

Personzentriertes Arbeiten an der therapeutischen Beziehung

Rogers hat, zumindest implizit, zwei Beziehungskonzepte beschrieben: die Alter-Ego-Beziehung und die Dialog-Beziehung. In der ersteren soll der Therapeut das andere Selbst des Klienten sein, gewissermaßen dessen einfühlsamer Doppelgänger, der stellvertretend für den Klienten dessen Gefühle exploriert. Soll der Therapeut dabei sein eigenes Selbst „beiseite stellen“ (Rogers, 1973, S. 47), so soll er in der später konzipierten Dialog-Beziehung dem Klienten ein authentisches, reales („real person“) Gegenüber sein, dem es als der antwortende Andere um ein „reales Zugehensein“ und eine Begegnung und Verständigung „person to person“ geht (Rogers, 1977, S. 26). Aus diesen Beziehungskonzepten ergeben sich als Handlungskonzepte, die diese Beziehung thematisieren, das *Beziehungsklären* und das *Selbstöffnen*.

Beziehungsklären

Mit dem Selbstöffnen wird das Erleben der therapeutischen Beziehung seitens des Therapeuten thematisiert, das Beziehungserleben des Klienten wird durch das Beziehungsklären, von Rogers' Schüler Carkhuff „immediacy“ genannt (Carkhuff, 1969), angesprochen. Der Therapeut ist dabei bemüht, sich selbst „mit den Augen des Klienten zu sehen“ (Rogers, 1977, 116), d. h. er versucht, die auf seine Person gerichteten Beziehungserwartungen des Klienten zu verstehen und entsprechend zu verbalisieren. Da die Personzentrierte Psychotherapie sich ausdrücklich als eine „Beziehungstherapie“ versteht (Finke, 2019), ist es nur folgerichtig, dass hier diese Beziehung selbst auch thematisiert wird. Wenn der Klient seine Beziehungserwartungen, d. h. seine Befürchtungen, seine Hoffnungen, seine Wünsche in Bezug auf den Therapeuten, und die für ihn damit verbundenen Fragen explizit anspricht, wollen wir das „Beziehungsansprechen“ nennen. Er kann sie aber auch implizit ansprechen bzw. andeuten, dann soll von „Beziehungsanspielungen“ die Rede sein.

Beziehungsansprechen

Es gibt vielfältige Gründe, die Klienten bewegen können, von sich aus die Beziehung anzusprechen bzw. sich mit einer Frage oder einer Botschaft an den Therapeuten zu wenden. Das Bedürfnis nach der Gewissheit, dass der Therapeut der eigenen Lebenswelt nicht zu entrückt, dem eigenen Erleben nicht zu fremd und so nicht zu verständnislos ist, kann Klienten veranlassen, zum Beispiel zu fragen, ob der Therapeut auch Kinder habe, ob er verheiratet sei, wohin er in den Urlaub fahre usw. Der Therapeut könnte solche Fragen unmittelbar beantworten, dann würde er im Sinne des *Selbstöffnens* reagieren. Er könnte aber quasi mit einer Gegenfrage antworten, dann würde das ein *Beziehungsklären* einleiten:

T: *Wenn ich auch Kinder hätte, dann erst hätten Sie vielleicht das Gefühl, dass ich Sie in Ihren Schwierigkeiten verstehen kann?*

Der Therapeut würde hier also den Klienten zur Selbstexploration bezüglich seiner Beziehungserwartungen an den Therapeuten bzw. seiner Befürchtungen oder Überzeugungen hinsichtlich der Verstehenskompetenz seines Therapeuten anregen. Auch das Bedürfnis nach Zustimmung und Bestätigung, etwa in Entscheidungssituationen, oder das Bedürfnis nach Zuwendung und Nähe, nach Lob und Anerkennung, auch die Angst vor Kritik und Zurechtweisung können Klienten bewegen, den Therapeuten unmittelbar anzusprechen.

