

## Veränderungsrelevante Kriterien bei ambulanten Gesprächspsychotherapien

Diether Höger (Universität Bielefeld)  
(Berlin, September 2002)

### Einleitung

Eine zentrale Idee des Klientenzentrierten Ansatzes ist, dass krankheitswertige Störungen des Verhaltens und Erlebens zu einem wesentlichen Teil auf Inkongruenzen zwischen den Erfahrungen und deren organismischer Bewertung einerseits und dem Selbst einer Person andererseits beruhen (Biermann-Ratjen und Swildens, 1993; Rogers, 1959). Parallel zur Symptomatik zeigen sich Inkongruenzen in einer verminderten psychischen Funktions- und Beziehungsfähigkeit der Person. Die auf dem klientenzentrierten Ansatz beruhende Gesprächspsychotherapie (GPT) hat das Ziel, mit dem therapeutischen Beziehungsangebot eines bedingungsfrei akzeptierenden empathischen Verstehens die Bedingungen für eine konstruktive Entwicklung der Persönlichkeit zu schaffen, bei der Inkongruenzen vermindert, die psychische Funktions- und Beziehungsfähigkeit gefördert und zugleich die Symptomatik überwunden oder zumindest deutlich gebessert wird (vgl. Höger, 2000).

### Erhebungsinstrumente

Da im deutschen Sprachraum ein geeignetes Verfahren zur Operationalisierung der in diesem Sinne relevanten Persönlichkeitsveränderungen fehlen, hat Höger (1995) die deutsche Adaptation und erste Validierung des Fragebogens „Feelings, Reactions and Beliefs Survey (FRBS)“ von Desmond S. Cartwright (Cartwright, deBruin und Berg, 1991; Cartwright und Mori, 1988) vorgestellt. Mit neun Skalen erfasst dieser Fragebogen von Rogers beschriebene Merkmalsbereiche, in denen sich kongruente bzw. reife von vergleichsweise inkongruenten bzw. unreifen Personen unterscheiden (Rogers 1951/1973, 1959/1987, 1961/1973, 1963, 1980, 1988):

1. **Focusing Conscious Attention (FCA):** Die Fähigkeit, sich auch bei Ablenkung oder unter Stress disziplinieren und längere Zeit auf einen bestimmten Gegenstandsbereich konzentrieren zu können
2. **Openness to Feelings in Relationships (OFR):** Das Erleben von Gefühlen in Beziehungen
3. **Trust in Self as an Organism (TSO):** Das Vertrauen in die eigene Person als einen lebendigen Organismus und in deren eigene Urteile und Bewertungen
4. **Fully Functioning Person (FFP):** Geringe Abwehr von Gefühlen, Freude am Leben im Hier und Jetzt, Wertschätzung der eigenen Person mit ihren Stärken wie mit ihren Schwächen
5. **Feeling Uncomfortable with People (FUP):** Gefühle der Verunsicherung, der Spannung und des Unbehagens in Gegenwart anderer, in Beziehungen zu Menschen oder in sozialen Situationen
6. **Struggling with Feelings of Inferiority (SFI):** Tiefgehende Verunsicherung der Person, Selbstzweifel sowie die ängstliche Erwartung, andere würden sich als klüger und kompetenter erweisen als man selbst
7. **Feeling Ambivalent in Relationships (FAR):** Gewährwerden von gleichzeitig positiven und negativen Gefühlen gegenüber anderen, auch Freunden.

8. **Openness to Transcendent Experiences (OTE):** Die mehr oder weniger vorhandenen Überzeugung, über intuitive, irrationale und transzendente psychische Fähigkeiten (Präkognition, Gedankenübertragung usw.) jenseits der Rationalität und außerhalb der üblichen "fünf Sinne" zu verfügen
9. **Religio-Spiritual Beliefs (RSB):** Religiöse Überzeugungen als ein wesentlicher Teil des Lebens, unabhängig von Konfessionen; spirituelle Bedürfnisse.

