von sechs Kindern in eine wohlhabende Familie geboren.   |
| 1914 | Die Familie zieht aufs Land, um den Kindern ein gesünderes Aufwachsen zu sichern. Er verbringt seine Jugend behütet in einem konservativen, puritanisch-protestantischen Umfeld. Angeregt durch die Forschungsarbeit seines Vaters, der sich als Ingenieur mit wissenschaftlichen Methoden der Landwirtschaft widmete, zeigt er schon früh Interesse für die Naturwissenschaften. Diese Leidenschaft soll ihn ein Leben lang begleiten. |
| 1919 | Er studiert an der Universität Wisconsin Agrarwissenschaft, bricht nach zwei Jahren das Studium ab, wechselt dann in das Fach Geschichte.   |
| 1922 | Sechsmonatige Studienreise nach China führt zur Beschäftigung mit fernöstlicher Philosophie. Er setzt sich zeitlebens intensiv mit den verschiedensten philosophischen Ansätzen sowie der Psychoanalyse (besonders nach Otto Rank) auseinander.   |
| 1924 | Er beendet sein Geschichtsstudium mit dem Abschluss „Bachelor of Arts“, heiratet gegen den Willen der Eltern seine Jugendliebe Helen Elliot und zieht nach New York. Dort schreibt er sich in das „Union Theological Seminar“ ein und beginnt Theologie zu studieren.   |

|         |   |
|---------|---|
| 1925    | Er praktiziert als Gastpastor in Dorste, Vermont.   |
| 1926    | Rogers verlässt das Theologische Seminar und entschließt sich, Psychologie an der Columbia University („Teachers College“) zu studieren, wechselt aber auf Erziehungsberatung. Am 17. März wird sein Sohn David Elliott Rogers geboren.   |
| 1927    | Abschluss des Studiums am Teachers College (Master of Art, M.A.).   |
| 1928    | Entscheidet sich für die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern in einer heilpädagogischen Beratungsstelle in Rochester, New York. Parallel dazu setzt er seine psychotherapeutische Arbeit, zunächst mit Einzelnen, dann mit Gruppen fort. Seine Tochter Natalie wird geboren. |
| 1931    | Promotion in Klinischer Psychologie, gefolgt von intensiver Arbeit in der Erziehungsberatung, aus der sich die non-direktive Beratung entwickelt.   |
| 1939    | Veröffentlichung seines ersten Buches: „Die klinische Behandlung des Problem-Kindes“.   |
| 1940    | Die Professur an der Ohio State-Universität ist sein akademischer Durchbruch. Seine Antrittsvorlesung am 11. Dezember gilt als Geburtsstunde der Klientenzentrierten Therapie und als Beginn einer neuen Betrachtungsweise in Psychotherapie und Beratung.                        |
| 1942    | Veröffentlichung des Buches „Die nicht-direktive Beratung: Counseling und Psychotherapie“.  |
| 1945    | Wechsel an die Universität von Chicago und Eröffnung des „Counseling Centers“.  |
| 1946-47 | Präsident der „American Psychological Association“.   |
| 1951    | Das Basiswerk „Die Klient-zentrierte Psychotherapie“ erscheint.   |
| 1957    | Übernahme der Professur für Psychologie und Psychiatrie an der Universität von Wisconsin.   |
| 1961    | „Die Entwicklung der Persönlichkeit“ wird veröffentlicht.   |
|         | Mitbegründung der „Association of Humanistic Psychology“, reger Austausch mit den Kollegen.   |

|           |   |
|-----------|---|
| 1964-1968 | Rogers übernimmt eine Stelle in La Jolla, Kalifornien. Er wird zum Mitbegründer des „Center for Studies for the Person“. Von dort aus verbreitet sich sein so genannter „Personenzentrierter Ansatz“ weiter in der ganzen Welt.   |
| 1968-1977 | Zahlreiche Vortragsreisen und Veröffentlichungen. Schwerpunktmäßige Arbeit mit Encounter-Gruppen <sup>14</sup> .  |
| 1977-1986 | Mit zunehmendem Alter entwickelt er starkes politisches Engagement und nutzt seine internationale Reputation, um Konfliktparteien, z.B. in Südafrika, miteinander ins Gespräch zu bringen. Vor dem Hintergrund des „Kalten Krieges“ engagiert er sich auf internationaler Ebene als Vermittler zwischen Ost und West. |
| 1979      | Tod seiner Frau Helen.  |
| 1987      | Nach einem Oberschenkelhalsbruch erholt Rogers sich nicht mehr. Er stirbt am 4. Februar, nachdem er kurz zuvor noch für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen wurde.   |

### **4.3. Theorie der Gesprächspsychotherapie**

Für Rogers war der theoretische Hintergrund seiner Personenzentrierten Psychotherapie ein andauernder Prozess. Ausgangspunkt seiner Theorien war seine Absage an das „Defizitmodell“ der Schulmedizin, demzufolge psychische Störungen als Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden sollten. Rogers ersetzte den damit verbundenen, negativ besetzten Begriff „Patient“ (der Leidende) durch Klient (der Kunde) und stellte eine mutige These auf: Psychische Störungen seien nicht in erster Linie als Krankheiten zu betrachten, sondern vielmehr als „Defizit an Bewusstheit und damit als Mangel an Wachstum“<sup>15</sup>.

