

# Grundlagen einer Klientenzentrierten Notfallpsychologie<sup>1</sup>

(Diether Höger April 2002)

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Sowohl die Erfahrung in der notfallpsychologischen Praxis als auch theoretische Überlegungen zeigen, dass gerade das Klientenzentrierte Konzept, ergänzt durch Teile der mit ihm eng verwandten Bindungstheorie, eine vorzügliche Grundlage für das notfallpsychologische Handeln bietet. Bevor Margarete und Werner Wilk ihr notfallpsychologisches Vorgehen und ihre Erfahrungen anhand konkreter Beispiele illustrieren, möchte ich versuchen, Ihnen einige wesentliche Begriffe und Modellvorstellungen in das Gedächtnis zurückzurufen, die das kompetente Handeln in einer Klientenzentrierten Notfallpsychologie leiten. Theorie dient – um eine Formulierung des Schweizer Kognitionspsychologen Hans Aebli zu paraphrasieren – dem Ordnen des Tuns. So gesehen ist sie nicht Selbstzweck, sondern eine Basis für das konkrete notfallpsychologische Handeln, dem sie eine Orientierung geben, die den von einem Notfall Betroffenen nicht nur eine optimale Versorgung gewährleisten, sondern auch und vor allem eine Prävention psychischer Folgeschäden gewährleisten soll. Anschließend bei der Darstellung der Beispiele können wir auf diese Begriffe und Modellvorstellungen zurückkommen und einzelne Maßnahmen im Verlauf des notfallpsychologischen Handelns mit ihnen verbinden.

Notfallpsychologie erfordert zwar die psychotherapeutische Qualifikation eines Psychologen<sup>2</sup>, ist aber selbst keine Psychotherapie. Rogers hat das Klientenzentrierte Konzept ausdrücklich nicht auf eine Theorie der Psychotherapie beschränkt, sondern es als allgemeine Grundlage für förderliche zwischenmenschliche Beziehungen insgesamt formuliert (vgl. Rogers, 1959/1987). Insofern bietet sich ihre Anwendung auf die Notfallpsychologie von vorne herein an. Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede zum psychotherapeutischen Setting sollten wir dabei im Auge behalten. Im Einzelnen möchte ich auf die folgenden Punkte zu sprechen kommen:

1. Die Aktualisierungstendenz als allgemeine Grundlage
  - 1.1 Zum Begriff der Aktualisierungstendenz
  - 1.2 Konsequenzen für die Notfallpsychologie
  - 1.3 Die Reaktion einer Person auf die Notfallsituation
2. Bindungstheorie und Notfallpsychologie
  - 2.1 Das Bindungssystem als Notfallsystem
  - 2.2 Adaptive Strategien des Bindungssystems
  - 2.3 Das Explorationssystem
3. Aufgaben des Notfallpsychologen
  - 3.1 Schutz und Unterstützung der Betroffenen
  - 3.2 Hilfe bei der Integration der Extremerfahrungen in das Selbstkonzept
  - 3.3 Die Reflexive Reorganisation des Notfallpsychologen.

---

<sup>1</sup> Vortrag beim 2. DPGG-Forum „Notfallpsychologie und Traumatherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht“ am 27.04.2002 in Berlin.

<sup>2</sup> Der einfacheren Lesbarkeit halber wird hier und im folgenden die männliche Form gewählt, wobei Männer und Frauen in gleicher Weise gemeint sind.

## 1 Die Aktualisierungstendenz als allgemeine Grundlage

### 1.1 Zum Begriff der Aktualisierungstendenz

Die Aktualisierungstendenz ist das zentrale Axiom des Klientenzentrierten Konzepts. Rogers hat sie bekanntlich wie folgt definiert: „Sie ist die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern („enhance“)" (Rogers, 1959, eigene Übersetzung). Nach Rogers ist sie zu jeder Zeit wirksam. Das im Begriff der Aktualisierungstendenz enthaltene Prinzip der Selbstorganisation von Organismen hat u.a. folgende Konsequenzen:

1. Menschen sind nicht von außen steuerbar. Zwar reagieren sie auf äußere Einflüsse. In welcher Weise sie dies jedoch tun, liegt ausschließlich in ihnen selbst begründet. Das bedeutet, dass das Verhalten und Erleben einer Person durch deren spezifisch individuelle innere Organisation bestimmt wird, wie sie in einem bestimmten Augenblick gegeben ist.
2. Diese Reaktionen einer Person in einer bestimmten Situation sind nicht beliebig, sondern haben einen Sinn. Er besteht darin, die weitere physische wie auch psychische Existenz der Person unter den gegebenen Umständen optimal zu gestalten.
3. „Optimal gestalten“ heißt, zuvörderst die Existenz der Person zu sichern („Erhaltender Aspekt“ der Aktualisierungstendenz) und, sofern diese hinreichend gewährleistet ist, ihre Erweiterung und Differenzierung voranzubringen („Entfaltender Aspekt“ = „enhance“).

### 1.2 Konsequenzen für die Notfallpsychologie

Folgen wir dem Prinzip der Aktualisierungstendenz, dann stellt das Verhalten von Menschen in Notfallsituationen deren spezifisch eigene und vor allem auch angemessene Reaktion dar. Daraus folgt:

- *Die primäre Leitlinie für ein angemessenes Handeln des Notfallpsychologen kann nicht ein allgemeines Interventionsprogramm im Sinne eines Manuals sein.* Letztlich ist es nicht der Notfallpsychologe, der weiß, was für den Betroffenen gut und notwendig ist, sondern der Betroffene selbst, auch wenn dies seiner Selbstwahrnehmung nicht zugänglich sein sollte. Weil seine Reaktionen angemessene Antworten auf seine Situation sind, sind sie zum einen positiv zu bewerten, selbst dann, wenn sie zunächst nach äußeren Kriterien als „gestörtes“ Verhalten und Erleben erscheinen mögen. Zum anderen sind sie Anknüpfungspunkt für das empathisch-akzeptierende Handeln des Notfallpsychologen.
- *Notfallpsychologisches Handeln orientiert sich an übergeordneten Prinzipien wie die des Klientenzentrierten Konzepts.* Da dieses Konzept auf einer hohen Abstraktionsstufe formuliert ist (Höger, 2000) sind sie abzustimmen
  - Auf die spezifische existentielle Situation „Notfall“ sowie
  - Auf den konkreten Fall (Situation, beteiligte Personen)

### 1.3 Die Reaktion einer Person auf die Notfallsituation

Eine Notfallsituation ist für den Betroffenen eine extreme Ausnahmesituation, in der er sich in seiner physischen und psychischen Existenz akut bedroht sieht. Insofern entsprechen seine Reaktionen primär dem erhaltenden Aspekt der Aktualisierungstendenz und haben dabei die Funktion,

1. Aktuell die Notfallsituation zu überstehen und die eigene Existenz in ihr so weit wie möglich zu sichern,

2. Auf die Zukunft hin gesehen, den Organismus durch elementare Lernprozesse auf die Möglichkeit vorzubereiten, auch künftig in ähnliche Situationen geraten zu können.

In diesem Zusammenhang ist u.a. die Tatsache zu sehen, dass in der Notfallsituation erlebte Ängste als Schutzmechanismus noch lange Zeit bestehen bleiben können. „Flashbacks“ können in diesem Sinne als Automatismus verstanden werden, der dem Betroffenen die Merkmale der bedrohlichen Situation wiederholt vor Augen führt, sie damit einprägt und sie künftig zu Auslösern schützender aversiver Reaktionen werden lässt.

Menschen reagieren nicht nur auf die Außenwelt, sondern auch auf sich selbst und ihre eigenen Reaktionen (z.B. Abwehr oder Ablehnung der verspürten Angst bei einem Menschen, der sich selbst als „stets souverän“ versteht). In der extremen Ausnahmesituation „Notfall“ sind für den Betroffenen auch seine eigenen, zumeist auch extremen Reaktionen in der Regel neu, fremdartig und damit zugleich – weil mit seinem Selbstkonzept schwer oder gar nicht vereinbar – beunruhigend, verwirrend und ängstigend. Damit stellen sie ihrerseits für den Betroffenen eine zusätzliche Belastung dar.

