

Die personenzentrierte Psychotherapie vor dem Hintergrund neuerer Befunde zur therapeutischen Beziehung

Helena Maria Topaloglou

Wien, Österreich

Dieser Artikel beleuchtet die aktuellen Ergebnisse von Norcross und Lambert (2019) und Norcross und Wampold (2019) zu den evidenzbasierten Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung und der damit einhergehenden Bedeutung der reflexiven Kompetenz (Responsiveness) für die Wirksamkeit des therapeutischen Behandlungserfolgs. Carl R. Rogers' Kernbedingungen sowie die damit einhergehenden notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung werden anhand der durchgeführten Metaanalysen als einzelne Wirkfaktoren analysiert und diskutiert. Implikationen, Empfehlungen und Herausforderungen für die Praxis werden ausgeführt.

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Psychotherapie, therapeutische Beziehung, therapeutische Allianz, Wirkfaktoren von Psychotherapie

Person-centered psychotherapy against the background of recent findings on the therapeutic relationship. This article highlights the current findings of Norcross and Lambert (2019) and Norcross and Wampold (2019) on the evidence-based factors of a therapeutic relationship and the associated importance of reflexive competence (responsiveness) for the effectiveness of therapeutic treatment success. Carl R. Rogers' core conditions as well as the associated necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change are analyzed and discussed as individual effective factors based on the meta-analyses carried out. Implications, recommendations, and practical challenges are detailed.

Keywords: person-centered psychotherapy, therapeutic relationship, therapeutic alliance, therapeutic factors of psychotherapy

Im Jahr 1999 beauftragte die American Psychological Association (APA) eine Task Force, Aspekte der therapeutischen Beziehung zu identifizieren sowie empirisch abgesicherte Daten zu erfassen und zu operationalisieren. Erkenntnisse und daraus resultierende Empfehlungen veröffentlichte John C. Norcross in den Jahren 2002 und 2011. Die inzwischen dritte Auflage (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019) benennt die Wirkfaktoren einer evidenzbasierten Therapiebeziehung (was im Allgemeinen funktioniert) sowie wirksame Methoden, die Therapie auf einzelne Klient*innen zugeschnitten zu gestalten (was im Besonderen funktioniert). Entlang dieser Überlegungen wurden in den eingebundenen Metaanalysen zu den

Wirkfaktoren und unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsmerkmale (Reaktanz, Präferenzen, Kultur, Bindungsstil) jene spezifisch therapeutischen Verhaltensweisen (z. B. Allianz, Empathie, Unterstützung, Feedback sammeln) untersucht, die Behandlungsergebnisse effektiv verbessern können. Hinzu kamen Befunde zur therapeutischen Allianz mit Kindern und Jugendlichen, zur Paar- und Familientherapie, zu Echtzeit-Feedbacks von Klient*innen und zur Diversität. Individuelle Optionen des Eingehens auf Bindungsstil, Kultur, Geschlechtsidentität, Bewältigungsstil, Präferenzen, Reaktanz, Religion/Spiritualität, sexuelle Orientierung und Phasen der Veränderung wurden berücksichtigt.

Ziel waren und sind die Identifizierung wirksamer Elemente der therapeutischen Beziehung und die Entwicklung effektiver Methoden zur Verbesserung der Wirksamkeit therapeutischer Behandlungen, indem auf die Einzigartigkeit jeder Person in ihrer besonderen Situation eingegangen werden kann. Es geht vorrangig um das Bemühen, für jede*n Klient*in eine neue Therapie bzw. eine individuelle Arbeitsbeziehung zu erstellen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung leistet dabei

Helena Maria Topaloglou, Mag.^a, Dr.ⁱⁿ (Bildungs- und Psychotherapiewissenschaft), geb. 1958, Psychotherapeutin in freier Praxis, langjährige Tätigkeit in der psychiatrischen Rehabilitation (BBRZ MED, Leopoldau), Wissenschaftsbeauftragte, Ausbildungsleiterin und Lehrtherapeutin in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP), Lehrtätigkeit im Rahmen der Universitätslehrgänge „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ und „Personenzentrierte Psychotherapie“ der Universität Wien.
Kontakt: topaloglou@b-online.at

wesentliche und konsistente Beiträge zum Prozess-Outcome. Die Bewertung spezifischer Beziehungselemente in Relation zu ihrem Behandlungsergebnis identifizierte neun als nachweislich wirksam, sieben als wahrscheinlich wirksam und eines als vielversprechend wirksam, aber nicht ausreichend erforscht (Norcross & Lambert, 2019).

Obwohl der Anteil eingebundener personenzentrierter Metaanalysen nur bei 17 Prozent lag, wurden Carl R. Rogers' Kernvariablen bzw. die traditionellen Merkmale der therapeutischen Beziehung mit den notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung (Rogers, 1957a) umfassend bestätigt (Norcross & Lambert, 2019). In seinen Auseinandersetzungen mit dem Therapieprozess wird Rogers bis heute als Pionier „bei der Untersuchung und Weiterentwicklung der therapeutischen Beziehung“ (ebd., S. v; Übers. v. Verf.) wahrgenommen. Vor dem Hintergrund neuerer Befunde wird im vorliegenden Artikel daher der Frage nachgegangen,

- wie sich Rogers' Therapietheorie zu den Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung verhält und
- welche Korrekturen, Modifikationen oder Erweiterungen notwendig wären.

1. Die therapeutische Beziehung und ihre Wirkfaktoren

Grawe, Donati und Bernauer bescheinigten der Personenzentrierten Psychotherapie bereits 1994 eine überzeugend nachweisbare Wirksamkeit. Die Zukunft sahen sie in einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (1994/2001, S. 749), wobei sie die Wirkfaktoren verschiedener Therapiemethoden in drei Schwerpunkte zusammenfassten, die die Art der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung und damit einhergehende Konflikte in den Mittelpunkt therapeutischer Problemanalysen stellen. Neben der Problembewältigungsperspektive und der Klärungsperspektive steht heute die Beziehungsperspektive im Zentrum aktueller Studien und Metaanalysen, denn diese belegen: „The relationship can heal“ (Norcross & Lambert, 2019, S. 638).