Entsprechend seinem Postulat der lebenslangen Entwicklung des Menschen passte er seine Therapie den jeweils neuesten Erkenntnissen und Forschungsergebnissen

---

<sup>14</sup> In dem geschützten Umfeld einer Selbsterfahrungsgruppe sollen die Teilnehmer neue Wege zur Selbstentfaltung, Schulung von Wahrnehmung, Kommunikation und sozialer Kompetenz erkunden.

<sup>15</sup> Vgl. Kriz, S.172

an. Man kann sogar von bis zu vier klar voneinander abgrenzbaren Phasen sprechen, die sich jedoch zeitlich etwas überschneiden:<sup>16</sup>

### **1. Nicht-direktive Phase**

In der Anfangsphase zwischen 1940 und 1950 sollte dem Klienten eine Situation geboten werden, in der er sich sicher, angstfrei und geborgen fühlt. Wärme, Anteilnahme und Akzeptanz durch den Therapeuten spielen eine dominierende Rolle und stellen bereits die eigentliche Intervention dar. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Übernahme von Selbstverantwortlichkeit durch den Klienten, und zwar sowohl für den Fortgang und Erfolg des Therapeutischen Prozesses als auch für sein eigenes Schicksal.

Der Therapeut enthält sich jeder Wertung, Interpretation oder Intervention, ist als Person nicht relevant und übernimmt lediglich die Rolle eines Begleiters auf den Wegen der Selbsterfahrung des Klienten.

### **2. Phase der Verbalisierung von Gefühlen**

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse verschob sich Rogers Hauptaugenmerk ab etwa 1950 von der Nicht-Direktivität hin zur Klientenzentrierung. Der Therapeut sollte versuchen, sich in den Klienten so genau wie möglich einzufühlen. Die Aufgabe des Therapeuten bestand darin, die beobachteten Gefühlsäußerungen des Klienten zu markieren und zu spiegeln und dadurch dessen Selbstexplorationsprozess zu vertiefen.

Diese Modifikation des Konzeptes bot dem Therapeuten nun eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten, stets jedoch im Rahmen der oben genannten Grundvariablen. Gefördert wurde die Auseinandersetzung des Klienten mit seiner eigenen Gefühlswelt. In der Verantwortung des Therapeuten lag es, „dem Klienten zu einer höheren Selbstwahrnehmung und Reflexion zu verhelfen“, also ein tragfähiges Selbstkonzept<sup>17</sup> zu entwickeln.

Hier gewinnen nun die so genannten Basisvariablen weiter an Bedeutung: positive Wertschätzung und Akzeptanz, Echtheit und Selbstkongruenz sowie

---

<sup>16</sup> Kriz, S.172

<sup>17</sup> Selbstkonzept: Das, was ein Mensch denkt/glaubt, zu sein oder sein zu sollen. Es kann authentisch und kongruent oder verzerrt und inkongruent sein. (s.u.)

einführendes Verstehen solle der Therapeut dem Klienten entgegenbringen. Rogers vermutet, dass diese allein bereits die „notwendige und hinreichende Bedingung“<sup>18</sup> für eine erfolgreiche Therapie darstellten.

Die Person des Therapeuten hat als therapierrelevanter Faktor wenig Bedeutung.

### **3. Phase der Erlebniszentrierung**

Verstärkt durch die Weiterentwicklungen von Rogers' Schülern gewinnt seit 1957 die Beziehung zwischen Therapeut und Klient zunehmend an Gewichtung, so wie auch der Kontakt des Klienten zu sich selbst in den Vordergrund der therapeutischen Arbeit rückt. Um die Selbstwahrnehmung zu verstärken, werden Techniken wie „Experiencing“<sup>19</sup> und „Focusing“<sup>20</sup> entwickelt. Sie werden als ergänzende Techniken von einigen Schülern Rogers konzipiert, die mehr und mehr bezweifelten, dass allein die Umsetzung der Grundvariablen bereits als wirksame Therapie ausreichen sollte.