Mehrere Faktorenanalysen haben diese Skalen schwerpunktmäßig drei Gruppen zugewiesen:

1. **Allgemeine Funktionstüchtigkeit** mit den Skalen  
FCA (Focusing Conscious Attention) und  
FFP (Fully Functioning Person)  
versus  
SFI (Struggling with Feelings of Inferiority)
2. **Beziehungsfähigkeit** mit den Skalen  
OFR (Openness for Feelings in Relationships)  
versus  
FUP (Feeling Uncomfortable with People) und  
FAR (Feeling Ambivalent in Relationships)
3. **Religiös-transzendente Basis existenziellen Vertrauens** mit den Skalen  
OTE (Openness to Transcendent Experiences)  
RSB (Religio-Spiritual Beliefs) und - in schwächerem Ausmaß  
TSO (Trust in Self as an Organism).

Inzwischen liegt eine dritte Revision der Deutschen Version des FRBS vor, die an vier Stichproben (zwei klinischen und zwei „normalgesunden“) itemanalysiert wurde. Die Reliabilitäten der Skalen (Cronbachs  $\alpha$ ) liegen zwischen .74 und .90 und sind damit befriedigend bis gut.

Ich möchte heute über erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie von ambulanten Gesprächspsychotherapien berichten, bei denen der FRBS jeweils vor und nach der Therapie angewandt worden war. Außerdem waren zu Vergleichszwecken zwei in der Therapieforschung bereits etablierte Verfahren vorgegeben worden, nämlich

1. Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP) von Horowitz, Strauß und Kordy (1994) zur Erfassung von Beziehungsproblemen
2. Die Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (deutsche Version, Franke, 1995) zur Erfassung der Symptombelastung.

### Vorgehen

An der Studie haben 13 erfahrene Gesprächspsychotherapeutinnen und 9 -therapeuten (zusammen also 22) aus Deutschland und der Schweiz teilgenommen, denen an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit sehr herzlich gedankt sei. Ihr Beitrag an dokumentierten Therapien lag zwischen 1 und 35. Insgesamt liegen 188 Prätests und 103 Posttests vor. Die Gründe für die fehlenden Posttest sind unterschiedlich (zum Ende des Erhebungszeitraums noch laufende Therapien; nicht zustande gekommene oder vorzeitig abgebrochen bzw. von der Kasse nicht verlängerte Therapien; mangelnde Motivation, die Fragebögen auszufüllen; Klient ist unmittelbar nach Therapieende unbekannt verzogen; Beenden der therapeutischen Tätigkeit des Therapeuten).

Die N=188 Patienten, von denen Prätests vorliegen, waren zu 23,4% m, 76,6% w mit einem Alter zwischen 17 und 63 Jahren (AM 35,4 ± 9,6). Ihr Bildungsstatus: 54,3% Haupt-/Realschulabschluss, 23,4% Abitur, 20,7% abgeschl. Hochschulstudium. Von den 103 Patienten mit Prä- und Posttests waren 24,3% m, 75,7% w mit einem Alter zwischen 19 und 63 Jahren (AM 35,3 ± 9,6); 44,7% hatten einen Haupt-/Realschulabschluss, 27,2% Abitur und 26,2% ein abgeschl. Hochschulstudium. Bei ihnen waren die häufigsten Erstdiagnosen nach ICD-10 37% F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen), 34% F3 (Affektive Störungen) und 10% F6 (Persönlichkeitsstörungen).

Eine Kontrollgruppe war nicht vorgesehen, weil es in der Studie nicht um den Nachweis der Wirksamkeit der GPT ging, sondern um einen internen Vergleich zwischen den eingesetzten Erhebungsverfahren.

## Ergebnisse

### a) Zur faktoriellen Validität des FRBS

wurden jeweils gemeinsame Faktorenanalysen seiner Skalen mit denen des IIP und der SCL-90-R vorgenommen (Hauptkomponenten-Analyse mit Varimax-Rotation; Anzahl der Faktoren bestimmt nach Kaiser-Kriterium mit anschließendem Fürntratt-Kriterium).

Die gemeinsame FA des FRBS mit dem IIP (Rohwerte, d.h. nicht ipsativiert) führte zu 4 Faktoren, die 71,3% der gemeinsamen Varianz aufklären. Die Ladungen gibt Tabelle 1 wieder.