Jedoch auch, wenn die *therapeutische Beziehungsqualität* ein wichtiger Indikator für den Therapieerfolg ist, kann und soll eine gute Therapiebeziehung aufgrund individueller Voraussetzungen sehr unterschiedlich aussehen (z. B. Grawe et al., 1994/2001; Norcross & Lambert, 2019). Eckert und Biermann-Ratjen (1990) z. B. bezeichneten „die ‚Theorie‘ des Therapeuten“ (S. 272) im Jahr 1990 als heimlichen Wirkfaktor. Eine gute therapeutische Beziehung sollte jedoch „auf der Ebene des jeweiligen therapeutischen Systems (Dyade, Gruppe)“ (Grawe et al., 1994/2001, S. 139) definiert und gemessen werden. Norcross

und Lambert (2019) bestätigen, dass sich unabhängig von der Therapietechnik oder -schule individuelle Unterschiede zwischen Therapeut*innen und ihrer Art der Beziehungsgestaltung zeigen. Die Forschung widmet sich diesem prozessualen Geschehen und möchte besser verstehen, warum und wann Psychotherapie so effektiv ist (z. B. Wampold, Imel & Flückiger, 2015/2018). Stiles (2009) machte darauf aufmerksam, dass die reflexive Kompetenz (Responsiveness) eine starke Erklärung für die Wirksamkeit der Psychotherapie liefern könnte. Wu und Levitt (2020) nehmen an, dass Therapeut*innen ihre individuelle Beziehungsgestaltung in einer natürlichen Art und Weise auf die Klient*innen ausrichten, um ihnen in ihrer aktuellen Situation bedürfnisorientiert zu helfen.

Diverse Befunde bestätigen, dass die Person der*s Psychotherapeut*in untrennbar mit dem Psychotherapieergebnis verknüpft ist und die Qualität der Behandlungsmethode untrennbar mit dem relationalen Beziehungskontext verbunden ist (Norcross und Lambert, 2019). Daher definieren Norcross und Lambert (2019) Beziehung in ihren Ausführungen nach Gelso und Carter (1985, 1994) neutral und weitgefasst: „The *therapeutic relationship* is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another and the manner in which it is expressed“ (Norcross & Lambert, S. 3; Hervorh. i. Orig.). Das Ziel ist eine optimale, empathische therapeutische Beziehung zu einem aktiven Gegenüber auf Grundlage ihrer oder seiner Persönlichkeit, Kultur und Präferenzen (vgl. z. B. Schmid, 2002). Widersetzt sich eine Klientin beispielsweise der Behandlung, kann die Therapeutin überlegen, ob ihr Ansatz mit den Werten, Einstellungen, der Kultur und Überzeugungen (Präferenzen) der Klientin übereinstimmt. Vielleicht jedoch ist die Klientin auch nicht bereit, eine Änderung vorzunehmen (Stufe der Veränderung) oder fühlt sich mit einem direktiven Stil unwohl (Reaktanz) (Norcross & Lambert, 2019).

Tabelle 1 bietet einen Gesamtüberblick zu erzielten Effektgrößen einzelner Beziehungselemente in Relation zu den Therapieergebnissen (ebd., S. 637).

Alle Metaanalysen von Norcross und Lambert (2019) sowie Norcross und Wampold (2019) verwenden die Effektgrößen d oder g . Dies sind standardisierte Differenzen zwischen zwei Gruppenmittelwerten, beispielsweise Psychotherapie und einer Kontrolle, dividiert durch die (gepolte) Standardabweichung. Die resultierende Effektstärke wird in Einheiten der Standardabweichung angegeben. Sowohl Cohens d als auch Hedges' g schätzen die Populationseffektstärke. Dies erhöhte die Konsistenz zwischen den Metaanalysen, verbesserte ihre Interpretierbarkeit und ermöglichte direkte Vergleiche der Ergebnisse. In allen Analysen ist die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs umso höher, je größer die Größenordnung von d oder g ist. Konventionell gilt ein d oder g von .30 als kleiner Effekt, .50 als mittlerer Effekt und .80 als großer Effekt. Bei dem

Tab. 1: Summary of meta-analytic associations between relationship components and psychotherapy outcomes

Relationship element	Number of studies (<i>k</i>)	Number of patients (<i>N</i>)	Effect size		Consensus on evidentiary strength
			<i>r</i>	<i>d</i> or <i>g</i>	
alliance in individual psychotherapy	306	30.000+	.28	.57	demonstrably effective
alliance in child and adolescent therapy	43	3,447	.20	.40	demonstrably effective
alliances in couple and family therapy	40	4,113	.30	.62	demonstrably effective
collaboration	53	5,286	.29	.61	demonstrably effective
goal consensus	54	7,278	.24	.49	demonstrably effective
cohesion in group therapy	55	6,055	.26	.56	demonstrably effective
empathy	82	6,138	.28	.58	demonstrably effective
positive regard and affirmation	64	3,528	.28		demonstrably effective
congruence/genuineness	21	1,192	.23	.46	probably effective
the real relationship	17	1,502	.37	.80	probably effective
self-disclosure and immediacy	21	-140	NA	NA	promising but insufficient research
emotional expression	42	925	.40	.85	probably effective
cultivating positive expectation	81	12,722	.18	.36	probably effective
promoting treatment credibility	24	1,504	.12	.24	probably effective
managing countertransference	9	392 therapists	.39	.84	probably effective
repairing alliance ruptures	11	1,318	.30	.62	probably effective
collecting and delivering client feedback	24	10,921		.14–.49a	demonstrably effective

Note: NA = not applicable; the chapter used qualitative meta-analysis, which does not produce effect sizes. a = The effect sizes depended on the comparison group and the feedback method; feedback proved more effective with patients at risk for deterioration and less effective for all patients (Quelle: Norcross & Lambert, 2019, S. 637).

Korrelationskoeffizienten *r* gilt ein Wert unter .30 als kleiner, zwischen .30 und .50 als mittlerer und über .50 als starker Effekt (Norcross & Lambert, 2019).

In der Personzentrierten Psychotherapie stehen die therapeutische Beziehungsqualität und der Therapieerfolg von jeher in einem engen Zusammenhang zu den therapeutischen Einstellungen (Rogers, 1957a, 1959a/2009). Für Rogers (1961a/2002) waren die Verfahren und Techniken weniger ausschlaggebend als die Haltungen. Ihm ging es darum, Klient*innen zu verstehen und eine „wachsende Zuneigung und Respektierung“ (ebd., S. 58) zu verspüren, die „präzises einführendes Verstehen, Empathie“ (Rogers, 1977b/2004, S. 23), „Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren“ (ebd., S. 27) und „Echtheit oder Kongruenz“ (ebd., S. 30) bedingen.