Wichtiges Ziel wird nun das unmittelbare Erleben in der therapeutischen Sitzung und der Aufbau einer vertrauensvollen, authentischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

### **4. Phase der Erweiterung und Integration**

Ab den 70-er Jahren fanden sich Entwicklungen, die über eine reine Ergänzung deutlich hinausgingen. Charakteristisch für diese Phase ist die Integration zahlreicher neuer Interventionstechniken und Therapieansätze. Die so genannten Encounter-Gruppen beispielsweise, eine besondere Form der Gruppentherapie, sind in dieser Phase entstanden und haben wegen ihrer Erlebensintensität rasch auch über den psychotherapeutischen Rahmen hinaus große Beliebtheit erlangt.

---

<sup>18</sup> Vgl. Kriz, S.172 nach Rogers 1957

<sup>19</sup> Engl.: to experience – erfahren; eine Technik, die den Therapieprozess schwerpunktmäßig auf das Gefühlserleben des Klienten ausrichtet. Entwicklung durch gefühlsmäßige Erfahrung.

<sup>20</sup> Engl.: to focus on – auf etwas zentrieren, konzentrieren; Weiterentwicklung des Experiencing; durch eine tranceähnliche, innere Kontaktaufnahme mit dem, was als störend empfunden wird, wird die Störung konkreter fassbar. Mit Hilfe eines inneren Dialoges mit der Störung oder einem Symbol derselben, erlebt der Klient die Möglichkeit der aktiven Veränderung.

#### **4.4. Grundbegriffe der Gesprächstherapie**

##### **Das Selbst:**

Das Selbst nimmt in der Persönlichkeitstheorie Rogers eine zentrale Rolle ein. Es entsteht im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung aus den Körperwahrnehmungen in Interaktion mit der Umwelt. Dabei bildet sich in jedem Menschen ein Eindruck von der Welt heraus, der stark durch dessen Erfahrungen und Wahrnehmungen geprägt ist. Es entsteht ein „inneres Bezugssystem“, das „phänomenale Feld“. Den Teil dieses Feldes, der dem Menschen bewusst ist, nennt Rogers das Selbst.

Das Selbst organisiert, strukturiert und integriert Erfahrungen einerseits, andererseits verleugnet oder verzerrt es diese, wenn sie keinen Bezug zum Selbstbild haben oder sogar bedrohlich erscheinen würden. Es macht sie sozusagen „passend“, damit sie in das Bild eingefügt werden können. So entsteht das individuelle Selbstkonzept.

**Beispiel:** Ein Kind, das beim Wettlaufen verliert, sich aber nicht als Verlierer sehen kann oder will, unterstellt dem Gegner, dieser habe geschummelt. So kann die Niederlage relativiert werden, man hat ja gar nicht „richtig“ verloren. Das Ego muss sich nicht gekränkt fühlen, der Selbstwert bleibt erhalten.

##### **Aktualisierungstendenz:**

Sie ist nach Rogers der einzige relevante Antrieb im Menschen, der sowohl Verhalten veranlasst als auch auf Erfahrungen reagiert. Sexualität, Hunger oder Spannungsreduktion sind, anders als bei Freud, dieser Tendenz lediglich untergeordnete Funktionen.

Unter der Aktualisierungstendenz ist eine Dynamik zu verstehen, die jeder Organismus besitzt und die auf Entwicklung der vorhandenen körperlichen, geistigen und seelischen Anlagen, auf Wachstum, Reifung und Integration neuer Fähigkeiten ausgerichtet ist. Sie hat ebenfalls die Tendenz, die Autonomie des Menschen zu fördern. Diese Dynamik benötigt jedoch ein angemessenes, angstfreies, wachstumsorientiertes physisches und psychisches Umfeld, um in förderlicher Weise wirksam zu werden. Sonst kann der Prozess stocken oder ganz abbrechen.

Da Rogers von einem grundsätzlich positiven Menschenbild ausgeht, nimmt er an, dass therapeutische Arbeit darin bestehen müsse, dem Klienten im Rahmen der Therapie dieses oben genannte Wachstumsklima anzubieten. Dies reiche aus, um die in jedem Menschen innewohnenden Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Den

genauen Weg zu seelischer Gesundheit findet der Klient dann selbst, durch Selbsterforschung, begleitet vom wertfrei, mitfühlend und authentisch agierenden Therapeuten.

Mit dem Begriff Selbstaktualisierungstendenz ist die Sonderform der Dynamik gemeint, die sich auf die Tendenz zur ständigen Anpassung und Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes bezieht.