Die Belastung des Betroffenen durch seine eigenen Reaktionen ist umso größer, je stärker bei ihm die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung ausgeprägt ist, d.h. je mehr seine Selbstwahrnehmung eingeengt oder verfälscht ist, anders gesagt: je größer die Diskrepanz zwischen seinen in der Notfallsituation auftretenden Erfahrungen einerseits und dem Selbst andererseits ist. Die direkte und präzise Wahrnehmung dieser Erfahrungen wird dann ersetzt durch Annahmen darüber, wie das eigene Erleben eigentlich sei bzw. zu sein hätte. In einem solchen Falle ist die angemessene Verarbeitung und Integration des eigenen Erlebens (der Erfahrungen) beeinträchtigt, und die Wahrscheinlichkeit nimmt zu, dass sich die unmittelbare, in der Regel vorübergehende Reaktion auf die Notsituation chronifiziert.

## **2 Bindungstheorie und Notfallpsychologie**

### **2.1 Das Bindungssystem als Notfallsystem**

Die Bindungstheorie (Bowlby, 1975; Cassidy und Shaver, 1999) hat vielfach belegt, dass Menschen über ein angeborenes Bedürfnis verfügen, u.a. in Situationen der Bedrohung bei anderen Menschen Nähe und Hilfe zu suchen, wenn sie diese in der gegebenen Situation als stärker und kompetenter erleben können. Dieses Bedürfnis beruht auf einem Verhaltenssystem im Sinne der Ethologie, dem „Bindungssystem“, das in Situationen der Not aktiviert wird und das Verhalten und Erleben so organisiert, dass die erfahrene Sicherheit dem im Organismus bestehenden Sicherheitsbedürfnis entspricht (vgl. Abbildung 1). Dabei werden durch Wahrnehmungs- und Beurteilungsprozesse (KU = Kognitive Umsetzung) die äußeren Gegebenheiten in einen bestimmten Grad der erfahrenen Sicherheit umgesetzt, der mit einer Zielvorgabe, dem benötigten Sicherheitsgrad verglichen wird (B = Bewertung). Besteht ein Sicherheitsdefizit, wird das Bindungssystem aktiviert im Sinne einer Appetenz nach Sicherheit, und es tritt eine Selektion und Organisation von Verhaltensweisen ein, die geeignet erscheinen, die erfahrene Sicherheit zu erhöhen. In Verhalten („Bindungsverhalten“) umgesetzt (MU = Motorische Umsetzung), verändert dies die äußeren Gegebenheiten, bis der benötigte Sicherheitsgrad hergestellt ist.

Die Bezeichnung „Bindungssystem“ hat sich aus der Beobachtung ergeben, dass bereits Säuglinge die Nähe zu Personen (den Bindungspersonen) suchen und sie aufrecht erhalten (sich an sie „binden“), die sie als für sich zuständig erfahren. Die Funktion dieses Verhaltenssystems ist, in Situationen der Not und der Hilfsbedürftigkeit die Zuwendung anderer und damit Schutz und Hilfe zu erlangen. Insofern kommt dem Bindungssystem die Funktion eines „Notfallsystems“ zu. Die deutliche Trennung zwischen dem Motiv bzw. Erleben einerseits und der funktionalen Bedeutung eines Verhaltenssystems ist nicht ungewöhnlich (vgl. Hunger und Nahrungsaufnahme mit der Funktion der Energiezufuhr).