**Tabelle 1: Ergebnisse der gemeinsamen Faktorenanalyse der Skalen des FRBS und des IIP (Rohwerte) <sup>1)</sup>**

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	h <sup>2</sup>
<b>FRBS</b>					
FCA			-,71		,57
OFR		-,71			,62
TSO	-,72				,66
FFP	-,55	-,37	-,37	,31	,67
FUP	,43	,73			,74
SFI	,68		,35		,67
FAR	,42	,67			,66
OTE				,81	,68
RSB				,84	,71
<b>IIP</b>					
PA: zu autokratisch		,38	,73		,74
BC: zu streitsüchtig		,78	,36		,74
DE: zu abweisend		,85			,79
FG: zu introvertiert	,48	,76			,81
HI: zu unterwürfig	,83				,77
JK: zu ausnutzbar	,87				,78
LM: zu fürsorglich	,85				,78
NO: zu expressiv			,77		,73
<b>Gemeinsame Varianz</b>	25,1%	23,1%	13,0%	10,1%	71,3%

<sup>1)</sup> Ladungen > ,30

Für den 1. Faktor ergaben sich Hauptladungen bei den FRBS-Skalen TSO(-), FFP(-) und SFI, die für eine ungünstige Vorstellung der Patienten von ihrer eigenen Funktionsfähigkeit stehen. Die hier ebenfalls ladenden IIP-Skalen HI, JK und LM beschreiben in dem diesem Verfahren zu Grunde liegenden Zirkumplexmodell interpersonaler Verhaltensweisen den IV. Quadranten (rechts unten), d.h. die Verbindung von positiver Evaluation mit Unterlegenheit. Dies bedeutet Probleme mit der eigenen Fürsorglichkeit, Ausnutzbarkeit und Unterwürfigkeit. Demnach gehen Minderwertigkeitsgefühle und Zweifel an der eigenen Funktionsfähigkeit mit zu großer freundlicher Nachgiebigkeit einher.

Die im 2. Faktor mit den FRBS-Skalen OFR(-), FUP und FAR beschriebenen Beziehungsprobleme stehen in deutlichem Zusammenhang mit den IIP-Skalen BC, DE und FG, die im Zirkumplexmodell den feindseligen Pol mit den Problemen zu streitsüchtig, zu abweisend und zu introvertiert wiedergeben.

Im 3. Faktor verbinden sich Probleme mit Aufmerksamkeit und Konzentration im FRBS (-FCA) mit den IIP-Skalen PA und NO, die auf Probleme mit zu großer eigener Dominanz und Aufdringlichkeit (zu autokratisch und zu expressiv) verweisen.

Faktor 4 ist durch die beiden transzendentalen FRBS-Skalen OTE und RSB bestimmt und zeigt keine Verbindung zum IIP.

Fazit: Zwischen dem FRBS und dem IIP bestehen – außer für die FRBS-Skalen OTE und RSB – deutliche und inhaltlich plausible Zusammenhänge.

Eine weitere Faktorenanalyse der Skalen des FRBS mit denen der SCL-90-R ergab 3 Faktoren, die zusammen 63,7 % der gemeinsamen Varianz aufklären. Wie die Faktorenladungen in Tabelle 2 zeigen, bestehen zwischen den einzelnen Skalen der beiden Verfahren, wenn überhaupt, dann nur recht schwache Zusammenhänge: Faktor 1 ist durch die Skalen der SCL-90-R definiert mit einer eher schwachen negativen Ladung bei FRBS-FFP. Faktor 2 ist durch FRBS-Skalen verminderter Funktionstüchtigkeit und Beziehungsproblemen bestimmt und steht in recht schwachem Zusammenhang mit den SCL-Skalen S2 (Zwanghaftigkeit), S3 (Unsicherheit im Sozialkontakt) und S4 (Depressivität), während der 3. Faktor mit OTE und RSB wieder ein reiner FRBS-Faktor ist.