**Beispiel:**

*Patrick (9 Jahre) ist sehr ungeschickt beim Schulsport. Es hält sich selbst für unsportlich und plump und leidet darunter, ausgelacht zu werden. Sein Selbstbild ist negativ geprägt und lautet in etwa: „Ich bin unsportlich und deshalb mag mich keiner.“ Doch Patrick hat eine einfühlsame Lehrerin, einen wirklich guten Freund und Eltern, die zu ihm stehen und ihm Zuneigung schenken. Sie geben ihm die Möglichkeit, sein musikalisches Talent weiterzuentwickeln, wofür er sehr viel Anerkennung erhält. Patrick kann mehr und mehr erkennen, dass es gar nicht so wichtig ist, sportlich zu sein, um geliebt zu werden. Dadurch wird eine Aktualisierung des Selbstbildes möglich. Er muss sich nicht mehr ausgegrenzt fühlen. Das neue Selbstbild könnte lauten: „Ich bin im Sport zwar nicht so gut aber ich bin trotzdem liebenswert.“*

**Inkongruenz und Neurose:**

Die Inkongruenz ist für Rogers der Kern der neurotischen Störungen. Er versteht unter diesem Begriff die Diskrepanz zwischen dem Erleben des Organismus und dem Selbstkonzept. Sie kommt zustande durch das Phänomen, dass wir Menschen, um von den anderen geliebt und akzeptiert zu werden, deren Werte und Beurteilungen häufig über unsere eigene Wahrnehmung stellen und unser Verhalten daran ausrichten. Dies bedeutet für Rogers bereits Entfremdung von sich selbst, von eigenem Erleben einerseits und nach außen gerichtetem Verhalten andererseits, den Beginn neurotischer Störungen.

Der nächste Schritt besteht in der Verinnerlichung dieser Fremdurteile. Aus (kindlicher, bedingungsloser) Liebe zu unseren nahen Bezugspersonen übernehmen wir deren Sicht der Welt, selbst gegen eigene Erfahrungen.

**Beispiel:**

*Johannes (5 Jahre), spielt gerne mit Puppen. Wenn er Familie spielt, ist er ganz in seiner Fantasiewelt eingetaucht und beschäftigt sich stundenlang. Vom Christkind wünscht er sich einen Puppenwagen. Sein Vater ist davon nicht begeistert und tadelt den Jungen nachdrücklich dafür: „Du bist doch kein Mädchen.“ Der Bub hört auf mit Puppen zu spielen. Bei einem Kindergartenfreund eingeladen erklärt Johannes dem Spielkameraden, der unter anderen Spielsachen einen Puppenwagen im Kinderzimmer stehen hat, ganz empört: „Puppen sind doch doof, die sind ja nur was für Mädchen.“*

Der kleine Mensch lernt rasch, dass er nur dann von seinen geliebten Bezugspersonen akzeptiert wird, wenn er ein bestimmtes Verhalten zeigt und andere Verhaltensweisen unterdrückt oder verzerrt. So entstehen Inkongruenzen zwischen Erleben, Bewusstsein und Verhalten, die Basis für neurotische Dynamiken.

Bei stark ausgeprägter Inkongruenz führt die machtvolle, kaum zu unterdrückende Kraft der Selbstaktualisierungstendenz zu Konflikten. Diese Sehnsucht nach der Verwirklichung eines **authentischen** Selbstkonzeptes gerät in Widerspruch zum Streben nach sozialer Integration und Akzeptanz, welche ja die Verinnerlichung **fremder** Werte erfordert. Der daraus entstehende Konflikt zwischen Selbst (will sich entfalten) und Organismus (will sich anpassen) ist die Quelle der Angst, welche die Grundenergie neurotischer Störungen darstellt.

Abwehrmechanismen (Verleugnung und Verzerrung) werden aufgebaut, um das gefährdete Selbstkonzept zu schützen. Verstärkt sich der innere Konflikt, so kommt es zur Ausbildung von Neurosen. Die neurotische Störung selbst dient ebenfalls als Überlebensstrategie angesichts einer unerträglichen Konfliktspannung, extremer innerer Unsicherheit und schlechtem Kontaktes zu sich selbst, also den Folgen der massiven Inkongruenz. Sie leitet die Konfliktennergie ab in neurotisches Verhalten oder Erleben.

Therapieziel muss dementsprechend die Wiederherstellung, Förderung und Stärkung von maximaler Selbstkongruenz sein. Zu diesem Zweck, so Rogers, ist es ausreichend, dem Klienten ein geborgenes, wachstumsförderliches und nicht bewertendes Umfeld zu bieten. Da die Seele zur Gesundheit tendiert, wird der Klient alle notwendigen Erkenntnisse und Schritte selbst finden, so lange er sich unbedingt akzeptiert und Wertgeschätzt fühlt. Im gesicherten therapeutischen Rahmen lernt er,

auch unangenehme Gefühle und Erfahrungen anzusehen, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Diese Erfahrung kann er dann Stück für Stück in seine reale Lebenswelt übertragen; und all dies geschieht allein durch die Realisierung der drei Basisvariablen.