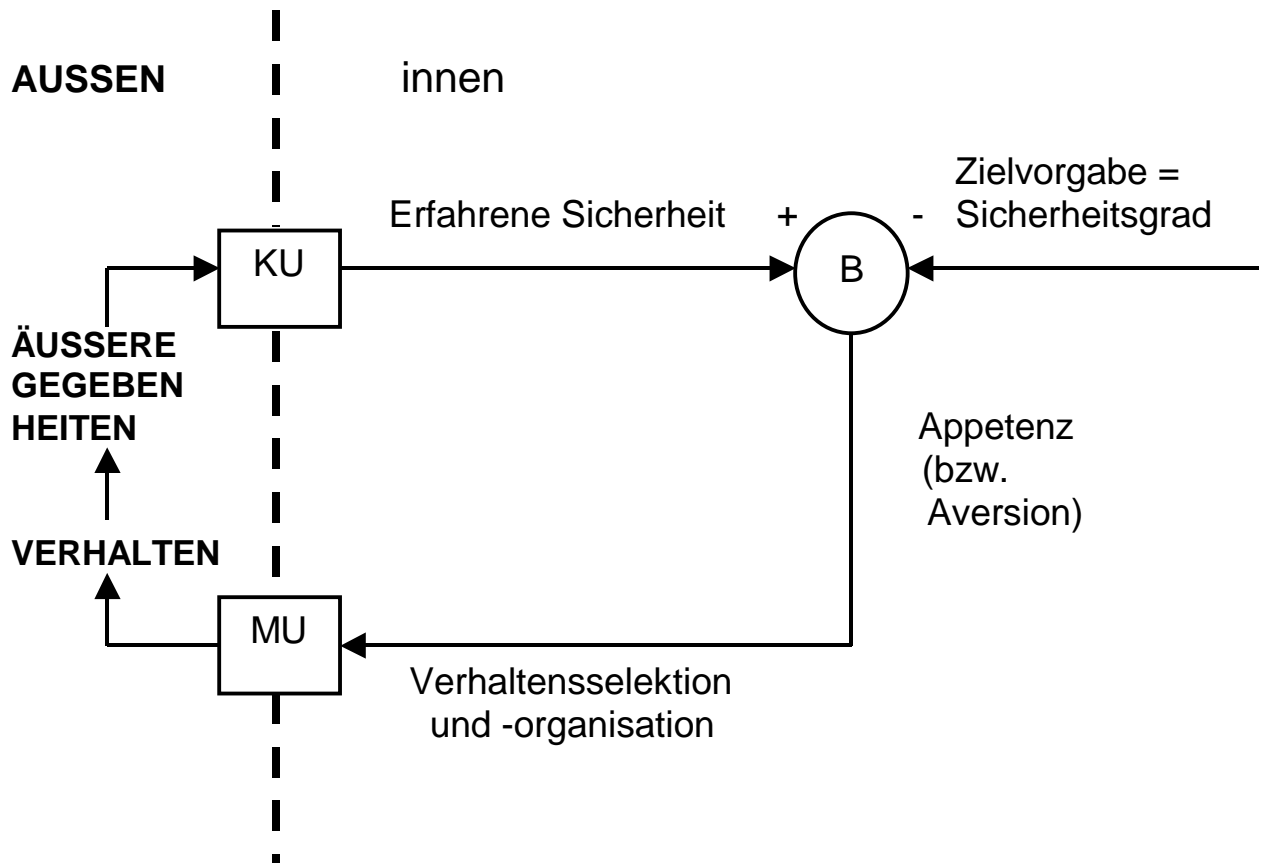


Abbildung 1: Schema des Verhaltenssystems „Bindung“ (vgl. Bischof, 1985)

Aus der Tatsache, dass sich die vier Kriterien 1. Suche nach Nähe, 2. Protest gegen ungewollte Trennung, 3. „Sichere Basis“ (von der aus der Weg in die unbekannte Welt gewagt werden kann) und 4. „Sicherer Hafen“ (in dem man bei Gefahr Zuflucht finden kann) auch in Beziehungen zwischen Erwachsenen finden, lässt sich der Schluss ziehen, dass dem Bindungs-/Notfallsystem auch in späteren Jahren und im Erwachsenenalter eine besondere Bedeutung zukommt (Ainsworth, 1989; Sperling & Berman, 1994; Hazan & Zeifman, 1999).