**Tabelle 2: Ergebnisse der gemeinsamen Faktorenanalyse der Skalen des FRBS und der SCL-90-R1**<sup>1)</sup>

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	h <sup>2</sup>
<b>FRBS</b>				
FCA		-,54		,39
OFR			,55	,33
TSO		-,61	,34	,50
FFP	-,41	-,72		,72
FUP		,74		,66
SFI		,81		,71
FAR		,75		,64
OTE			,78	,63
RSB			,76	,58
<b>SCL-90-R</b>				
S1: Somatisierung	,82			,69
S2: Zwanghaftigkeit	,80	,31		,74
S3: Unsicherh. i. Sozialkontakt	,73	,48		,76
S4: Depressivität	,81	,30		,75
S5: Ängstlichkeit	,87			,78

<b>S6: Aggressivität/Feindseligkeit</b>	<b>,71</b>			<b>,58</b>
<b>S7: Phobische Angst</b>	<b>,79</b>			<b>,65</b>
<b>S8: Paranoisches Denken</b>	<b>,73</b>			<b>,60</b>
<b>S9: Psychotizismus</b>	<b>,83</b>			<b>,76</b>
<b>Gemeinsame Varianz</b>	<b>33,5%</b>	<b>20,2%</b>	<b>10,0%</b>	<b>63,7%</b>

<sup>1)</sup> Ladungen > ,30

Die Schwäche dieser Zusammenhänge stimmt insofern mit dem Klientenzentrierten Konzept überein, als dort die Inkongruenz, die sie sich in Problemen der psychischen Funktionstüchtigkeit und der Beziehungsfähigkeit zeigt, nicht mit spezifischen Störungen in Verbindung gebracht wird, wie sie in den einzelnen Skalen SCL-90-R repräsentiert sind. Deutliche Zusammenhänge sind viel eher zu erwarten, wenn die Skalen des FRBS zusammen mit der grundsätzlichen psychischen Belastung, repräsentiert im GSI-Wert der SCL, und dem Gesamtmaß der Beziehungsprobleme, repräsentiert im Gesamtwert des IIP, einer Faktorenanalyse unterzogen werden. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 3.

**Tabelle 3: Ergebnisse der gemeinsamen Faktorenanalyse der Skalen des FRBS mit den Gesamtwerten des IIP und der SCL-90-R <sup>1)</sup>**

	<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>	<b>Faktor 3</b>	<b>h<sup>2</sup></b>
<b>FRBS</b>				
<b>FCA</b>	<b>-,63</b>			<b>,42</b>
<b>OFR</b>			<b>-,90</b>	<b>,85</b>
<b>TSO</b>	<b>-,54</b>	<b>,42</b>		<b>,48</b>
<b>FFP</b>	<b>-,83</b>			<b>,76</b>
<b>FUP</b>	<b>,66</b>		<b>,53</b>	<b>,72</b>
<b>SFI</b>	<b>,84</b>			<b>,73</b>
<b>FAR</b>	<b>,70</b>		<b>,48</b>	<b>,72</b>
<b>OTE</b>		<b>,84</b>		<b>,72</b>
<b>RSB</b>		<b>,82</b>		<b>,67</b>
<b>GSI (SCL-90-R)</b>	<b>,72</b>			<b>,52</b>
<b>IIP-GES</b>	<b>,80</b>			<b>,72</b>
<b>Gemeinsame Varianz</b>	<b>37,7%</b>	<b>15,3%</b>	<b>13,5%</b>	<b>66,5%</b>

<sup>1)</sup> Ladungen > ,30

Wie erwartet, ergibt sich ein erster Faktor, durch den die Varianzen des GSI-Wertes zu 52% und des Gesamtwertes des IIP zu 64% aufgeklärt werden, mit substanziellen Ladungen bei den für die Funktionstüchtigkeit stehenden FRBS-Skalen FCA(-), FFP(-) und SFI sowie den Beziehungsprobleme signalisierenden FRBS-Skalen FUP und FAR. Faktor 3 repräsentiert mit den Skalen OFR(-) und schwächeren Ladungen bei FUP und FAR einen anderen Bereich der Beziehungsproblematik im FRBS, der weder mit der allgemeinen psychischen Symptombelastung (GSI) noch mit den im IIP erfassten Beziehungsproblemen in Zusammenhang steht. Analoges gilt für den 2. Faktor, der mit den Skalen OTE, RSB und TSO wieder die religiös-transzendente Basis existenziellen Vertrauens repräsentiert.