K: *Das sehen Sie doch auf jeden Fall auch so, oder?*

T: *Nur wenn ich Ihnen jedes Mal zustimme, scheinen Sie sich Ihrer Sache sicher zu sein.*

Der Therapeut versucht also zu verstehen und zu verbalisieren, welche Erwartungen, hier die nach Bestätigung, den Klienten zu seiner Frage motivieren könnten. Die Frage, ob der Therapeut im Sinne des Beziehungsklärens oder des Selbstöffnens reagieren soll, hängt von der aktuellen Zielsetzung des Therapeuten ab, d. h. von seiner Einschätzung der Situation und der Belastbarkeit des Klienten. Im Sinne des Antwortens, also des *Selbstöffnens*, wird der Therapeut auf Fragen nach seiner Person reagieren, wenn er den Klienten primär beruhigen, entängstigen und ermutigen will, wenn er also zunächst eine vertrauensvolle Beziehung installieren will. Im Sinne des *Beziehungsklärens* wird der Therapeut intervenieren, wenn er den Prozess der Selbstexploration und des Selbstverstehens fördern will, wenn es ihm also darauf ankommt, das Beziehungskonzept (Finke, 2019) und die oft stereotypen Beziehungserwartungen der Klienten zu klären und zu korrigieren. Letzteres setzt eine gewisse Belastbarkeit des Klienten voraus. Ist sich der Therapeut hier noch etwas unsicher, könnte er auch beides kombinieren. Er könnte erst im Sinne von *Selbstöffnen* antworten und dann im Sinne des *Beziehungsklärens* fragen: „*Was bedeutet diese Information jetzt für Sie? Was hatten Sie von mir erwartet?*“

Therapeuten können aus verschiedenen Gründen dazu neigen, Beziehungsansprechen zu „überhören“. Ein solches „Überhören“ von Beziehungsansprechen ist, anders als bei Beziehungsanspielungen, in jedem Fall als „Kunstfehler“ zu werten, der noch gravierender wird, wenn der Therapeut solche Bezugnahme auf seine Person direkt zurückweist, etwa mit der Bemerkung: „*Ich glaube, das gehört hier nicht hin*“. Die Klienten müssen so das Gefühl bekommen, der Therapeut wolle sie, vielleicht aus Hochmut, vielleicht aus Angst und Unsicherheit, auf Distanz halten. So sehr es besonders für den weniger erfahrenen Therapeuten mit starken

Gefühlen der Angst und der Peinlichkeit verbunden sein kann, jenseits der eingespielten Expertenrolle unmittelbar als Person „angesprochen“ zu werden, so wird gerade der Psychotherapeut eben dieses als zu seiner Profession gehörend akzeptieren müssen.

Dies ist allerdings nicht immer leicht, da die unmittelbare Bezugnahme auf sein persönliches Erleben beim Therapeuten so etwas wie eine starke Intimscham auslösen kann. Eine noch nicht sehr erfahrene Therapeutin etwa kann die erotisch getönten Beziehungsansprachen ihres männlichen Klienten (z. B. „*Sie haben heute wieder eine sehr schicke Bluse an, darin sehen Sie wirklich fantastisch aus.*“) als unerträglich peinlich und „übergriffig“ empfinden. In diesem Falle wäre ein Zurückweisen dieser Ansprachen, möglichst verbunden mit dem (*selbstöffnenden*) Hinweis auf die eigene Verletzbarkeit, eine notwendige Reaktion, mit der die Therapeutin in der aktuellen Situation einfach nur ihre Arbeitsfähigkeit aufrechtzuhalten sucht. Aber die Therapeutin sollte sich bewusst sein, dass sie hier eben nur im Sinne einer „Notreaktion“ gehandelt hat. Sie sollte in Selbsterfahrung und Supervision diesen Vorfall für sich so klären, dass sie zukünftig gelassener und empathischer (d. h. auch in einer das Selbstverstehen und die Selbstexploration des Klienten fördernden Weise) mit solchen Beziehungsansprachen umgehen kann. Denn das unterscheidet eben den Psychotherapeuten, besonders den personenzentrierten, von anderen Berufen: Er muss bereit sein, zum Gegenstand der Fantasien seines Klienten zu werden und er sollte das Äußern solcher Fantasien eher fördern als unterdrücken (Finke, 2019). Eine besondere Herausforderung an die emotionale Belastbarkeit des Therapeuten können die Beziehungsansprachen von Borderline-Klienten sein, da diese nicht selten sehr provokativ oder gar destruktiv vorgetragen werden. Aber auch hier können über das Beziehungsklären die in diesem Falle eben provokative Absicht verdeutlicht und vor allem deren Gründe, zum Beispiel starke Selbstunsicherheit und Angst vor Beschämung, die durch Aggressivität bewältigt werden sollen, geklärt werden.