Durch die Mitteilung des Therapeuten, daß er den vom Klienten gefühlten und auch den noch nicht ins Bewußtsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht, lernt der Klient sich selber besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft (*at a good level*) abläuft, in seinem Bewußtsein zulassen. (ebd., S. 24; Hervorh. i. Orig.)

Unter Berücksichtigung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957a) kann sich eine Beziehungsqualität entwickeln, in der Therapeut*innen sich nicht „hinter einer

professionellen Maske zu verbergen“ (Rogers, 1977b/2004, S. 32) brauchen. Das, was sie sind und was sie fühlen, ist gut genug, sofern sie in der Beziehung zu Klient*innen transparent sind und so sein können, wie sie selbst sind und sich fühlen (Rogers, 1961a/2002). Dies ist umso relevanter, da aktuelle Forschungen zeigen, wie sich Ängste seitens des*r Therapeut*in auf die therapeutische Beziehung auswirken können oder Therapieabbrüche begünstigen (vgl. z. B. Cooper, 2012; Gross & Elliott, 2017). Um für Klient*innen in der Unmittelbarkeit des Therapiegeschehens zugänglich und förderlich zu sein, ist es wesentlich, sich auf das Erleben zu konzentrieren, auf das, was „in der Beziehung von Augenblick zu Augenblick“ (Rogers, 1977b/2004, S. 135) geschieht. Die personzentrierte Beziehung gestaltet sich, indem sich Klient*innen auf ihren bewussten und unbewussten Ebenen ihrer Persönlichkeit neu organisieren und ihr „Leben auf eine konstruktivere, intelligenter, sozialere und auch befriedigendere Art und Weise“ (Rogers, 1961a/2002, S. 49) erfahren können.

Die aktuellen Metaanalysen von Norcross und Lambert (2019) werden nun näher ausgeführt und punktuell um einige Befunde der personzentrierten Psychotherapie zur therapeutischen Beziehung ergänzt (vgl. auch Behr, 2020; Keil, Korunka, Topaloglou, Kurl & Käfer-Schmid, 2021).

Therapeutische Allianz

Der Begriff der *therapeutischen Allianz* bezieht sich auf das Gemeinsame des Beziehungsgeschehens, wie beispielsweise die Qualität des Arbeitsbündnisses, die Verbundenheit und die Übereinstimmung. Flückiger, Del Re, Wampold und Horvath (2019) merken in ihrer Metaanalyse an, dass es zur Begriffsbedeutung im Rahmen diverser Studien zwar vielschichtige Auffassungsunterschiede gibt, sie einheitlich jedoch davon ausgehen, dass die therapeutische Allianz positiv mit dem Therapieergebnis verbunden ist. Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds und Horvath wiesen bereits im Jahr 2012 darauf hin, dass der gemeinsame Nenner eines allgemeinen Allianz-Konzepts darin besteht, dass sich zuversichtliche Therapeut*innen einem Therapieprozess verpflichtet fühlen, der sich für sie vielversprechend und hilfreich anfühlt. Die Studienergebnisse bestätigen, dass dieses selbstbewusste Engagement ein sensibler und nützlicher Barometer für den Prozessverlauf ist, unabhängig davon, ob die Interventionen verhaltens- oder beziehungsorientiert sind.

Die therapeutische Allianz repräsentiert die proaktive Zusammenarbeit von Klient*innen und Therapeut*innen im Rahmen ihrer Therapieeinheit und in Moment-zu-Moment-Interaktionen, die sich in einer zunehmend wachsenden dyadisch interaktiven Qualität entwickelt (Flückiger et al., 2019). Ohne das proaktive Engagement der Klient*innen gibt es keinen therapeutischen Prozess. Die Befunde zeigten, dass Therapeut*innen zwar den größeren Beitrag zur Entwicklung der Allianz leisten, Klient*innen jedoch zweifellos zur dyadischen Beziehung beitragen. So können das Vertrauen der Klient*innen, die Prozessaktivitäten, die Bindungsfähigkeit und die soziale Unterstützung die kooperative Qualität der Allianz beeinflussen. Die störungsspezifische Ausprägung kann die Entwicklung der Allianz jedoch auch herausfordern (z. B. auf der Ebene der Wahrnehmung bei Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Substanzstörungen und Essstörungen) und bedarf einer besonderen Beachtung des psychosozialen, ethnischen und altersbedingten Kontextes. Aus klinischer Sicht zeigen die Ergebnisse von Flückiger und Kollegen (2019) aus 295 Studien mit einer mittleren Effektstärke von $r = .28$ bzw. $d = .58$, dass die Qualität der Allianz besonders in frühen Therapiephasen von Bedeutung ist (vgl. auch Murphy & Cramer, 2014).

Empathie

Elliott, Bohart, Watson und Murphey (2019) definieren *Empathie* folgendermaßen:

Empathie ist zwischenmenschlich, unidirektional und erfolgt von Person zu Person. Sie wird in erster Linie als Fähigkeit oder Kapazität und nur gelegentlich als Handlung konzipiert und beinhaltet eine

Reihe verwandter geistiger Fähigkeiten/Handlungen einschließlich des Verstehens der Gefühle, Perspektiven, Erfahrungen oder Motivationen der anderen Person, aber auch Bewusstsein, Wertschätzung oder Sensibilität für die andere Person. Empathie wird durch den aktiven Eintritt in die Erfahrung des anderen erreicht und in Bezug auf das Stellvertretende, die Vorstellungskraft, das Teilen oder die Identifikation unterschiedlich beschrieben. (S. 246; Übers. v. Verf.)

Elliott, Bohart, Watson und Greenberg (2011) wiesen in ihrer Metaanalyse zur Empathie darauf hin, dass diese grob in drei Prozesse unterteilt werden kann. Jeder Prozess weist neuroanatomische Korrelate auf und besteht aus Teilprozessen: (a) einem *emotionalen Simulationsprozess*, der die emotionalen Elemente der körperlichen Erfahrung widerspiegelt; (b) einem *konzeptionellen, perspektivischen Prozess* und (c) einem *Regulationsprozess*, um die persönliche Belastung durch andere zu lindern, um Mitgefühl zeigen zu können und das Verhalten des Gegenübers zu unterstützen. Aktuell untersuchten Elliott und Kolleg*innen (2019) in 82 Studien mit insgesamt 6138 Klient*innen den Zusammenhang zwischen der Empathie und dem Therapieerfolg am Ende der Behandlung. Interessanterweise hoben gerade die personenzentrierte Therapie und die Psychoanalyse die kognitiven oder zielgerichteten Aspekte hervor. Beide Ansätze verstanden Empathie als verbundenes Wissen (*connected knowing*) mitsamt der Art und Weise, wie die Welt individuell erlebt wird. Analysen zufolge bezogen sich ca. 70 Prozent von Rogers' Antworten eher auf das Gefühl als auf das Fühlen, obwohl seine Reaktionsweise typischerweise als „Reflexion des Gefühls“ (ebd., S. 247; Übers. v. Verf.) bezeichnet wird. Zum Verständnis des Bezugsrahmens einer Person gehört jedoch das Verständnis ihrer emotionalen Erfahrungen. Das heißt, Therapeut*innen heben vergleichsweise mehr bewusste zielgerichtete Prozesse hervor als automatisch körperbasierte emotionale Simulationsprozesse.

