

Kritische
Stichwörter
6

1979

Wilhelm Fink Verlag München

Wolfgang Grunwald
Hrsg.

Kritische Stichwörter
zur
Gesprächspsychotherapie

1979

Wilhelm Fink Verlag München

W/606/91

dann erneut bestimmt usf. Dies wird zyklisch für alle Personen so lange fortgesetzt, bis keine Änderungen in der Gruppenstruktur mehr erfolgen.

4. Da die Anzahl der Cluster meist nicht feststeht, sondern Ziel der Analyse ist, wird der oben geschilderte Prozeß der Clusterbildung für eine unterschiedliche Anzahl von Clusterkernen durchgeführt.
5. Welche der erhaltenen Clusterlösungen dann die beste ist, kann aus dem Verhältnis der Varianzen zwischen den Clustern und innerhalb der Cluster (Varianzkriterium) bestimmt werden.

Die Clusteranalyse ermöglicht es also, homogene Gruppen von Klienten, zum Beispiel Klienten mit gleicher Symptomatik auszumachen. Mit Hilfe nachfolgender Diskriminanzanalysen läßt sich die Güte der Clusterung abschätzen und Aussagen über die clusterdifferenzierenden Merkmale machen.

In einer Reihe von Untersuchungen wurden mit Hilfe von Clusteranalysen klinische Stichproben klassifiziert (Kopffhammer & Jenker, 1975; Steinmeyer, 1976; Wolfram & Moltz, 1974). Diese Untersuchungen bleiben allerdings bei der Klassifikation stehen. Ihre Bedeutung im Hinblick auf eine bestimmte Therapieform wird nicht untersucht. Die Therapiefor-

→ **Einstellungs- und Verhaltensänderung, Erfolgs- und Prozeßforschung, GT, GT-Skalen, GT-Kernvariablen, Indikation**

AUSGEWÄHLTE LITERATUR:

- Blalock, H. M.: *Causal inferences in nonexperimental research*, Chapel Hill, Univ. North Carolina Press 1964
- Hartig, M.: *Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung*, München 1975
- Opp, H.-D./Schmidt, P.: *Einführung in die Mehrebenenanalyse*, Reinbek 1976
- Petermann, F. (Hrg.): *Psychotherapieforschung 1977 a*
- Petermann, F. (Hrg.): *Methodische Grundlagen Klinischer Psychologie*, Weinheim 1977 b

WOLFGANG SCHULZ

Direktiv-Nondirektiv

1. DEFINITION UND ANWENDUNG

1.1 NONDIREKTIVITÄT IN DER GT. Eines der ursprünglich wichtigsten Prinzipien der GT ist die nondirektive Vorgehensweise des Therapeuten (vgl. Rogers 1942/1972). Diese Haltung verwirklichen heißt: „nicht vorher Angenommenes suchen oder bestätigt sehen zu wollen und die Darlegung sowie den Lösungsweg eines Problemes völlig der Initiative des Klienten zu überlassen“ (Mucchielli 1972, S. 9).

Eine nicht-direktive Gesprächsführung untersagt somit „dem Therapeuten alles Fragen, Drängen, Bewerten, Lenken . . . , weil Wert darauf gelegt wird, daß der Patient sich entfaltet, sich mit Hilfe bestimmter anderer Verhaltensweisen des Therapeuten selbst hilft und so zu einer eigenständigen Persönlichkeit wird“ (Claus et al. 1976, S. 368).

Die Forderung nach Nondirektivität hat sich aus der Grundannahme der GT entwickelt, daß der Mensch eine „angeborene Tendenz zur Selbstverwirklichung“ besitze, die unter günstigen Bedingungen freigesetzt wird; diese Bedingungen sollen die Therapiesituation schaffen (Bommert 1977, S. 30). Die Aufgabe des Therapeuten besteht lediglich darin, solche Bedingungen zu schaffen, so daß der Klient dieser Tendenz nachkommen und sich somit frei entfalten kann.

Ein nicht-direktives Verhalten wird besonders durch die Variable „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (VEE) verwirklicht, die ein Fehlen von Ratschlägen u. ä. impliziert (vgl. Tausch 1974).