#### **4.5. Die Basisvariablen**

Unter den „Basisvariablen des Therapeutenverhaltens“ versteht man die Aspekte eines „zwischenmenschlichen Beziehungsangebotes“, die Carl Rogers als „notwendige und hinreichende Bedingungen“ für therapeutisch wirksame Veränderungen ansieht. 1957 hat er sechs solcher Bedingungen formuliert, wobei er auf drei Kriterien schwerpunktmäßig stärker eingeht. Diese drei wurden später als die drei „Basisvariablen des Therapeutenverhaltens“<sup>21</sup> bezeichnet. Zu beachten ist, dass es sich dabei nicht um Fertigkeiten im Sinne einer anwendbaren Methode handelt, sondern vielmehr um in der Person des Therapeuten realisierte Aspekte einer klientenzentrierten Grundhaltung:

##### **1. Positive Wertschätzung**

Hiermit ist bedingungslose Akzeptanz, Achtung und Respekt vor den Einstellungen, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen des Klienten gemeint. Der Therapeut darf dem Hilfesuchenden in keinem Falle seine Meinung, Lebenshaltung oder sein Wertesystem aufdrängen.

##### **2. Echtheit**

Vom Therapeuten ist Selbstkongruenz gefordert. Dies bedeutet, er ist zu Selbstaufrichtigkeit verpflichtet und soll seinem Klienten keine Maske, Fassade oder künstliche Rolle von sich selbst präsentieren. Das heißt einerseits, auf der äußeren Verhaltensebene, dass die Inhalte seiner Äußerungen mit Tonfall, Mimik, Gestik etc. übereinstimmen. Dies bedeutet andererseits aber auch, dass der Therapeut sich authentisch in seiner Emotionalität zeigt, für seinen Klienten als Mensch sichtbar wird. Echtheit seitens des Therapeuten unterstützt die Bildung von Vertrauen beim Klienten. Transparenz und Offenheit des Therapeuten führt meist rasch zu einer Öffnung des Klienten.

---

<sup>21</sup> vgl. Kriz, S.177

### **3. Einführendes Verstehen**

Der professionelle Helfer soll seinem Klienten Empathie, Verständnis und Mitgefühl entgegenbringen. Durch „nichtwertendes Eingehen“ verdeutlicht der Therapeut sein Bemühen, den Klienten in seinem Erleben zu verstehen und die Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen.

### **4.6. Methoden**

Auch wenn die Basis der klientenzentrierten Methode aus dem einführenden Zuhören und der Realisierung der drei Grundvariablen besteht, so gibt es doch auch konkrete Interventionstechniken, die den Prozess unterstützen und erleichtern.

Hervorzuheben ist hier das Verbalisieren, oft auch Spiegeln genannt, das eine zentrale Rolle einnimmt.

#### **4.6.1. Spiegeln**

Korrekt formuliert spricht man von der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte zum Zweck des Vermittelns von verstehendem Mitgefühl, unserer dritten Basisvariablen also. Der Therapeut soll dem Klienten mit eigenen Worten das rückmelden, was er von den Erlebnisinhalten (Gefühlen, Erfahrungen, Wertungen oder Wahrnehmungen) des Klienten verstanden hat. Dabei soll jedoch nicht – wie teilweise von Therapeuten leider fälschlich umgesetzt - wahllos und papageienartig alles wiederholt werden, was der Klient von sich gibt. Ziel ist es vielmehr, Schlüsselsituationen, -erfahrungen und -gefühle zurückzuspiegeln, die dem Klienten möglicherweise noch gar nicht bewusst sind. Der Klient bekommt damit die Möglichkeit zur weiteren Beschäftigung damit, der Selbstexplorationsprozess wird intensiviert und auf tiefere Ebenen geführt.

Außerdem verbessert sich die therapeutische Beziehungsebene, je genauer sich der Klient vom Therapeuten verstanden fühlt.

Auf Interpretationen soll dabei vom Therapeuten soweit wie möglich verzichtet werden, besonders nicht in Richtung einer eventuellen diagnostischen Einordnung.

#### **4.7. Der Veränderungsprozess**

Wie wird nun konkret Veränderung in der klientenzentrierten Therapie angeregt?

Indem der Klient lernt, seine eigenen Gefühle frei und differenziert auszudrücken, anstatt z.B. über „die anderen“ zu schimpfen, sie anzuklagen, über deren Gefühle zu mutmaßen usw. Dabei stößt er auf Widersprüche zwischen seinen Gefühlen und seinem Selbstkonzept, welche für ihn bedrohlich sind.

Mit Hilfe der bedingungslosen Akzeptanz, der Wertschätzung und Echtheit des Therapeuten kann er diese Bedrohung überwinden. Der Klient erlangt Zugang zu bisher verleugneten oder verzerrten Gefühlen.