Beide Aspekte, so die Autor*innen (ebd.), finden sich in Rogers' (1980a) Definition von Empathie, die in der „sensible[n] Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten [besteht], die Gedanken, Gefühle und Kämpfe des Klienten aus Sicht des Klienten zu verstehen. Es ist diese Fähigkeit, vollständig durch die Augen des Klienten zu sehen und seinen Bezugsrahmen zu übernehmen“ (S. 85; Übers. v. Verf.). „Es bedeutet, in die private Wahrnehmungswelt des anderen einzutreten [...], von Moment zu Moment sensibel für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen zu sein, die in dieser anderen Person fließen. [...] Es meint, Bedeutungen zu spüren, deren er sich kaum bewusst ist“ (S. 142; Übers. v. Verf.). Im Jahr 1975 betonte Rogers (1975a) im Hinblick auf Gendlins Experiencing-Konzept das inhärente prozessual fließende Geschehen einer empathischen Vorgehensweise im Sinne eines Prozesses mit mehreren Facetten. Therapeut*innen treten in einer Offenheit und Einfühlsamkeit in die von Moment zu Moment gefühlten Veränderungen

der persönlichen Wahrnehmungswelt ihrer Klient*innen ein, um sich achtsam und vorurteilsfrei darin zu bewegen und die am Rande der Gewährwerdung befindlichen Bedeutungen zu erspüren. Das bedingt, dass Therapeut*innen ihre Gefühle adäquat kommunizieren, während sie zugleich auf Aspekte schauen, die ihr Gegenüber ängstigen. Zudem bedeutet es, Klient*innen zu begleiten, häufig stimmig zu überprüfen, ob die eigenen Wahrnehmungen korrekt sind und sich von den Antworten leiten zu lassen. Indem sie auf mögliche Bedeutungen dieses fließenden Erlebens hinweisen, können sich Klient*innen etappenweise auf ihr eigenes prozessuales Geschehen konzentrieren und dieses vollständiger erfahren (ebd.; vgl. auch Wu & Levitt, 2020).

Für Elliott und Kolleg*innen (2011, 2019) ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen: emotional, kognitiv, von Moment zu Moment oder indem versucht wird, ein allgemeines Gefühl dafür zu bekommen, wie es ist, diese Person zu sein. In ähnlicher Weise gibt es viele Möglichkeiten, Empathie auszudrücken. Dementsprechend wird Empathie als ein komplexes Konstrukt verstanden, das aus drei Hauptmodi besteht: aus empathischem Verhältnis, kommunikativer Abstimmung und Empathie der Person. Das Ergebnis der Metaanalyse mit einer mittleren Effektstärken von $r = .28$ und $d = .58$ bedeutet, dass Personen mit empathischen Therapeut*innen in ihrer Behandlung mehr Fortschritte machen und eine Verringerung ihres Leidensdrucks erfahren (Elliott et al., 2019).

Positive Beachtung/Wertschätzung

Faber, Suzuki und Lynch (2019) beziehen sich in ihrer Definition der *positiven Beachtung/Wertschätzung* auf Rogers (1959a/2009):

Wenn ich bei einem anderen Selbsterfahrung wahrnehme und dies zu einer positiven Veränderung meines Erlebnisfelds führt, dann erlebe ich dem anderen gegenüber Wertschätzung. Der Begriff *Wertschätzung* schließt allgemein in seiner Definition Haltungen wie Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie und Anerkennung ein. Sich selbst als jemand wahrzunehmen, der wertgeschätzt wird, bedeutet zu erleben, dass man eine positive Veränderung im Erlebnisfeld des anderen bewirkt. (S. 40; Hervorh. i. Orig.)

Die *bedingungslose Wertschätzung* definierte Rogers (ebd.) folgendermaßen: „Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, dass keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner Wertschätzung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose Wertschätzung für diese Person“ (S. 41). Einfacher ausgedrückt: „Wertschätzung für einen anderen empfinden, bedeutet, ihn ‚zu schätzen‘“ (ebd.). Hier bot Rogers ein einziges Synonym („schätzen“, engl. „prize“) als

Ersatz für die bedingungslose positive Beachtung in der Wechselseitigkeit der Begegnung an, obwohl Wertschätzung heute als Begriff für die allgemeine positive Beachtung verwendet wird. Die Merkmale, die Faber und Kolleg*innen (2019) für ihre Metaanalyse heranzogen, waren: Wärme, Sympathie, Bestätigung, nicht besitzergreifende Liebe, Zuneigung, Validation. Die Gesamteffektstärke in 64 Studien mit 3538 Klient*innen betrug $g = .28$, was auf einen geringen bis mittleren Zusammenhang der positiven Beachtung mit den Therapieergebnissen hinweist, jedoch auch mit den im Rahmen der Metaanalyse aufgetretenen methodischen Problemen in Zusammenhang stehen könnte. Zusätzlich wurde vermutet, dass sich das Konzept der positiven Beachtung in den letzten Jahren eher in der therapeutischen Allianz entfaltet. Die aktuellen Befunde zeigen eine moderate Assoziation und deuten an, dass die positive Beachtung ein wichtiger, aber nicht erschöpfender Teil des Therapieergebnisses ist.

Kongruenz/Echtheit

Die *Kongruenz* oder *Echtheit* ist eine von Rogers (1957a) hervorgehobene relationale Qualität und eine Voraussetzung für die Vermittlung von Empathie und positiver Beachtung. Kolden, Wang, Austin, Chang und Klein (2019) betrachten die von Rogers und seinem Team durchgeführte Wisconsin-Studie (Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967) als erste grundlegend wissenschaftlich fundierte klinische Studie zur Kongruenz. Besonders in der letzten Dekade nahm das Forschungsinteresse durch Gelsos (2002) Konstrukt der psychoanalytischen Konzeptualisierung der *real relationship* und durch die aus dieser Theorie der Übertragung-Gegenübertragung gewonnenen Forschung (z. B. Gelso, Kivlighan & Markin, 2019) deutlich zu.