1.2 NONDIREKTIVITÄT IN DER GRUPPENDYNAMIK. Gruppendynamische Trainer sind ähnlich schwer unter einem einheitlichen Gesichtspunkt darzustellen wie GT-Therapeuten. Da im allgemeinen das Trainerverhalten sehr vage beschrieben wird, kann Bradfords Darstellung für den überwiegenden Teil der Trainer gelten: Der Trainer ist, „Weder ein Lehrer in gewöhnlichem Sinne noch ein Diskussionsleiter. Er setzt nicht im vorhinein bestimmte Lerninhalte fest, und er lenkt nicht die Arbeit der Gruppe, ebensowenig ist er aber passiv und ohne Verantwortung dafür, daß ein Lernen stattfindet. Er besitzt weder die klar abgegrenzte Autorität des Lehrers oder des Diskussionsleiters, noch wird er ein einfaches Mitglied der Gruppe, wenn er auch dieser Rolle gewöhnlich näher kommt als ein Lehrer oder Diskussionsleiter“ (1972, S. 22). Konkret heißt das: Feed-

back erfolgt – zumindest der Theorie nach – „überwiegend durch die Trainingsteilnehmer. Der Trainer soll sich mit derartigen ‚direktiven‘ Eingriffen in den Gruppenprozeß zurückhalten.“ (Greif 1976a, S. 33).

1.3 DIREKTIVITÄT. „‚Direktive‘ Verhaltensweisen sind Anregungen, Vorschläge, Feedbacks, Verstärkungen und andere verbale und nicht-verbale Handlungen“, die das Verhalten des Klienten steuern oder kontrollieren (Greif 1976a, S. 29). Lerntheoretisch orientierte Psychologen, wie z. B. Skinner (1969/74), Angermeier (1972), Bandura (1969) sowie Sozialpsychologen, wie z. B. Argyle (1974) Stadler u. a. (1975), haben die gegenseitige Beeinflussung der Menschen nachgewiesen. Die gesamte Verhaltenstherapie, die zahlreiche Erfolge aufweisen kann, baut auf diesem Tatbestand auf. Ebenso verhält es sich bei bestimmten Techniken zum Training sozialer Kompetenzen (Pfäfflin und Semmer 1978). Der Klient wird durch verbale und nicht-verbale Hinweise beeinflusst: „Man hat gezeigt, daß verstärkende Stimuli wie Kopfnicken, Lächeln, gebrummte Zeichen der Zustimmung und ähnliche minimale Verhaltensweisen erstaunlich effektiv sind, wenn sie systematisch angewandt werden“ (Kanfer und Phillips 1970/75, S. 440).

2. ZUM PROBLEM DER NONDIREKTIVITÄT

2.1 VERHALTENSEBENE. „Auch wenn der Therapeut nicht bewußt versucht, den verbalen Output des Patienten durch kontingente Verstärkung zu modifizieren, können durch seine allgemeine Haltung gegenüber den Äußerungen des Patienten und durch seinen Gesprächsstil dieselben Ergebnisse zustande kommen, wie durch systematische Verstärkung“ Kanfer/Phillips, 1970/75, S. 440; d. h. Therapeuten gehen beeinflussend vor, auch wenn es nicht ihrer Theorie entspricht.

Auch innerhalb der GT gibt es zahlreiche Untersuchungen, welche die Unmöglichkeit nondirektiven Verhaltens aufzeigen: Neben der verbalen Konditionierung wirken in der Therapiesituation andere Faktoren der Beeinflussung, wie das Gegenkonditionieren, das Imitationslernen, die Konfrontation.

Aus der aktiven Verwirklichung der Kernvariablen ergibt sich – im Gegensatz zum laissez-faire-Stil – daß der Therapeut den Klienten „tiefgreifend hinsichtlich Selbstexploration, reziproker Affekte usw. beeinflusst“ (Tausch, 1974, S. 156). Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde innerhalb der GT der Begriff „nicht-direktiv“ mehr und mehr durch „klient-zentriert“ verdrängt.

Rogers, der die Forderung aufstellte, daß die drei Variablen unabhängig von bestimmten Verhaltensweisen oder sprachlichen Inhalten angewendet werden sollten, wurde von Murray (1956) folgendes nachgewiesen:

Rogers reagierte nur auf bestimmte Gesprächsinhalte des Klienten, z. B. Unabhängigkeit, mit hohem Niveau an Verständnis, Wertschätzung und Akzeptierung.