#### **Beispiel:**

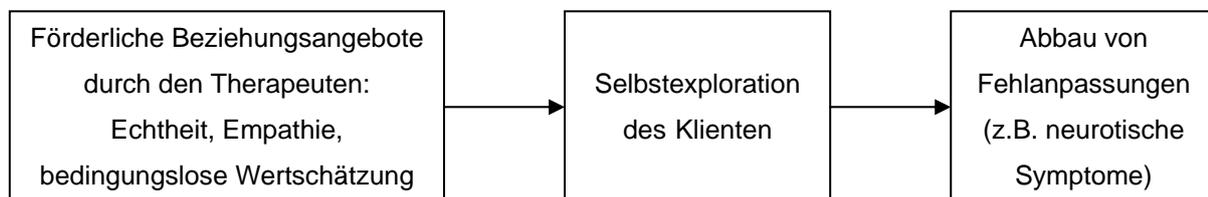
*Herr Brenner ist erfolgreiche Führungskraft in einem großen Unternehmen. Für seine Familie ist er als Retter in der Not immer da, ob es Ärger mit der Mathelehrerin des Sohnes oder den Handwerkern im Haus gibt. Er ist immer stark, zuverlässig, allzeit verfügbar. In letzter Zeit jedoch klagt er über extreme Schlafstörungen, Alpträume und sexuelle Versagensängste. Diese Symptome lösen sich nach und nach auf, nachdem er im Gespräch mit seinem Therapeuten erstmals seit Kindertagen auch seine Gefühle von Schwäche und Machtlosigkeit ausdrücken kann.*

*„Überraschenderweise“ hat dieses Geständnis für den hochambitionierten Mann keinerlei negative Auswirkungen. Er erfährt als „Schwacher“ dieselbe Akzeptanz, Wertschätzung und Echtheit des Therapeuten wie zuvor als „Starker“.*

*Indem der Klient diese neuen, bislang scheinbar „intolerablen“ Anteile seines Selbst in sein Selbstkonzept integrieren kann, erlebt er sich mehr und mehr als vollständige Person. („Ich bin sowohl stark als auch schwach. Beides gehört zu mir und ist gleichermaßen akzeptiert.“)*

Die Struktur des Selbst stimmt nun besser mit den organischen Erfahrungen (hier: von Schwäche) überein. In Zukunft müssen weniger Wahrnehmungen verleugnet oder verzerrt werden, weil sie nicht mehr als bedrohlich empfunden werden („Ich werde geliebt, auch wenn ich schwach bin.“). Die Abwehrhaltungen können allmählich verschwinden. Der Klient entwickelt eine positive Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber sich selbst.

**Der Veränderungsprozess verläuft in folgenden Schritten:**



#### ***4.8. Das Ziel von Gesprächstherapie***

Den Menschen offener und unvoreingenommener für neue Erfahrungen und die Erweiterung seines Selbstkonzeptes werden zu lassen, also Inkongruenzen abzubauen, ist ein wichtiges Anliegen der Gesprächspsychotherapie.

Um kongruentes Wahrnehmen und Verhalten umsetzen zu können, müssen die Inkongruenzen zwischen Erleben und Selbstkonzept reduziert werden. Rogers sieht dies in folgendem Prozess, aus der Perspektive des Klienten, realisierbar:

1. Die Inkongruenz verursacht Leidensdruck.
2. Bedingungslose Akzeptanz durch den Begleiter wird erlebt.
3. Der Selbsterfahrungsprozess wird mit Mitgefühl und Wärme begleitet.
4. Der Begleiter ist als reale Person erlebbar.

In der Folge sollte sich sein Selbstkonzept dahingehend ändern, dass die gemachten Erfahrungen, die bisher verzerrt und verleugnet wurden, jetzt angenommen und integriert werden können. Dies ermöglicht ein der Welt zugewandtes, spontanes, selbstkongruentes „Er-leben“.

### **Die vollfunktionierende Persönlichkeit**

Rogers letztendliches Ziel der therapeutischen Arbeit ist das Ideal einer vollfunktionierenden Persönlichkeit. Dieses Konzept hat er in 19 Punkten zur Persönlichkeitstheorie vorgestellt. Ravenstorf hat Rogers etwas abstrakt zu lesende Postulate recht kompakt zusammengefasst:<sup>22</sup>