Für Rogers, so Kolden und Kolleginnen (2019), bestand die Kongruenz aus zwei grundlegenden Elementen: Erstens ist der Therapeut „within the relationship freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself“ (Rogers, 1957a, S. 97). Therapeut*innen sind im Umgang mit Klient*innen aufrichtig, achtsam präsent, selbstbewusst und authentisch. Zweitens können kongruente Therapeut*innen diese Haltungen verbal und im Rahmen ihrer Vorgehensweisen angemessen vermitteln. Im Gegensatz zu Rogers' Sicht auf die Kongruenz als Beziehungsqualität betonte Barrett-Lennard (1962, 2015) die Wichtigkeit der Klient*innen-Erfahrungen und hob die Qualität der Wahrnehmung als einen wesentlichen Aspekt hervor. Gelsos (2002) Konzept der *real relationship* besteht aus zwei Komponenten: Echtheit und Realismus. Seine Definition überschneidet sich mit der Rogerianischen Definition der Kongruenz: „the ability to be who one truly is, to be nonphony, to be authentic in the here and now“ (Gelso, 2002, S. 37).

Kongruenz bedeutet, in der Beziehung echt zu sein (Rogers, 1977b/2004). Demnach sind Therapeut*innen sich ihrer selbst gewahr, ihre Gefühle und Erfahrungen sind ihnen zugänglich. Sie sind in der Lage, diese durch ihr Erleben von Person zu Person in die Beziehung zu ihren Klient*innen im Sinne einer „realen“ Beziehung“ (Auckenthaler, 2008, S. 1195) einzubringen. In ähnlicher Weise heben Kolden und Kolleginnen (2019) in der Definition von Gelso und Hayes (1998) hervor, dass kongruente Therapeut*innen im Einklang mit sich selbst sind: „Obwohl nicht erwartet wird, dass sie ihren Klienten alle ihre Gedanken mitteilen, zeigen diese Therapeuten eher eine Synchronität zwischen ihren inneren Erfahrungen und ihrem äußeren Verhalten gegenüber Klienten. Sie sind sie selbst; Sie wirken nicht falsch oder unaufrichtig“ (Gelso & Hayes, 1998, zit. n. Kolden et al., 2019, S. 119; Übers. v. Verf.). Zusammenfassend bezeichnen Kolden und Kolleginnen (2019) die Kongruenz als eine therapeutische Beziehungsqualität mit einer intrapersonalen und einer zwischenmenschlichen Facette: Achtsame Echtheit, persönliche Bewusstheit und Authentizität kennzeichnen das intrapersonale Element. Die Fähigkeit, einer anderen Person respektvoll und transparent den Raum zu geben, charakterisiert die zwischenmenschliche Komponente.

Auch wenn 21 Studien der Metaanalyse mit insgesamt 1.192 Personen mit einer Effektstärke von $r = .23$ bzw. $d = .46$ auf eine mittlere Effektstärke hinweisen, sind diese Ergebnisse für Kolden und Kolleginnen (ebd.) noch nicht ausreichend, um auf eine evidenzbasierte Wirksamkeit schließen zu können. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen jedoch, dass die Kongruenz ein wesentliches Beziehungselement ist, das konsequent mit dem Veränderungsprozess der Klient*innen verbunden ist.

Selbstoffenbarung und Unmittelbarkeit

Obwohl umstritten – wenn auch nicht explizit in der personenzentrierten Psychotherapie (vgl. z. B. Keil & Stumm, 2014) –, wird vermutet, dass sich die *Selbstoffenbarung* und Unmittelbarkeit von Therapeut*innen positiv auf die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess auswirken. Verallgemeinernd bezeichnen Hill, Knox und Pinto-Coelho (2019) beide Wirkfaktoren als „Aussagen des Therapeuten, die etwas Persönliches über den Therapeuten verraten“ (S. 379; Übers. v. Verf.). Therapeut*innen verwenden Selbstoffenbarungen, um eine Bindung herzustellen und Klient*innen zu helfen, sich normal oder verstanden zu fühlen und ihre Selbstöffnung zu fördern.

Die *Unmittelbarkeit* bezeichnen Hill und Kolleginnen (2019) als ein Miteinander, das über eine herkömmlich soziale Plaunderi hinausgeht und durch Therapeut*innen oder Klient*innen im Hier und Jetzt ausgelöst wird. Sie kann sich auf jeden beziehungsorientierten Dialog beziehen und dient der Verarbeitung dessen, was in einem spezifischen Moment zwischen Klient*in

und Therapeut*in geschieht. Das bedeutet z. B., Klient*innen nach ihren unmittelbaren Gefühlen zu fragen, Parallelen zu anderen Beziehungen zu ziehen, etwas Verdecktes offenzulegen oder auch einen Bruch in der Beziehung anzuerkennen und zu reparieren. In der Unmittelbarkeit der therapeutischen Begegnung können sie ermutigt werden, unausgesprochene Gefühle auszudrücken oder über die therapeutische Beziehung zu sprechen, um diese zu verbessern oder zu reparieren. Zusätzlich können geeignete Möglichkeiten für Interaktionen während eines Konflikts entdeckt und neu ausprobiert werden.

In der Selbstoffenbarung und in der Unmittelbarkeit, so Hill und Kolleginnen (2019), stellen sich Therapeut*innen zur Verfügung. Bei der Selbstoffenbarung beziehen sie sich auf das Selbst außerhalb der Therapiesitzung. Im Modus der Unmittelbarkeit verlassen sie sich auf ihre eigenen Wahrnehmungen und Reaktionen innerhalb der Therapiebeziehung. In beiden Modi fühlen sich Therapeut*innen möglicherweise verwundbar, sobald sie sich in die Beziehung einbringen, anstatt sich ausschließlich auf den*die Klient*in zu konzentrieren, da beide Vorgehensweisen Teile der Interaktion in einer wechselseitigen Beziehung sind. Sie unterscheiden sich darin, dass Selbstoffenbarungen in der Regel kurz sind, während die Unmittelbarkeit einen umfangreicheren wechselseitigen Austausch nach sich ziehen kann, sobald Therapeut*innen und Klient*innen über die Beziehung sprechen.