Auch Truax (1966) analysierte Tonbänder von Therapien, die Rogers durchführte und fand enge Beziehungen zwischen bestimmten Merkmalsklassen beim Klientenverhalten und dem Niveau der Kernvariablen. Daß „der Wunsch fast aller Psychotherapeuten, positive Wertschätzung und emotionale Wärme“ zu zeigen, „sowie ihre Selbsteinschätzung hierüber . . . erheblich unterschiedlich (ist) zu dem realisierten Verhalten, wie es etwa von Klienten oder neutralen Beobachtern eingeschätzt wird“ (Tausch, 1974, S. 124), spricht ebenfalls für die Unmöglichkeit der nondirektiven Vorgehensweise.

Aufgrund dieser Ergebnisse kommt Tausch zu folgender eingeschränkter Formulierung der Nondirektivität: „Maximale Zurückhaltung der Psychotherapeuten in der Erteilung von Ratschlägen, Anweisungen, Anforderungen usw.“ (Tausch, 1974, S. 156).

Greif (1976a, S. 34) stellte für gruppenspezifische Trainings, die ja auch den Anspruch der Nondirektivität vertreten, die Hypothese auf, daß auch dann, „wenn der Trainer schweigt, sein Verhalten nicht ohne Einfluß auf die Teilnehmer“ bleibt. Franz et al. (1974) vertreten die Auffassung, ein solches Verhalten des Trainers führe zu einer Veränderung des Wahrnehmungssystems der Teilnehmer. Sie reagieren auf nonverbale Hinweise, und die „Autoritätsperson setzt sich in subtiler Weise fort“ (S. 187), oder aber sie orientieren sich am feedback der anderen Teilnehmer. Auf die Nachteile, ja Gefährlichkeit solcher Verhaltensweisen, gehen wir weiter unten ein.

2.2 INTENTIONALE EBENE. Die Beeinflussung auf der Verhaltenzebene ist Ausdruck der intentionalen Ziele und Methoden der Therapeuten, die sie in allen Theorien und Beschreibungen ihrer Arbeit anführen. Ein bestimmtes Menschenbild geht mit den psychologischen Techniken einher. Diese Vorgehensweise ist dann problematisch, wenn das Ziel und die Methoden nicht explizit als ein mögliches Ziel und als mögliche Techniken dem Klienten vermittelt werden. Genau das aber ist bei der GT der Fall. Unserer Meinung nach ist eine solche Vorgehensweise eine höchst entwickelte Form der Direktivität, denn man kann sich ihr nicht widersetzen, da der Klient die impliziten Ziele des Therapeuten nicht kennt.

Direktive Verhaltensweisen müssen also vom Therapeuten offen und durchschaubar gemacht werden (Greif, 1976a, S. 31); ein direkter Therapeut wird z. B. seinem Klienten vor der Therapie seine Vorgehensweise erklären, um dem Klienten Gelegenheit zur Kritik zu geben.

Der Therapeut nimmt also eine aktive Expertenrolle ein. Auf die Einbeziehung des Klienten wird dabei keineswegs verzichtet: Eine Zielbestimmung wird immer gemeinsam mit dem Klienten durchgeführt (Schulte, 1974); ebenso ist die aktive Mitarbeit des Klienten Bestandteil jeder „direktiven“ Therapie.

Bei der Diskussion um Ziel und Weg der Therapie ist der Klient kein gleichberechtigter Partner, denn er hat keine ausreichenden Kriterien, Therapietechniken zu beurteilen und auszuwählen.

3. BESCHRÄNKUNG DER NONDIREKTIVEN VORGEHENSWEISE

3.1 GLOBALZIEL VERSUS TEILZIEL. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen dem direktiven und nondirektiven Ansatz besteht in den Zielansprüchen. Die nondirektive Vorgehensweise zeichnet sich durch Globalziele aus: so soll in der GT eine „konstruktive Selbstregulierung“ oder gar die „Reorganisation der Persönlichkeit“ (Rogers, 1974) erreicht werden. Durch die Herstellung der „psychischen Funktionsfähigkeit“ der Klienten können diese „ihre Probleme weitgehend selbstständig und in einem ihnen angemessenen Sinne lösen, sie können sich gleichsam mehr an sich selbst anpassen und ihre Wünsche und Vorstellungen durch mehr Aktivität und Durchsetzungsvermögen verwirklichen“ (Tausch, 1974, S. 23). In nicht-direktiven Kommunikations- und Verhaltenstrainings geht es gar um die „Förderung freiheitlich-demokratisch-sozialer Grundhaltungen und Verhaltensweisen zur Unterstützung der individuellen Emanzipation der Trainingsteilnehmer und der gesellschaftlichen Emanzipation durch die Trainingsteilnehmer“ (Fittkau, 1974, S. 32).