## 2.2 Adaptive Strategien des Bindungssystems

Die Selektion und Organisation des Verhaltens in Situationen, in denen das Bindungs-/Notfallsystem aktiviert wird, d.h. ob und auf welche Weise seine Aktivierung im Verhalten eines Menschen sichtbar wird, hängt von dessen bisherigen Erfahrungen in Bindungsbeziehungen ab. Main (1990) unterscheidet hier adaptive Strategien des Bindungs-/Notfallsystems. Dabei handelt es sich um eine Interpretation der von Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) beschriebenen Bindungsmuster „sicher“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“:

Eine Primäre Strategie („sicher“) entsteht, wenn in der bisherigen Entwicklung Bindungsbedürfnisse von den Bindungspersonen zuverlässig und vorhersehbar verstanden und hinreichend erfüllt worden sind. Sie besteht in der direkten Suche nach (in der Regel vertrauten) Personen, die Nähe oder Hilfe gewähren können, zusammen mit dem Vertrauen, deren Zuwendung auch zu erreichen.

Sekundäre Strategien („unsicher“) entwickeln sich, wenn in der Entwicklungsgeschichte Bindungsbedürfnisse nicht zuverlässig verstanden und hinreichend erfüllt worden sind. Dabei lassen sich zwei Grundformen unterscheiden, die sich im Einzelfall in unterschiedlichen Verhaltensweisen manifestieren können.

- Bei konstanter Frustration der Bindungsbedürfnisse erfolgt in bindungsrelevanten Situationen (z.B. Notsituationen) eine Deaktivierung d.h. Unterdrückung des Bindungsverhaltens und des Erlebens bindungsrelevanter Gefühle
- Sofern in der bisherigen Entwicklung Bindungsbedürfnisse in unvorhersehbarer Weise manchmal frustriert und manchmal befriedigt worden sind, ist das Ergebnis eine Hyperaktivierung des Bindungsverhaltens, zusammen mit Verlassenheitsangst und Misstrauen.

## 2.3 Das Explorationssystem

Das Explorationssystem ist dem Bindungssystem in seiner Grundstruktur als Regulationssystem analog und mit ihm funktional eng verknüpft. Bei ihm geht es um das Erregungsniveau, das durch Neues und Unvertrautes in der Umwelt vermittelt wird und der erlebten Polarität „Langeweile vs. Ängstlichkeit“ entspricht (vgl. Bischof, 1985). Seine Zielvorgabe ist ein mittleres Erregungsniveau. Bei Erregungsdefizit wird die dann entstehende Erregungsappetenz im Neugierverhalten sichtbar, d.h. im Aufsuchen und Erkunden von Neuem und Unbekanntem. Erregungsüberschuss führt zur Aversion gegenüber Erregung und Ängstlichkeit und damit zu Vermeidungsverhalten und/oder der Suche nach Sicherheit (Bindungsverhalten).

Dem Explorationssystem kommt die Funktion zu, das Wissen und die Kompetenzen einer Person in der Welt (einschließlich der eigenen Person) zu erweitern. Insofern ist es ein wesentlicher Bestandteil des Erweiternden Aspekts der Aktualisierungstendenz.

Explorationsverhalten ist an die Voraussetzung einer hinreichenden Sicherheit gebunden, wie sie durch das Bindungssystem vermittelt wird, die einen Bestandteil des Erhaltenden Aspekts der Aktualisierungstendenz darstellt.