## b) Prä-Post-Vergleiche

Es bleibt die entscheidende Frage, wie gut der FRBS die Effekte der GPT wiedergeben kann. Beginnen wir mit den symptomorientierten Prä-Post-Unterschieden, wie sie sich in der SCL-90-R zeigen (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Effekte von Gesprächspsychotherapie in der Symptom-Checkliste SCL-90-R (S1-S9 und GSI: mittlere Itemwerte)**

Skala	prä	post	p	ES <sup>1)</sup>
<b>S1: Somatisierung</b>	0,71	0,52	n.s.	
<b>S2: Zwanghaftigkeit</b>	1,14	0,69	0,012	<b>-0,63</b>
<b>S3: Unsicherh. i. Sozialkontakt</b>	1,08	0,76	0,042	<b>-0,47</b>
<b>S4: Depressivität</b>	1,45	0,77	0,000	<b>-0,81</b>
<b>S5: Ängstlichkeit</b>	0,87	0,57	0,025	<b>-0,44</b>
<b>S6: Aggressivität/Feindseligkeit</b>	0,86	0,59	(0,074)	<b>-0,44</b>
<b>S7: Phobische Angst</b>	0,45	0,30	n.s.	
<b>S8: Paranoisches Denken</b>	0,84	0,59	n.s.	
<b>S9: Psychotizismus</b>	0,60	0,37	n.s.	
<b>GSI: Grunds. Psych. Belastg.</b>	0,94	0,59	0,028	<b>-0,65</b>
<b>PST: Anz. Belast. Symptome</b>	44,33	38,18	n.s.	
<b>PSDI: Intensität d. Antworten</b>	1,80	1,38	0,000	<b>-0,84</b>

<sup>1)</sup> Basis: Standardabweichungen der Prättests.

Hier ergibt sich für den GSI-Wert eine signifikante Abnahme der grundsätzlichen psychischen Belastung (ES = -0,65) sowie im PSDI-Wert eine hoch signifikante Reduktion der Intensität der Antworten (ES = -0,84). Unter den einzelnen Skalen finden sich durchweg numerische Verminderungen mit signifikanten und deutlichen Effekten (Effektstärken zwischen -0,44 und -0,81) bei den Skalen mit den höchsten Ausgangswerten: S2 Zwanghaftigkeit, S3 Unsicherheit im Sozialkontakt, S4 Depressivität und S5 Ängstlichkeit.

Demgegenüber sind die Therapieeffekte im IIP minimal (Tabelle 5). Lediglich am negativen Pol der Dominanzdimension (Unterwerfung) deuten sich signifikante Veränderungen an. Durch GPT scheinen demnach – gemessen am IIP – die Patienten etwas selbstsicherer geworden zu sein.

**Tabelle 5: Effekte von Gesprächspsychotherapie im Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP (Rohwerte)**

Skala	prä	post	p	ES <sup>1)</sup>
<b>PA: Zu autokratisch</b>	8,99	8,56	n.s.	
<b>BC: Zu streitsüchtig</b>	9,68	8,84	n.s.	
<b>DE: Zu abweisend</b>	10,48	9,50	n.s.	
<b>FG: Zu introvertiert</b>	12,86	10,82	(0,097)	<b>-0,35</b>
<b>HI: Zu unterwürfig</b>	16,26	13,77	0,037	<b>-0,36</b>
<b>JK: Zu ausnutzbar</b>	15,29	13,63	(0,076)	<b>-0,26</b>
<b>LM: Zu fürsorglich</b>	16,15	14,87	n.s.	
<b>NO: Zu expressiv</b>	12,41	10,76	n.s.	
<b>Gesamtbelastung</b>	12,76	11,34	n.s.	

<sup>1)</sup> Basis: Standardabweichungen der Prättests.