Der direkte Ansatz kennt solche Globalziele in der Regel nicht. Hier wird erst aufgrund einer Voranalyse entschieden, auf welche Punkte sich die therapeutische Intervention richten soll (vgl. Schulte, 1974, S. 94). Es wird also „nicht der Anspruch erhoben, generelle, situationsunabhängige Eigenschaften oder Verhaltensdispositionen“ zu verändern (Greif, 1976a, S. 31). Die Therapieziele ergeben sich aus der Analyse des symptomatischen Verhaltens und beschränken sich auf konkrete Verhaltensweisen und Situationen.

Auch bei direktiven Verhaltens- und Kommunikationstrainings ist das Trainingsziel zu sehen als ein „Beitrag zur Lösung bestimmter Probleme in bestimmten Situationen. Das Ziel wird vor Beginn des Trainings (gemeinsam mit den Teilnehmern, d. Verf.) konkret formuliert und eingegrenzt“ (Greif, 1976a, S. 31).

Dabei wird allerdings nicht ausgeschlossen, daß eine Veränderung bestimmter Verhaltensweisen im Sinne des Therapie- bzw. Trainingsziels auch andere Modifikationen nach sich zieht.

Die Realität des Zielanspruchs spiegelt sich in wissenschaftlichen Untersuchungen wider: Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten finden sich bis jetzt bei gruppenspezifischen Seminaren keine Ergebnisse, die den Einfluß nicht-direktiven Trainer-Verhaltens nachweisen; die Effekte gruppenspezifischer Trainings insgesamt müssen nach Greifs methodischer Kritik als nicht existierend angenommen werden (Greif, 1976b).

Untersuchungen zum direktiven Vorgehen zeigen, daß hier durchaus Erfolge in der gewünschten Richtung erzielt werden. Diese Untersuchungen beziehen sich hauptsächlich auf die Effekte der jeweiligen Vorgehensweise. Untersuchungen, die das Verhalten des Therapeuten zum Gegenstand haben, sind bis jetzt innerhalb des direktiven Ansatzes vernachlässigt worden. Damit ist es leider nicht möglich, die Ergebnisse aus anderen Bereichen, wie z. B. der sensumotorischen Forschung, die sich sehr intensiv mit optimalem Feedback auseinandersetzt, mit denen der Gesprächstherapeuten zu vergleichen. Durch eine sich selbst auferlegte Zurückhaltung nimmt sich der direkte Ansatz die Chancen einer gezielten Einflußnahme unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse.

3.2 SYSTEMATISCHES FEEDBACK VERSUS UNSYSTEMATISCHE BEEINFLUSSUNG. Der Klient orientiert sich an den verbalen und nonverbalen Äußerungen des Therapeuten. Implizit heißt das, daß er Feedback erwartet. Feedback ist „eine Information zwischen Ist- und Sollzustand. Also sind prinzipiell Informationen sowohl über den Soll- als auch den Istzustand nötig sowie Informationen darüber, welche Operationen den Abstand zwischen ihnen verringern“ (Pfäfflin und Semmer, 1978, S. 181). Diese Information kann auf viele verschiedene Arten gegeben werden. Pfäfflin und Semmer versuchen, die Ergebnisse der sensumotorischen Forschung von Holding auf Trainingsseminare zu übertragen. Um durch Feedback stabile Effekte zu erhalten, ist ein wichtiger Punkt die Verknüpfung zwischen extrinsischem und intrinsischem Feedback. Intrinsische „Cues“ sind „alle diejenigen Informationen, die für eine Aufgabe unter normalen Ausführungsbedingungen gegeben sind“ (Pfäfflin und Semmer, 1978, S. 182), extrinsisches Feedback „umfaßt all dieje-

nigen Informationen, die zu Trainingszwecken zusätzlich gegeben werden und in der Ausführung unter Alltagsbedingungen wegfallen“ (Pfäfflin und Semmer, S. 183). Um die Diskrepanz zwischen Ist- und Sollwert zu verringern, sind klare Bewertungen zu geben, die genau auf bestimmte zu verändernde Bereiche zu spezifizieren und zu konkretisieren sind (Greif, 1976a, S. 333).