Auch wenn die positive therapeutische Wirksamkeit der Selbstoffenbarung und Unmittelbarkeit naheliegt, sind die Ergebnisse der in die Metaanalyse einbezogenen 21 Studien mit 184 Klient*innen für Hill und Kolleginnen (2019) noch unzulänglich. Ein Grund dürfte darin liegen, dass diese Interventionen nicht eindimensional sind. Sie sind individuell vielschichtig und variieren je nach Person und Kontext. Zusätzlich wird darauf verwiesen, dass die Selbstoffenbarung sowie die Unmittelbarkeit in der therapeutischen Beziehung nicht zufällig einsetzen, sondern aus bestimmten Gründen in bestimmten Kontexten angewendet werden.

Emotionaler Ausdruck

Emotionen sind der menschlichen Existenz innewohnend und die Basis psychotherapeutischer Prozesse. Da Emotionen sowohl adaptiv als auch maladaptiv sein können, werden sie manchmal als Orientierungshilfe oder zur Regulierung und Modifizierung genutzt (Watson, Greenberg & Lietaer, 2010). Timulak und Creaner (2010) beispielsweise resümieren in ihrer qualitativen Metaanalyse, dass die produktive Verarbeitung der Emotionen für Klient*innen und ihren Behandlungserfolg eine große Rolle spielen. Die Beiträge der Emotionsforschung zur Wirksamkeit, so Peluso und Freund (2019) in Bezug auf Greenbergs (vgl. z. B. 2016) emotionsfokussierter Psychotherapie, sind

erst vor relativ kurzer Zeit in den Vordergrund gerückt. Emotionen werden von Peluso und Freund (2019) als ein Gefühlszustand definiert, der sich (1) auf ein spezifisches Objekt bezieht (d. h., ich bin über etwas wütend), sich (2) über Sekunden bis Minuten entfaltet und (3) koordinierte Änderungen in der subjektiven Erfahrung, im Verhalten und in der Physiologie beinhaltet. Unterschieden wird zwischen Affekt und Stimmung, automatischen und reflektierten Bewertungen, produktiven und unproduktiven Emotionen, Alexithymia, emotionaler Verarbeitung und Regulierung.

Die Forschungsergebnisse überzeugen. Sie unterstützen nicht nur die Annahme, dass Emotionen wesentlich zum Therapieergebnis beitragen, sondern belegen, dass sie die Basis für spezifische und unspezifische Prozesse sind, die mit der Wirksamkeit verbunden sind (ebd.). Im Speziellen wird darauf hingewiesen, dass ein differenzierteres Verständnis erforderlich sei, da nicht alle emotionalen Ausdrucksformen gleichwertig und/oder vorteilhaft sind (vgl. auch Watson, Greenberg & Lietaer, 2010). Der durch den emotionalen Ausdruck entstehende wechselseitige Prozess kann zu einer positiven Bindung führen bzw. die therapeutische Bindung stärken und einen produktiveren emotionalen Ausdruck in der Therapie begünstigen. Die Beziehungsqualität der therapeutischen Allianz spielt dabei insofern eine erhebliche Rolle, als sie korrigierende emotionale Erfahrungen fördert und Klient*innen im Prozessverlauf Veränderungen entwickeln können (Peluso & Freund, 2019; Watson et al., 2010).

Hinsichtlich der Wirksamkeit kommen Peluso und Freund (2019) zu dem Ergebnis, dass die Korrelationen der gesichteten Studien auf einen möglichen Zusammenhang schließen lassen, aber ohne randomisierte kontrollierte Studien keine endgültigen Schlüsse möglich sind. Festgehalten wurde, dass die Assoziation zwischen dem emotionalen Ausdruck der*des Klient*in und dem Therapieergebnis durchgängig stärker war als zwischen dem emotionalen Ausdruck der*des Therapeut*in und dem Therapieergebnis. Untersuchungen (z. B. Blume-Marco-vici, Stolberg & Khademi, 2013) zeigten, dass der Ausdruck von Affekten (insbesondere Weinen) seitens der Therapeut*innen von Klient*innen allgemein positiv bewertet wurde. In einer Umfrage zum Einfluss von Essstörungen (Tritt, Kelly & Waller, 2015) empfanden Klient*innen z. B. das Weinen der Therapeut*innen als positiv, wenn sie die Bedeutung verstanden. Die Wahrnehmung des emotionalen Ausdrucks durch Klient*innen und die damit verbundene Bedeutung tragen zur Wirksamkeit der Intervention und zum Erfolg der Therapie bei. Die Ergebnisse mit einer Effektgröße von $r = .40$ und $d = .85$ bestätigen eine solide Beziehung zwischen dem emotionalen Ausdruck und den Therapieergebnissen (Peluso & Freund, 2019). Um zu untersuchen, wie genau sich der emotionale Prozess auf die Therapie und wie genau sich die Therapie auf den emotionalen

Prozess der Klient*innen auswirkt, sind weitere Untersuchungen erforderlich (ebd.; Watson et al., 2010).

2. Reflexive Kompetenz (Responsiveness)

Der Begriff *Responsiveness* als zwischenmenschliche Prozessvariable in der Psychotherapie im Sinne von „Sich-Einstellen“ wird nach Caspar und Grosse Holtforth (2009, S. 61) in zwei Bedeutungen verwendet: (1) Bereitschaft oder Fähigkeit einer*s Klient*in, auf ein (angemessenes) therapeutisches Angebot mit einer (positiven) Veränderung zu reagieren; (2) Fähigkeit einer*s Therapeut*in, sich auf besondere Voraussetzungen bei einer*m Klient*in einzustellen, mit dem Ziel, dadurch zur Durchführbarkeit der Therapie und zu einem besseren Therapieergebnis beizutragen.

Die zwischenmenschliche Beziehungsqualität war gerade für Rogers (1959a/2009) für den Therapieerfolg ausschlaggebend und wird durch seine „Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung“ (S. 46–55) definiert. Für ihn war die Beschaffenheit seiner Begegnungen auf lange Sicht wichtiger als sein sachliches Wissen, seine berufliche Ausbildung, seine therapeutische Orientierung oder die im Gespräch angewandte Technik (Rogers, 1977b/2004, S. 212). Und dennoch, so wie es nicht nur „die *eine* richtige Art, personenzentriert zu handeln“ (Schmid, 2002, S. 78; Hervorh. i. Orig.) gibt, können wir uns bewusst machen, dass es auch nicht nur die *eine* richtige Art der therapeutischen Beziehung gibt. Diese Aspekte der Individualität und die noch zu geringe Berücksichtigung kultureller, religiöser, sexueller und Gender-Faktoren ist für die Psychotherapiewissenschaft mitsamt ihrem Anspruch auf evidenzbasierte Vorgehensweisen eine große Herausforderung.