1. Die Person zeigt Offenheit ohne Abwehr gegenüber Erfahrungen.
2. Die Person ist in der Lage zu richtiger Symbolisierung von Erfahrungen (Kongruenz von Erfahrung und zugeordneten Erinnerungen und Gefühlen).
3. Die Person erlebt eine Kongruenz von Selbststruktur und Erfahrungen.
4. Die Selbststruktur der Person ist flexibel, je nach Anforderung.
5. Bewertungen und Entscheidungen werden im Selbst der Person vorgenommen und nicht von außen übergestülpt.
6. Die Person besitzt eine bedingungslose positive Wertschätzung des eigenen Selbst.
7. Die Person ist in der Lage zu kreativer Anpassung an neue Situationen.
8. Das Verhalten der Person ist an den eigenen Bedürfnissen orientiert.
9. Der Person gelingt eine unverzerrte Realitätswahrnehmung.
10. Die Person kann Fehlentscheidungen ohne Probleme korrigieren.
11. Positive Wertschätzung kann von der Person angenommen und auch an andere gegeben werden.
12. Die sozialen Beziehungen der Person sind reif und befriedigend.

---

<sup>22</sup> nach Ravenstorf, S.18

#### **4.9. Wissensüberprüfung Kapitel 4**

1. Wie heissen die Phasen der Entwicklung der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers?
2. Welche Rolle spielt das Selbst für Rogers?
3. Was ist das Selbstkonzept?
4. Was versteht man unter Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz?
5. Wie entstehen nach Rogers Neurosen? Welche Rolle spielt dabei die Inkongruenz?
6. Wie lauten die drei Basisvariablen und welche Funktion haben sie?
7. Wozu dient das Spiegeln, und was soll es andererseits nicht sein?
8. Welche Ziele verfolgt die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie?
9. Was versteht man unter einer voll funktionierenden Persönlichkeit?

Lösungen: Frage 1 siehe Kap. 4.3.; Frage 2 siehe Kap. 4.4.; Frage 3 siehe Kap. 4.4.; Frage 4 siehe Kap. 4.4.; Frage 5 siehe Kap. 4.4.; Frage 6 siehe Kap. 4.5.; Frage 7 siehe Kap. 4.6.1.; Frage 8 siehe Kap.4.8.; Frage 9 siehe Kap.4.8.

## 7. Literatur

### 7.1 Grundlagenwerke

**Davison/Neal:** Klinische Psychologie, München - Weinheim 1988, dritte neubearbeitete und erweiterte Auflage.

**Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.):** Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt, 1986, 2. Aufl.

**Kriz, Jürgen:** Grundkonzepte der Psychotherapie, 5. Aufl., Weinheim: Beltz 2001

**Weischedel, W.:** 34 große Philosophen in Alltag und Denken, Die philosophische Hintertreppe, München 1980, 6. Aufl.

### 7.2 Zur Gesprächspsychotherapie

**Rogers, Carl R.:** Therapeut und Klient - Frankfurt/Main, Fischer, 1991

**Gilles, Astrid:** Gesprächspsychotherapie; Reinbek bei Hamburg (Rowohlt); in: ZYGOWSKI, HANS (Hrsg.), Psychotherapie und Gesellschaft - Therapeutische Schulen in der Kritik, 1987, S.98-126

**Gerl, Wilhelm:** Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Schwertfeger, Bärbel - Koch, Klaus (Hrsg.), Der Therapieführer - Die wichtigsten Formen und Methoden. Heyne, München, 1989, 2. Aufl., S.101-107

**Lassoga, Frank:** Gesprächstherapie: Zu viel Ideologie? In: PSYCHOLOGIE HEUTE Beltz, Weinheim, Basel 1987, S.57-72

**Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.):** Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie; Frankfurt/Main, Fischer, 1989, 4. Aufl.

**Grawe, K., Donati, R. Bernauer, F. (Hrsg.):** Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1994

**Revenstorf, D.:** Psychotherapeutische Verfahren. 4 Bd. Kohlhammer, Stuttgart, 1983

### 7.3 Zur Gestalttherapie

**Beisser, Arnold:** „Wozu brauche ich Flügel? Ein Gestalttherapeut betrachtet sein Leben als Gelähmter.“ 1989

**Blankertz, S.:** Gestaltkritik. Paul Goodmans Sozialpathologie in Therapie und Schule. Köln: EHP, 1990

**Bock, W.; Staemmler, F.-M.:** Gestalttherapeutische „Live“-Supervision, in: Freiler, C.; Ventouratou-Schmetterer, D.; Reiner-Lawugger, C.; Bösel, R. (Hg.): 100 Jahre Fritz Perls, Wien, 1994

Bock, W.: „Arnold Beisser und das Paradox der Veränderung in der Gestalttherapie“ in: Gestaltkritik, 2/2003, Mai 2003, S. 68-71