Die Information sollte unmittelbar gegeben werden und zu Beginn nicht komplex sein. Nicht-verbales Feedback, das als Modell dient, sollte von beschreibenden Begriffen begleitet sein. Weiterhin sollte der Trainer bzw. Therapeut sein eigenes, automatisiertes und ihm damit nicht bewußtes non-verbales Feedback unter Kontrolle halten, denn der Interpretation durch den Klienten bzw. Trainingsteilnehmer sind keine Grenzen gesetzt (Pfäfflin/Semmer, 1978, S. 214 ff.).

Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Feedbacks ist sein Motivationscharakter. Der Klient braucht sehr viel positives Feedback, um der Angst entgegenzuwirken, die sich in einer Therapiesituation einstellt. Auch Änderungen außerhalb der Therapie, die oft von Mißerfolgen begleitet sind, müssen vom Therapeuten motiviert werden. Diese Motivation muß zu Beginn aufrecht erhalten werden über ständige externe Verstärkung, sollte übergehen zu intermittierender Verstärkung (vgl. Angermeier, 1972) und sollte dann die Selbstverstärkung (vgl. Bandura, 1969, S. 32 ff.; 1971, S. 51 ff.; Watson und Tharp, 1975) fördern. Negatives Feedback sollte immer erst nach positivem erfolgen (Greif, 1976a, S. 332).

Die Situation in gruppendedynamischen Trainingsseminaren wird durch nicht-direktive Trainer dadurch erschwert, daß sie in ihrer Einflußnahme auf den Klienten nicht nur, wie in der Therapie, wissenschaftliche Erkenntnisse unbeachtet lassen, sondern daß dort auch die Trainingsteilnehmer als untrainierte Laien „schädliches“ Feedback verteilen können (Greif, 1976a, S. 333). „Selbstverständlich müssen sie mit einbezogen werden; der Trainer muß jedoch darauf vorbereitet sein, zu harte Kritik zu relativieren, zu globale Einschätzungen zu konkretisieren usw. Durch diese Diskussion und die Modellfunktion des Trainers werden die Teilnehmer im Laufe der Zeit immer besser in die Lage versetzt, selbst Feedback zu geben“ (Pfäfflin/Semmer, 1978, S. 220).

Vertreter der nondirektiven Richtung haben demgegenüber zahlreiche Untersuchungen vorzuweisen, in denen die Notwendigkeit einer nondirektiven Vorgehensweise für den Therapieerfolg festgestellt wird:

ein hohes Ausmaß der Variablen „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“, die ja Nondirektivität beinhaltet, fördert die Selbstexploration des Klienten

- nach nicht-direktiven Äußerungen reden die Klienten mehr als nach direktiven Äußerungen
- auf direktive Äußerungen erfolgen häufig Äußerungen des Klienten über äußere Probleme und seltener Exploration der Gefühle
- direktiv vorgehende Therapeuten halten sich für nicht-direktiv. (vgl. Tausch, 1974, S. 157).

Wir sind der Meinung, daß einige dieser Ergebnisse eher gegen die nondirektive Vorgehensweise sprechen:

Häufigkeit und Inhalt der Äußerungen des Klienten sind von der jeweiligen Problemsituation abhängig. Unter bestimmten Bedingungen kann es von Vorteil sein, wenn sich die Äußerungen des Klienten nicht nur auf seine Gefühle beziehen. Ebenso ist es durchaus erstrebenswert, die Häufigkeit von bestimmten Äußerungen zu reduzieren bzw. sie durch andere zu ersetzen, um dadurch z. B. eine adäquate Selbstinstruktion (Meichenbaum, 1977) aufzubauen. Ein weiteres Beispiel kommt aus der Depressionsforschung: Wenn dem Patienten „eine positive Perspektive und ein möglicher Ausweg aus seinen Problemen aufgezeigt werden“ soll (Hoffmann, 1976, S. 231), um damit u. U. Selbstmordabsichten zu reduzieren, dann wird eine gezielte Einflußnahme bzw. Einstellungsänderung sicher erfolgreicher sein als ein nondirektives Verhalten, das die depressiven Äußerungen des Klienten erhöht.