### 3 Aufgaben des Notfallpsychologen

#### 3.1 Schutz und Unterstützung für die Betroffenen

Um den Bedürfnissen des bei den Betroffenen im Notfall aktivierten Bindungs-/Notfallsystem gerecht zu werden, ist das Gewähren von Schutz und Unterstützung oberstes Gebot, damit sie einen inneren Zustand hinreichender Sicherheit und Geborgenheit wieder gewinnen können. In der Sprache des Klientenzentrierten Konzepts bedeutet dies, den erhaltenden Aspekt der Aktualisierungstendenz zu stützen. Damit kann die psychische Funktionsfähigkeit der Betroffenen wieder hergestellt oder sogar verbessert werden. Grundlage dafür ist das klientenzentrierte Beziehungsangebot des empathisch-akzeptierend handelnden Notfallpsychologen, der spezifische situationsangemessene Maßnahmen ergreift und sich so auch als Bindungsperson (d.h. in der Situation stärker und kompetenter) qualifiziert. In einzelnen gehören dazu:

1. Strukturieren der Situation (ordnende Kompetenz des Notfallpsychologen in der oft von Verwirrung und Ratlosigkeit bestimmten Situation)
2. Persönliche Zuwendung (z.B. Betroffene einzeln ansprechen, mit ihnen eine direkte Beziehung aufnehmen, sie über das Geschehen berichten lassen)
3. Empathisch-akzeptierendes Eingehen auf das Erleben
4. Informationen über normale Reaktionen von Menschen in Notsituationen. Häufig nehmen Betroffene an, dass ihre eigenen extremen Reaktionen auf die Notfallsituation nicht nur von ihnen, sondern auch von anderen als merkwürdig und befremdlich angesehen werden. Sie neigen dann dazu, ihr Verhalten ihnen gegenüber zu verbergen, um nicht ihrer (antizipierten und vermeintlichen) Verwunderung, Kritik, Beschuldigungen oder Hilf- und Ratlosigkeit ausgesetzt zu sein. In diesem Falle können Betroffene in einer Situation, in der sie in besonderer Weise der Hilfe und Unterstützung anderer bedürfen, in eine soziale Isolation geraten, die die Überwindung der Notfallsituation zusätzlich erschwert. Ein empathischer und glaubwürdig akzeptierender Notfallpsychologe wird dann dem Betroffenen helfen, aus einer solchen Isolation heraus zu finden bzw. erst gar nicht hinein zu geraten.
5. Unterstützung gegenüber belastenden Sekundärbedingungen der Notfallsituation (Polizei, Medien, Neugierige usw.)
6. Bewahren bzw. Aktivieren der im sozialen Umfeld vorhandenen Ressourcen (Kollegen, Partner, Angehörige usw.).

Das soziale Umfeld des Betroffenen, insbesondere Arbeitskollegen, Partner, Angehörige sind durch die Notfallsituation häufig ebenfalls verstört. Werden auch sie gemäß den genannten Prinzipien betreut, kann zweierlei erreicht werden:

- a) Prävention von deren zusätzlicher Traumatisierung bzw. Fixierung auf das Trauma,
- b) Verhindern, dass sie durch ihre Reaktionen für den Betroffenen zu einer zusätzlichen Belastung werden bzw. erreichen, dass sie für den Betroffenen durch von Verständnis, Schutz und Unterstützung zu einer Quelle von Sicherheit werden können, und so von der Betreuung durch den Notfallpsychologen mit der Zeit unabhängig werden kann.

Im Hinblick auf die Betroffenen geht es hier darum, ihnen den sichernden Rückhalt im sozialen Netzwerk (wieder) zu verschaffen und zu stärken, der im „normalen“ Leben die Belange ihres Bindungs-/Notfallsystems gewährleistet.

### **3.2 Hilfe bei der Integration der Extremerfahrungen in das Selbstkonzept**

Sie kann in dem Maße Platz greifen, in dem es gelungen ist, bei den Betroffenen einen Zustand hinreichender Sicherheit und Geborgenheit wieder herzustellen. Mit der Integration der beängstigenden Erfahrungen in das Selbstkonzept sollen Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung vermindert und damit die Chronifizierung von Störungen verhindert werden.

Voraussetzung für die Symbolisierung von Erfahrungen ist nach dem Klientenzentrierten Konzept der Austausch mit anderen, die sich dem Erleben der Betroffenen empathisch-akzeptierend zuwenden. Die Gelegenheit dazu besteht bei

- Einzelgesprächen mit dem Notfallpsychologen zur Verarbeitung des Erlebten
- Dem Austausch über das Erlebte mit Schicksalsgefährten, Angehörigen usw., gefördert durch die Organisation von Möglichkeiten und Moderation durch den Notfallpsychologen.