Beziehungsanspielungen

In Beziehungsanspielungen wird im Unterschied zum o. G. die therapeutische Beziehung nicht direkt, sondern eher in verdeckter Form thematisiert. Eine Klientin sagt nach einem kurzen Stocken ihrer Selbstexploration ihrem männlichen Therapeuten:

P: *Ich weiß nicht, ob Männer so etwas überhaupt verstehen können.*

Der Therapeut antwortet:

T1: *Sie möchten in dem, was Ihnen wirklich wichtig ist, tief verstanden werden.*

Der Therapeut könnte aber auch antworten:

T2: *Sie befürchten, dass auch ich für Sie kein wirkliches Verständnis haben könnte.*

In T1 versucht der Therapeut als das Alter-Ego der Klientin deren Bedürfnis nach Verstanden-Werden zu spiegeln, wobei er eben sein eigenes Selbst konsequent „beiseite gestellt“ hat. Das bedeutet, dass seine eigene Person hinter der Rolle des Alter-Ego unsichtbar geworden bzw. nicht vorhanden ist. Der Therapeut versteht sich nicht als der von der Klientin gemeinte. Es könnte aber sein, dass der Therapeut die Klientin hier gerade falsch versteht. In T2 dagegen lässt sich der Therapeut von der Klientin „meinen“, er antwortet als die von der Klientin angesprochene Person. Insofern kommen hier zwar auch Aspekte der Dialog-Beziehung ins Spiel, andererseits verbalisiert der Therapeut hier aber nicht sein eigenes Erleben, sondern das vermutete Erleben der Klientin. Er versucht, sich selbst mit den Augen der Klientin zu sehen. Insofern nimmt das Beziehungsklären eine Zwischenstellung zwischen Alter-Ego und Dialog-Beziehung ein (Finke, 2019).

Bei Beziehungsanspielungen kommt es also auf die Empathie des Therapeuten an, die Äußerungen des Klienten zutreffend als solche zu interpretieren. Denn Klienten sprechen die Beziehung oft nicht im „Klartext“ an, sei es aus Ängstlichkeit bzw. dem Gefühl von Peinlichkeit oder weil sie sich gar nicht ganz absichtsvoll, sondern mehr unwillkürlich-intuitiv und impulsiv auf den Therapeuten beziehen. Diese implizite bzw. verdeckte Bezugnahme auf die therapeutische Beziehung kann geschehen in Form einer

1. „überpersönlichen“ Ansprache, wie im obigen Beispiel gezeigt („Männer“, „man“)
2. sehr nachdrücklichen Bezugnahme auf eine andere Person, die dann die Rolle einer „Deckfigur“ hat, mit der eigentlich der Therapeut gemeint ist
3. eindringlichen negativen „Selbstthematierung“: Der Klient schreibt sich wiederholt zum Beispiel die Unzufriedenheit oder Ungeduld zu, die er insgeheim beim Therapeuten befürchtet.

Beziehungsanspielungen können auch nonverbal vollzogen werden, zum Beispiel durch mimisch-gestische Handlungen, mit denen der Bezug zum Therapeuten hergestellt wird. Hier wären zu nennen ein besonderes Lächeln, eine mürrische Miene, ein „tiefer Blick“, eine betonte Art der Kleidung usw. Aber auch ein therapieblockierendes bzw. abwehrendes Verhalten, zum Beispiel hartnäckiges Schweigen, langatmiges Reden über belanglose Dinge oder demonstrative Klagsamkeit, können sehr verdeckte Bezugnahmen auf die Beziehung darstellen.