Die bei Norcross und Wampold (2018, 2019) erfassten Befunde betreffen einige Merkmale, die zuverlässig mit unterschiedlichen Reaktionen auf verschiedene Arten der therapeutischen Beziehung in Verbindung gebracht werden können. Demnach kann die Wirksamkeit und Effizienz mithilfe der Beachtung folgender Aspekte in der therapeutischen Vorgehensweise, sich auf Klient*innen einzustellen, verbessert werden: Bindungsstil, Kultur (Rasse/Ethnizität), Geschlechtsidentität, Bewältigungsstil, Präferenzen, Reaktanzniveau, Religion/Spiritualität, sexuelle Orientierung und Phasen der Veränderung. Tabelle 2 gibt einen Überblick zu deren Effektivität (Norcross & Wampold, 2019, S. 335).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Eingehen auf die rassische/ethnische Kultur, die religiöse/spirituelle Identität und die Behandlungspräferenzen der Klient*innen die Behandlungsergebnisse nachweislich sehr verbessert. Die Korrelation der Bindungssicherheit von Klient*innen mit dem Psychotherapieergebnis ist vielversprechend. Es gibt

Tab. 2: Summary of meta-analytic results on the efficacy of treatment adaptations/relational responsiveness to patient trans-diagnostic characteristics

Patient characteristic	No. of studies (k)	No. of patients (N)	Effect size <i>a</i> or <i>g</i>	Consensus on evidentiary strength
attachment style	32	3,158	0.35 ^a	promising but insufficient research to judge
coping style	18	1,947	0.60	probably effective
culture (race/ethnicity)	99	13,813	0.50	demonstrably effective
gender identity	NA	NA	NA	important but not yet sufficiently investigated
therapy preferences	51	16,269	0.28	demonstrably effective
reactance level	13	1,208	0.78	probably effective
religion and spirituality	97	7,181	0.13–0.43	demonstrably effective
sexual orientation	NA	NA	NA	important but not yet sufficiently investigated
stages of change	76	21,424	0.41 ^b	probably effective

Note: NA = not applicable; the authors did not locate studies to meta-analyze and instead performed a content analysis of select studies. *a* = represents correlation between pretreatment security attachment and psychotherapy outcome; more secure attachment/less insecurity predicted better treatment outcomes. *b* = represents correlation between pretreatment stages of change and psychotherapy outcome; patients further along the stages experience better treatment outcomes (Norcross & Wampold, 2019, S. 335)

Hinweise aus qualitativen Studien und einer Handvoll unkontrollierter quantitativer Studien, dass sich die Beachtung der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung von Klient*innen als wirksam erweisen kann, für endgültige Schlussfolgerungen fehlen jedoch kontrollierte Studien (ebd., S. 334).

Viele dieser Passungsbemühungen verweisen auf eine direkte kausale Wirkung. Die Metaanalysen zu den nachweislich und wahrscheinlich wirksamen Adaptions-/Reaktionstechniken wurden primär in randomisierten bzw. quasirandomisierten kontrollierten Studien durchgeführt und lassen kausale Schlussfolgerungen zu. Die APA Task Force kam zu dem Schluss: „Adapting psychological treatment (or responsiveness) to trans-diagnostic client characteristics contributes to successful outcomes at least as much as, and probably more than, adapting treatment to the clients diagnosis“ (ebd., S. 334f.).

Besondere Hinweise liefern die Befunde zu Passungsbemühungen der Psychotherapie an die Rasse/Ethnizität, Präferenzen und Religion/Spiritualität. Zur kulturellen Identität wurden 99 Studien mit 13 813 Klient*innen durchgeführt. Die mittlere Effektstärke von $g = .50$ zugunsten von Klient*innen, die eine auf ihre Kultur eingehende Behandlung erhielten, bestätigen, dass kulturelle Passungsbemühungen wirkungsvoll sind. Ebenso führt eine auf die Religion/Spiritualität angepasste Psychotherapie zu einer größeren Verbesserung der psychischen ($g = .33$) und spirituellen ($g = .43$) Funktionsfähigkeit. In strengeren additiven Studien waren Passungsbemühungen bei der Reduzierung psychischer Belastungen gleich wirksam wie Standardansätze ($g = .13$), führten jedoch mit einer Effektstärke von $g = .34$ zu einem höheren spirituellen Wohlbefinden (ebd., S. 335). In den Untersuchungen kultureller Passungsbemühungen wurden Elemente wie Sprache, Metaphern und Konzepte berücksichtigt (Norcross & Wampold, 2018). Je mehr die kulturelle Dynamik

eingebunden wurde, desto größer war die Effektstärke: Responsiveness funktioniert. Die für den praktizierenden Alltag maßgebliche Frage lautet daher, welche Beziehung, Passungsbemühung und Vorgehensweise sich bei einer bestimmten Person am wirksamsten erweist. Die Ergebnisse bestätigen, dass eine erhöhte reflexive Kompetenz die Fortschritte im psychotherapeutischen Prozess begünstigen und zu weniger Therapieabbrüchen führen (ebd.).

Eine personenzentrierte Metaanalyse zu den Aspekten der *Wechselseitigkeit* in der therapeutischen Beziehung findet sich beispielsweise auch bei Cornelius-White, Kanamori, Murphy und Tickle (2018). Sie untersuchten, wie die Empathie, positive Beachtung und Kongruenz wechselseitig wahrgenommen werden und erzielten eine mittlere Effektstärke von $r = .51$. Ihre qualitative Metasynthese führte zu sechs herausfordernden Themenkomplexen: (a) zu Mangel an Wechselseitigkeit/Strategien zur Trennung, (b) kokreiertem Beziehungsprozess, (c) Metakommunikation und Missverständnis, (d) Therapeutenkongruenz/Realität, (e) gegenseitiger Wirkung und Wirkungsbereich der Klient*innen und (f) asymmetrischen Rollen, Macht und Grenzen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wechselseitigkeit in der Psychotherapie insbesondere in Bezug auf ihre starke Beziehung zur individuellen Therapieeinheit weiterer Untersuchungen bedarf (ebd.).