Die Veränderungen in den Skalen des FRBS zeigt schließlich Tabelle 6. Außer bei den Skalen OTE und RSB, denen offenbar keine klinische Bedeutung zukommt, finden sich überall signifikante Veränderungen mit mehr oder weniger deutlichen Effekten, die in der Größenordnung mit denen der SCL-90-R vergleichbar sind. Bei den Skalen TSO, FFP, FUP und SFI liegen die Werte zu Beginn der Therapie eine halbe bis eine ganze Standardabweichung über den Werten einer Vergleichsgruppe Normalgesunder, von denen sie sich nach der Therapie kaum mehr unterscheiden. Auffallend ist der schwache Effekt bei OFR. Er erklärt sich aus den unterschiedlichen Ausgangswerten der Patienten: Ein Teil von ihnen zeigt zu Beginn der Therapie deutlich erniedrigte Werte, die sich an deren Ende normalisieren. Ein anderer Teil hingegen leidet offenbar an Gefühlen in Beziehungen und beginnt mit deutlich erhöhten Werten, die sich nach der Therapie weitgehend normalisiert haben. Zusammengefasst in der Gesamtgruppe heben sich diese einander entgegengesetzten Effekte wechselseitig weitgehend auf.

**Tabelle 6: Effekte von Gesprächspsychotherapie im Feelings, Reactions and Beliefs Survey FRBS (z-Werte)**

	prä	post	p	ES <sup>1)</sup>
<b>Skalen</b>				
<b>FCA - Focusing Conscious Attention</b>	-0,35	-0,04	0,026	<b>0,31</b>
<b>OFR - Openness to Feelings in Relat.</b>	0,20	0,00	0,047	-0,20
<b>TSO - Trust in Self as an Organism</b>	<b>-0,61</b>	0,05	0,007	<b>0,66</b>
<b>FFP - Fully Functioning Person</b>	<b>-0,97</b>	-0,18	0,000	<b>0,79</b>
<b>FUP - Feeling Uncomfort. w. People</b>	<b>0,58</b>	0,19	0,031	<b>-0,40</b>
<b>SFI - Struggling with Feel. Inferiority</b>	<b>0,75</b>	0,16	0,000	<b>-0,59</b>
<b>FAR - Feeling Ambival. in Relationsh.</b>	0,41	-0,09	0,000	<b>-0,50</b>
<b>OTE - Openn. to Transc. Experiences</b>	-0,18	-0,07	n.s.	0,11
<b>RSB - Religio-Spiritual Beliefs</b>	-0,01	0,11	n.s.	0,12

<sup>1)</sup> Basis: Standardabweichungen der Prätests.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Der FRBS ist sehr gut geeignet für die Dokumentation von Effekten der GPT und vermutlich ebenso für andere Therapieverfahren, mit denen konstruktive Veränderungen im Bereich der Persönlichkeit angestrebt werden. Er ist valide, weil er Zusammenhänge mit in der Psychotherapieforschung international etablierten anderen Verfahren aufweist, die Interpersonale Probleme (IIP) bzw. die allgemeine psychische Belastung (SCL-90-R) erfassen. Verglichen mit der SCL-90-R zeigt er Effekte in vergleichbarem Ausmaß an. Anders als das IIP ist er zudem besser in der Lage, durch GPT bedingte Veränderungen in beziehungsrelevanten Bereichen der Person zu dokumentieren.

## Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger & H.W. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1* (S. 57-142). Köln: GwG-Verlag.
- Cartwright, D., de Bruin, J. & Berg, S. (1991). Some Scales for assessing personality based on Carl Rogers' theory: Further evidence of validity. *Personality and Individual Differences*, 12, 151-156.

- Cartwright, D. & Mori, C. (1988). Scales for assessing aspects of the person. *Person-Centered Review*, 3, 176-194.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Höger, D. (1995). Deutsche Adaptation und erste Validierung des „Feelings, Reactions and Beliefs Survey“ (FRBS) von Desmond S. Cartwright. Ein Beitrag zur konzeptorientierten Erfassung von Effekten der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 167-183). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (2000). „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7 (5), 5-17.
- Horowitz, L.M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994), IIP-D. *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin. (Deutsch: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler, 1973).
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S. (Ed.), *Psychology: a study of a science, Vol. 3* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill. (Deutsch: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: Gesellschaft für wiss. Gesprächspsychotherapie, 1987).
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. (Deutsch: *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett, 1973).
- Rogers, C.R. (1963). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 17-26.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1988). What it means to become a person. In *Annual Edition: Personal Growth and Behavior 88/89*. Guilford, Conn.: Dushkin.