Beziehungsklären als Prozess

Die erste Aufgabe des Beziehungsklärens besteht in dem Erkennen und Aufgreifen einer Klienten-Äußerung als Beziehungsanspielung. Wenn wir uns an die o. g. Klienten erinnern, könnte man sich vorstellen, dass die Bereitschaft des Therapeuten, sich als der von der Klientin Gemeinte zu zeigen, für diese ein ausreichender Empathie-Beweis ist, der ihr eine weitere Selbstexplor-

ration ermöglicht. Das kann ganz anders sein bei Klienten mit einer Beziehungsstörung, d.h. bei Klienten, die beispielsweise in sehr strukturgebundener Weise ihre aus negativen Beziehungserfahrungen herrührenden negativen Beziehungserwartungen, der Therapeut könnte sie insgeheim verachten, entwerten, demütigen oder bevormunden wollen, an diesen scheinbar kaum korrigierbar herantragen. Hier wird sich der Therapeut darauf einlassen müssen, diese Erwartungen in vielen Aspekten zu verdeutlichen und den Klienten immer wieder anzuregen, seine Beziehungsbefürchtungen, aber auch seine auf den Therapeuten gerichteten Hoffnungen und Sehnsüchte hinsichtlich verschiedenster Facetten zu identifizieren und zu differenzieren. Auch wird der Therapeut immer wieder die Frage stellen, was an seinem eigenen Verhalten den Klienten zu seinen vor allem negativen Beziehungseinschätzungen führen könnte. Schließlich geht es darum, Parallelen des Beziehungserlebens gegenüber dem Therapeuten mit Erlebensmustern in anderen Beziehungssituationen zu erkunden und das Wirken bestimmter fundamentaler Beziehungserfahrungen zu klären. Dann wird der Therapeut auch die aus negativen Erwartungen resultierenden dysfunktionalen Interaktionsmuster des Klienten thematisieren. Das können Muster sein, die zur Zeit der negativen Beziehungserfahrungen möglicherweise funktional waren, zum Beispiel starker Rückzug und Kontaktvermeidung, jetzt aber der möglichen Sehnsucht nach Nähe des Klienten widersprechen.

Bei den letztgenannten Erörterungen würde es als Fortsetzung des *Beziehungsklärens* um ein Klären des problematischen Beziehungskonzepts und den sich daraus ergebenden Interaktionsformen des Klienten gehen, wie sie sich auch in der therapeutischen Beziehung zeigen. Dieses muss gerade in der therapeutischen Beziehung schon dadurch geändert werden, dass der Therapeut nicht im Sinne alltagspsychologischer Gegenseitigkeit reagiert, also die Distanziertheit des Klienten nicht ebenfalls mit Distanz und Rückzug beantwortet, sondern sich dem Klienten auch in seinem Rückzugsverhalten zuwendet und die möglichen Beweggründe der Kontaktvermeidung einfühlsam anspricht: *„Wenn Sie jetzt so verstummen, dann befürchten Sie vielleicht, dass ich das, was Sie zu sagen haben, nicht wertschätzen würde. Tatsächlich ist es aber so, dass mich das sehr interessieren würde.“* Der letzte Satz dieser Therapeutenäußerung ist natürlich kein Beziehungsklären im hier gemeinten Sinne mehr, sondern stellt eine Form von Selbstöffnen dar, das im Folgenden erörtert werden soll. Ein gelegentliches *Selbstöffnen* im Rahmen des *Beziehungsklärens* einzusetzen, kann durchaus sinnvoll sein. Wenn der Klient etwa seine Zurückgezogenheit wiederholt mit der Überzeugung begründet, der Therapeut würde sich ja doch nicht wirklich für ihn interessieren, könnte dieser antworten: *„Ich an Ihrer Stelle würde das Engagement meines Therapeuten aber nachdrücklich einfordern.“* Dem Klienten wird so eine alternative Verhaltensperspektive angeboten. Darauf sollte der Therapeut dann wieder in den Modus des *Beziehungsklärens* wechseln: *„Wie wirkt das jetzt auf Sie, wenn ich das so sage?“*