**Buber, M.:** Heilung aus der Begegnung. *Gestalt Therapie*, 1/94, (1994). S.16-18

**Buber, M.:** Ich und Du. Gerlingen, 1994

**Buber, M.:** Das Dialogische Prinzip. Heidelberg, 1984

**Clarkson, P.; Mackewn, J.:** Frederick S. Perls und die Gestalttherapie, Köln, 1995

**Doubrawa, E.; Blankertz, S.:** Einladung zur Gestalttherapie, 3. Auflage Wuppertal, 2002

**Farau, A.; Cohn, R.C.:** Gelebte Geschichte der Psychotherapie - Zwei Perspektiven, Stuttgart, 1984

**Lewin, K.:** Feldtheorie. Bern/Stuttgart, 1982

**Lückel, R.:** Gestalttherapeutische und integrative Arbeit mit Märchen, in: Integrative Therapie, Beiheft I, Paderborn, 1982

**Lütge, M.:** „Zur Entstehungsgeschichte der Gestalttherapie Fritz Perls“, (<http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/Michael.Luetge>)

**Perls, F. S.:** Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalt-Therapie (5. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta, 1995

**Perls, F. S.:** „Autobiographische Stichworte“ in: The Gestalt Journal Press, 1998 (Aus dem Amerikanischen von Ludger Firneburg. Vollständig unter: [http://www.gestalt.de/perls\\_stichwort.html](http://www.gestalt.de/perls_stichwort.html) )

**Perls, F.S.:** Gestalt-Therapie in Aktion, Stuttgart, 1974

**Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P.:** Gestalt-Therapie. Wiederbelebung des Selbst (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta, 1992

**Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P.:** Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994

**Perls, F.S.:** Gestalt-Wahrnehmung - Verworfenen und Wiedergefundenen aus meiner Mülltonne, Frankfurt, 1981

**Perls, L., & Rosenblatt, D.:** Der Weg zur Gestalttherapie. Wuppertal, Hammer, 1997

**Petzold, H.:** Gestalttherapie und Psychodrama, Kassel, 1973

- Petzold, H.:** Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman, in: Integrative Therapie, 1984, 10/1-2, 5-72
- Polster, E.:** Polster, M.: Gestalttherapie - Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie, München, 1975 (neue Ausgabe: Wuppertal, 2001)
- Staemmler, B.:** Theoretische Grundlagen und Konzepte der Gestalttherapie - unveröffentlichte Dissertation, Würzburg, 1979
- Staemmler, F.-M.:** Kultivierte Unsicherheit - Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung, Gestalt-Publikationen, Heft 17, Würzburg, 1994
- Staemmler, F.-M.:** Der leere Stuhl - Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie, München, 1995
- Süss, H.J.; Martin, K.:** Gestalttherapie, in: Pongratz, L. (Hg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 8/2, Göttingen, 1978
- Yontef, G. M.:** Awareness, Dialogue and Process - Essays on Gestalt Therapy, Highland/N.Y., 1993

## **7.4 Zur Logotherapie und Existenzanalyse**

- Böschmeyer, U.:** Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie, Berlin 1977
- Frankl, V.E.:** Ärztliche Seelsorge, Wien 1971, 8. Aufl. Neuausgabe der 8. Auflage: München 1975
- Frankl, V.E.:** Der Mensch auf der Suche nach Sinn, Sonderdruck nach einem Vortrag, gehalten am 12. Oktober 1972 auf Einladung des Katholischen Akademiker-Verbandes in Luxemburg. Imprimerie Saint-Paul, S.A., Luxembourg
- Frankl, V.E.:** Der Wille zum Sinn, Bern 1978, 2., überarb. u. erg. Aufl.
- Frankl, V.E.:** Der unbewußte Gott, Wien 1948. 3. Aufl., München 1974
- Frankl, V.E.:** Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, in: Grundzüge der Neurosenlehre, Bd.II
- Frankl, V.E.:** Homo patiens, Wien 1950
- Frankl, V.E.:** Homo patiens, in: Der leidende Mensch - Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Bern 1984, 2. Auflage
- Frankl, V.E.:** Logos und Existenz, Wien 1951
- Frankl, V.E.:** Theorie und Therapie der Neurosen, München 1968, 2. Aufl.
- Marquard, O.:** Wider die allzu laute Klage vom Sinnverlust, in: FAZ, 31.10.1983, S. 9
- Peeck, St.:** Suizid und Seelsorge, Die Bedeutung der anthropologischen Ansätze V.E. Frankls und P. Tillichs für Theorie und Praxis der Seelsorge an suizidgefährdeten Menschen, Stuttgart 1991
- Riedel, Deckart, Noyon:** Existenzanalyse und Logotherapie, Handbuch für Studium und Praxis, Primus Verlag, 2002
- Riemeyer, Jörg:** Die Logotherapie Viktor Frankls, Gütersloh, 2002
- Zimbardo, P. G.:** Psychologie, Berlin 1983, vierte neubearbeitete Auflage
- <http://www.muenster.de/~wosi/index.html>