In dem Maße, in dem ein Betroffener

- In der Lage ist, das klientenzentrierte Beziehungsangebot des Notfallpsychologen anzunehmen und
- Außerdem entsprechende Beziehungsangebote in seinem Umfeld findet und auch nutzen kann

wird bei ihm der explorierende, entfaltende Anteil der Aktualisierungstendenz aktiviert. Er ist dann in der Lage, seine eigenen Reaktionen zu verstehen, sie zu symbolisieren, in sein Selbstkonzept aufzunehmen und dieses entsprechend zu erweitern und zu differenzieren. Er kann dann beispielsweise auch lernen zu akzeptieren, dass seine noch lange weiter bestehenden nicht kontrollierbaren Ängste einen sinnvollen Schutzmechanismus seines Organismus darstellen. Er kann ebenso lernen, bedrohliche von „normalen“ Situationen zu unterscheiden und seine Reaktionen danach einzurichten.

### **3.3 Die reflexive Reorganisation des Notfallpsychologen in der Notfallsituation**

Bei all dem Bisherigen fehlt eines der wesentlichsten „Markenzeichen“ klientenzentrierten Handelns, nämlich das besondere Augenmerk auf die helfende Person selbst. Wir finden diesen Gesichtspunkt in einer der von Rogers (1959/1987) formulierten sechs Bedingungen für konstruktive Veränderungen in der Psychotherapie, und zwar in der Kongruenz des Therapeuten. Dabei geht es um dessen Funktionsfähigkeit als Person in der Therapie. Sie ist in dem Maße gegeben, in dem er in der Lage ist, seine Erfahrungen in der Beziehung mit dem Klienten hinreichend vollständig und genau zu symbolisieren und damit seine Fähigkeit zu akzeptierend-empathischem Handeln zu optimieren.

Wenn wir dies auf die Situation des Notfallpsychologen anwenden, dann ist es nicht nur für dessen eigene Psychohygiene, sondern insbesondere für seine Funktionsfähigkeit als in der Notfallsituation helfende Person notwendig, dass er sich gezielt und bewusst immer wieder „Auszeiten“ nimmt und damit für sich die Gelegenheit schafft, sich in der konkreten Situation seinem eigenen Erleben reflektierend, d.h. sich selbst explorierend zuzuwenden.

Vom ersten Anruf an ist der Notfallpsychologe nicht nur mit seiner fachlichen Aufgabe beschäftigt sondern auch in seinem Erleben von der Notfallsituation als solcher persönlich und zentral betroffen. Er reagiert auf sie mit seinen Wahrnehmungen, den ausgelösten Phantasien und den damit verbundenen Bedürfnissen, Gefühlen, vor

allem auch Ängsten. Ziel solcher reflexiver Auszeiten des Notfallpsychologen ist seine innere Reorganisation. Wir haben deshalb diesen Vorgang als „**Reflexive Reorganisation**“ bezeichnet und sehen darin eine der wesentlichen Aufgaben eines Notfallpsychologen. Durch eine hinreichende Reflexive Reorganisation kann er sich seiner eigenen inneren Situation bewusst werden und so die Gefahr vermindern, unmerklich von ihr beeinträchtigt zu werden, wenn er den vom Notfall betroffenen Menschen gegenübertritt. Die Reflexive Reorganisation des klientenzentrierten Notfallpsychologen steigert somit dessen Kompetenz als Person, die er in seine professionelle Kompetenz integrieren und in seine berufliche Arbeit einbringen kann.

## Literatur

- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie*. München: Piper.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler (Original: *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969).
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.)(1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp.336-354). New York: Guilford.
- Höger, D. (2000). „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7 (5), 5-17.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- 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* (S. 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)).
- Sperling, M.B. & Berman, W.H. (Eds.)(1994). *Attachment in adults. Clinical and developmental Perspectives*. New York: Guilford Press.