Selbstöffnen

In Ergänzung zum Konzept der Alter-Ego-Beziehung hat Rogers eine Dialog-Beziehung als Begegnung von „Person zu Person“ betont (Rogers, 1977). In diesem Zusammenhang bekam das Therapeutenmerkmal *Echtheit* bzw. *Kongruenz*, eine besondere Bedeutung und er führte dazu aus, dass der Therapeut in seinem Handeln als ganze Person „zugegen“ und mit sich selbst übereinstimmen solle (ebd., 1977, S. 162). Zwischen verbalem Ausdruck und non-verbalem Verhalten sollen keine Brüche bestehen. Hierzu muss der Therapeut im Kontakt zu seiner „organismischen Erfahrung“ stehen, d. h. er muss diese Erfahrung weitgehend exakt symbolisieren und jeweils erspüren können, wann er etwa trotz des Bemühens um Zuwendung insgeheim Gefühle von Verachtung oder Feindseligkeit gegenüber seinem Klienten hegt. Wenn es ihm gelingt, seine negative Resonanz zu vergegenwärtigen, kann er sie auch bearbeiten und so seine Kongruenz wiederherstellen. Wenn aber dann Gefühle des Ärgers, der Enttäuschung oder der Langeweile über längere Zeit fortbestehen, soll er sie, so Rogers (ebd., S. 26), angemessen transparent machen, aber so, dass der Klient dies als konstruktiven Änderungsimpuls erleben kann. Schüler von Rogers, vor allem Carkhuff (1969, Bd.1, S. 187 ff.) systematisierten dieses Sich-Transparent-Machen unter dem Namen *selfdisclosure* und erstellten eine 5-stufige Skala für die Einschätzung dieser *Selbstöffnung*. Die Funktion von *Selbstöffnen* des Therapeuten ist eine mehrfache:

- Der Klient würde die Inkongruenz des Therapeuten, vor allem wenn sie länger besteht, ohnehin bemerken. Dies wäre auf längere Sicht für die therapeutische Einflussnahme destruktiv.
- Konstruktive Beziehungserfahrung: Der Klient macht die seine bisherigen Beziehungserwartungen korrigierende Erfahrung, dass in einer Beziehung auch gegenseitige negative Gefühle gezeigt und konstruktiv geklärt werden können. Er lernt, dass diese Offenheit nicht mit Bestrafung durch Zurückweisung, sondern mit dem ernsthaften Bemühen um Verständigung einhergeht.
- Verbesserung der Ich-Andere-Unterscheidung und der Empathiefähigkeit: Der Klient macht die Erfahrung, dass sich die Gefühle und Bedürfnisse eines bedeutsamen Anderen von seinen eigenen nicht selten sehr unterscheiden. Er kann so seine psychosoziale Wahrnehmung schärfen (wichtig z. B. bei Borderline-Patienten).
- Förderung von Selbstdemarkation und Autonomie: Die Auseinandersetzung mit einem bedeutsamen Anderen führt auch zu einer konstruktiven Abgrenzung und bewirkt so ein Erleben von Autonomie.

Therapeutisches Vorgehen

Selbstöffnen als das Transparent-Machen der therapeutischen Resonanz auf den Klienten stellt keine einheitliche Interventionsform dar. Es sind, abgesehen von autobiografischen Mitteilungen des

Therapeuten, mindestens zwei Dimensionen zu unterscheiden: das Mitteilen einer positiven emotionalen Resonanz wie Freude, Lob, Ermutigung, Stolz auf die Leistungen des Klienten im Sinne einer

ermutigenden, Ressourcen mobilisierenden Funktion und Selbstmitteilungen im Sinne einer hinterfragenden und konfrontierenden Funktion.

Selbstöffnen / Selbsteinbringen (aus Finke, 2019)

Mitteilen von zustimmender Anteilnahme

Der Therapeut bringt sein Engagement wie auch seine Übereinstimmung mit Überzeugungen, Plänen und Handlungen des Klienten zum Ausdruck und wirkt dadurch bestätigend.

T: *Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben.*

Mitteilen von Ähnlichkeit

Der Therapeut zeigt, dass Gefühle und Bedürfnisse des Klienten nicht völlig singular sind, sondern dass sogar er selbst sie schon an sich erlebt hat. Er mindert so das Erleben von Isolation und emotionaler Distanz und vermittelt Solidarität.

T: *Das kann ich gut nachempfinden, ich habe in einer Krise Ähnliches erlebt.*

T: *Ich kenne solch quälenden Zweifel.*

Mitteilen von Beurteilungen und (positiven) Bewertungen:

Der Therapeut teilt hier seine Anerkennung, auch sein Lob in Form einer „Ich-Botschaft“ mit. Er zeigt dadurch die Stärken des Klienten auf und wirkt ermutigend.