Auch der Befund, wonach sich direktive Therapeuten für nicht-direktiv halten, spricht nicht gegen eine direktive Vorgehensweise an sich, sondern gegen eine unsystematische direktive Vorgehensweise. Wir wollen das am Beispiel des Feedbacks verdeutlichen: Innerhalb eines Gesprächs soll Feedback durch den Therapeuten nicht unstrukturiert und spontan gegeben werden, wie z. B.: „Sie sind unzufrieden mit sich, wie sie sich in sozialen Situationen verhalten“. Oder durch andere Trainingsteilnehmer: „Das ist aber dumm, wie Du Dich in sozialen Situationen verhältst“, sondern eher wie folgt: „Daß Sie Ihren Mann beim Sprechen ansehen, ist sehr gut. Das gibt ihm das Gefühl, daß Sie dabei sind. Aber versuchen Sie doch einmal mindestens fünf Minuten lang, wenn Ihr Partner abends nach Hause kommt, nur über seine Probleme zu sprechen und nicht früher mit eigenen Themen zu unterbrechen.“ Solches Feedback ist spezifisch auf eine Situation gerichtet, konkret und informationshaltig, indem es auf die besonderen Bedingungen des Klienten eingeht.

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN. Bei der Gegenüberstellung des direktiven und nondirektiven Ansatzes lassen sich drei wesentliche Gesichtspunkte herausarbeiten:

- a) Wie im Beratungsgespräch so gibt es auch in der Therapie keine beeinflussungsfreien Situationen. Nondirektives Verhalten ist damit unmöglich. Die Methoden der GT und der Gruppendynamik, die den Anspruch nichtdirektiver Vorgehensweisen erheben, bemühen sich zwar, so wenig Einfluß wie möglich auszuüben; dieser ist jedoch undurchschaubar und wird damit nicht systematisch eingesetzt. Ein optimales Feedback ist damit ausgeschlossen. Um solche Effekte zu vermeiden, sollte der Therapeut stattdessen seine Expertenrolle offen wahrnehmen, sein Vorgehen darlegen und kritisierbar machen; damit wird die Möglichkeit zu gezieltem Therapeutenverhalten gegeben.
- b) Die Notwendigkeit einer nondirektiven Vorgehensweise ergibt sich für die Vertreter dieser Richtung aus der Tatsache, daß innerhalb der Therapiesituation eine günstige Atmosphäre hergestellt werden muß. Zur Schaffung einer solchen Atmosphäre ist aber weniger ein nondirektives Verhalten als vielmehr eine günstige Beziehung zwischen Klient und Therapeut notwendig, die nach Goldstein (1977) aus den Faktoren Sympathie, Achtung und Vertrauen besteht.
- c) In der Praxis ergeben sich für die Anwendbarkeit des nondirektiven Ansatzes zahlreiche Beschränkungen. Nach Mucchielli (1972, S. 9) muß von dieser Gesprächsart dort abgesehen werden,
- „– wo es um reine Fragen der Information, des Wissens sowie der Anwendung und Auslegung von Gesetzen geht;
 - wo Klienten ungenügendes oder fehlendes Denkvermögen besitzen (kleine Kinder, sogenannte Geisteskranke, Debile, Schwachsinnige);
 - wo der Klient nicht an solchen Gesprächen teilnehmen will (mangelnde Kooperation).“

Eine *gezielte direkte Vorgehensweise* sollte aufgrund dieser zahlreichen Einschränkungen verstärkt zum Gegenstand von Auseinandersetzungen innerhalb der GT und der Gruppendynamik gemacht werden.

→ **Beratungsgespräch, GT, GT-Kernvariablen, Persönlichkeitstheorie von Rogers, Persönlichkeit des Therapeuten, Therapeut-Klient-Beziehung, Therapieziele**

AUSGEWÄHLTE LITERATUR:

- Greif, S.: *Direktives Verhaltenstraining*, in: *Gruppendynamik*, 1976a, 7, 29–46
 Greif, S.: *Effekte gruppendynamischer Trainingsprogramme*, in: *Zeitschrift f. Sozialpsychologie*, 1976b, 7, 327–339

Mucchielli, R.: *Das nicht-direktive Beratungsgespräch*, Salzburg 1972
 Pfäfflin, M./Semmer, N.: *Interaktionstraining*, Weinheim 1978

ANNE RIEGER/EVA SCHMIDT-HIEBER