T: *Ich bin beeindruckt, dass Sie das so gut gemeistert haben.*

T: *Ich bewundere Sie, dass Sie eine so schwierige Situation durchgestanden haben.*

Anbieten einer alternativen Erlebnisweise:

Klienten, die zum Beispiel aggressives oder übergriffiges Verhalten anderer scheinbar ohne emotionale Regung erzählen, können ihre Gefühle oder Bedürfnisse abwehren, weil deren Eingeständnis mit großer Angst oder Schuldgefühlen verbunden wäre. Hier kann es sinnvoll sein, dass der Therapeut gewissermaßen stellvertretend für die Klienten sich zu solchen Gefühlen bekennt. „Ich an Ihrer Stelle ...“ könnte dann eine typische Einleitung einer solchen Intervention sein.

T: *An Ihrer Stelle würde mich das aber ziemlich ärgern.*

T: *Ich wäre da aber auch etwas stolz auf mich.*

Die Klienten sollen so ermutigt werden, ihre Gefühle (z. B. Zorn) anzuerkennen und zu akzeptieren

Konfrontation mit Beobachtung:

Diese Intervention entspricht weitgehend der von Carkhuff (1969) beschriebenen confrontation. Da der Therapeut sie hier aber mit einer „Ich-Botschaft“ verbindet, ist es gerechtfertigt, sie als eine Unterform von Selbstöffnen darzustellen. Der Therapeut gibt Rückmeldung zu bestimmten „Auffälligkeiten“, zum Beispiel dem Widerspruch zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck oder einem Verhalten, das nicht zum sozialen Kontext oder zu Vorsätzen des Klienten passt. Der Therapeut schildert dies aber nicht als distanzierter Beobachter, sondern er teilt gleichzeitig seine emotionale Resonanz mit, die die Beobachtung in ihm auslöst. Dadurch wird diese Mitteilung viel weniger konfrontativ oder gar beschämend, denn der Klient kann nun auch die (konstruktiven) Gründe dieser Mitteilung nachvollziehen. Durch den persönlichen Kontext wird der eigentlich therapeutische Impetus dieser Mitteilung deutlicher.

T: *Ich bin besorgt, dass Sie jetzt etwas tun wollen, was eigentlich Ihren eigenen Vorsätzen und Zielen widerspricht.*

T: *Es irritiert mich, dass Sie jetzt, wo Sie sich zu ärgern scheinen, ein freundliches Lächeln aufsetzen.*

Mitteilen der (negativen) emotionalen Resonanz:

Wenn der Therapeut bei einem entsprechenden Verhalten des Klienten auch seine negativen emotionalen Reaktionen anspricht und wenn er dies in einer um Verständigung bemühten Weise tut, zeigt er seine Tangierbarkeit und er macht so bei aller Differenz eine grundsätzliche Bereitschaft zur Nähe deutlich. Dem Klienten wird so auch ermöglicht, sich mit den Auswirkungen seines Interaktionsverhaltens auseinanderzusetzen, was besonders bei Klienten mit einer Empathie-Störung und mangelnder Fähigkeit zur Ich-Andere-Unterscheidung wichtig ist. Der Therapeut kann aber auch sein Nicht-Übereinstimmen mit Lebenskonzept und -stil des Klienten zum Ausdruck bringen.

T: *Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie auf meine Hinweise und Fragen eigentlich nie eingehen.*

T: *Es macht mich traurig zu hören, wie unachtsam Sie zu sich selbst sind.*

Risiken

Das Selbstöffnen hat spezifische Risiken, u. a. kann es sich zu einer Art Alltagskommunikation mit den entsprechenden Problemen entwickeln. Gerade deshalb ist es wichtig, dass der Therapeut hier darauf achtet, nicht unreflektiert zu reagieren. Vielmehr wird er die Indikation für ein solches Intervenieren, auch hinsichtlich Zeitpunkt und „Dosierung“, sorgsam prüfen. Die angemessene Formulierung entscheidet ebenso mit darüber, wie konstruktiv, d. h. Änderungsoptimismus und Selbstexploration anregend, sich diese Intervention auswirkt. Selbstöffnen sollte nur wohlüberlegt eingesetzt werden.

Literatur:

- Carkhuff, RR (1969) Helping and Human Relations. Vol. II, New York, Chicago: Holt, Rinehart & Winston.
Finke, J (2019) Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. München: Reinhardt.
Rogers, CR (1973) Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
Rogers, CR (1977) Therapeut und Klient. München: Kindler.



Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder / Weiterbildungsleitung (GwG), 2. Vorsitzender der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG).

Kontakt: jobst.finke@uni-due.de