Der Bindungsstil und seine Auswirkungen

Die Bindungsforschung versucht unterschiedliche, verinnerlichte Bindungserfahrungen zu erfassen, die sich auf die Gefühle, das Verhalten und die Ziele einer Person beziehen. Wie wir etwas erleben und wie wir uns verhalten, hängt von subjektiv empfundenen und bewerteten Bindungserfahrungen

ab, die uns in der Begegnung mit anderen widerfahren und prägen (z. B. Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 2015; Bowlby, 1969/2006; Gahleitner, 2008, 2018; Grossmann & Grossmann, 2004; Höger, 2007; Seidler & Höger, 2020). Das entwickelte individuelle Selbstkonzept verweist zugleich auf unser Konzept von der Welt und unsere „zugrundeliegende Lebensauffassung“ (Rogers, 1962a/2001, S. 105; vgl. auch Gahleitner, 2008; Höger, 2007).

Immer mehr Studien unterstreichen die Relevanz des Bindungsstils für den Therapieprozess (Strauß, 2006). Für die Personzentrierte Psychotherapie als Beziehungstherapie gilt es zunächst, die leitenden Beziehungskonzepte zu klären (Finke, 2005). Als spezifische Form einer Bindungsbeziehung beeinflusst die therapeutische Beziehung das individuelle Erleben und macht auf zwei Kernfragen aufmerksam (vgl. Höger, 2007): Können Therapeut*innen auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Klient*innen eingehen, ihre Gefühle verstehen und sie bedingungslos so akzeptieren, dass sich diese sicher und geschützt fühlen? Und können Psychotherapeut*innen ausreichend auf ihre Psychohygiene achten? Die Auseinandersetzung mit beiden Fragen kann sich grundlegend auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung sowie den Therapieerfolg auswirken. Hier sei insbesondere auf das „Fazit für die Praxis“ (S. 128) der quantitativen Pilotstudie von Seidler und Höger (2020) zum Selbsterleben von Klient*innen in ihrer Psychotherapie im Zusammenhang mit ihren Bindungsmustern hingewiesen.

Die Erkenntnisse von Levy, Johnson, Gooch und Kivity (2019) zur Bindungsforschung deuten an, dass Bindungsmuster sowohl über lange Zeiträume relativ stabil sind als auch Änderungen unterliegen, die von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden. In den 36 Studien ihrer Metaanalyse zeigt sich eine Effektstärke für den Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit (unabhängig vom Bindungsstil) und Psychotherapieergebnis im kleinen bis mittleren Bereich ($r = .17$, $d = .35$), wobei der Bindungsstil der Klient*innen zuverlässig das Ergebnis der Psychotherapie prognostizierte (vgl. auch Seidler & Höger, 2020). Darüber hinaus war die Verbesserung der Bindungssicherheit während des Therapieprozesses mit einer Verbesserung der Therapieergebnisse verbunden ($r = .16$ und $d = .32$). Angesichts des Korrelationscharakters dieser Effekte lieferten die Ergebnisse jedoch keinen Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang (Levy et al., 2019).

Diversity

Auch wenn *Diversity* dem personzentrierten Theorieansatz inhärent zu sein scheint und diskutiert wird (z. B. Cooper & McLeod, 2011; Macke & Hasler, 2019; Swan & Caballos, 2020), finden diese Auseinandersetzungen in größeren Studien noch keinen differenzierten Widerhall. Ein ähnliches Bild zeigt sich

bei Norcross und Lambert (2019). Obwohl Diversity-Überlegungen als Teilaspekt der Metaanalysen angefragt wurden, sind die Ergebnisse noch spärlich. Insbesondere die mit Diversity einhergehende „soziale Dimension“ (Keupp & Gahleitner, 2017, S. 98) mit all ihren förderlichen und hinderlichen Aspekten gilt es, sowohl im Praxisalltag als auch im Rahmen der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen bewusster zu machen und einzubeziehen.

Die wechselseitige Beziehung und die Qualität der *Allianz* zwischen Therapeut*innen und Klient*innen sind in kulturelle Normen, Erinnerungen und Erwartungen eingebettet. Flückiger und Kollegen (2019) geben hier zu bedenken, dass es ohne eine sorgfältige Integration der gesamten psychosozialen Situation zu einseitigen Interpretationen kommen kann.

Einige wenige *Empathie*-Studien bezogen sich auf die Arbeitsallianz, Kongruenz, Klient*innenzufriedenheit und auf die Absicht, Behandlungsempfehlungen zu folgen. Elliott und Kolleg*innen (2019) verweisen insbesondere darauf, die Empathie nicht mit der multikulturellen Kompetenz zu verwechseln. Diversity-Überlegungen sind für Personen ethnischer Minderheiten äußerst wichtig.

Diversität wirkt sich wahrscheinlich mannigfaltig auf die Bereitstellung und Auswirkung *positiver Beachtung* aus. Faber und Kolleg*innen (2019) fordern daher, sich mit der Art und Weise, wie Klient*innen konsequent positiv beachtet werden, bewusster auseinanderzusetzen. Die positive Beachtung kann insbesondere dann wichtig sein, wenn Therapeut*innen, die keiner Minderheit angehören, mit Klient*innen zusammenarbeiten, die einer Minderheit angehören.

Der kulturelle Hintergrund kann auch die Einstellungen der Klient*innen zur *Kongruenz* beeinflussen. Daher gilt es zu bedenken, dass sie ihren sicheren therapeutischen Raum für echte und authentische Selbstreflexionen und die Entdeckung ihres Selbst benötigen (Kolden et al., 2019).

Auch im Forschungskontext des *emotionalen Ausdrucks* wurde Diversity nicht wirklich berücksichtigt. Bisherige Erkenntnisse verweisen darauf, dass die Einbeziehung kultureller Werte und Arten von Offenlegungen in zukünftigen Forschungen hilfreicher sein kann als die bloße Untersuchung einer ethnischen Zugehörigkeit (Peluso & Freund, 2019).

3. Forschungsgestützte Implikationen und Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis

Aus den Ergebnissen der dritten Auflage der APA Task Force (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019) leiteten die Autor*innen der Metaanalysen Implikationen und Empfehlungen für den therapeutischen Praxisalltag ab, die nun näher ausgeführt werden und sich gut mit Rogers' (1957a)

notwendigen und hinreichende Bedingungen einer therapeutischen Persönlichkeitsveränderung in Beziehung setzen lassen.

Zur Unterstützung der *therapeutischen Allianz* ist es förderlich, eine warme emotionale und gemeinschaftliche Bindung aufzubauen und zu pflegen. Dafür bedarf es klarer Vereinbarungen über Therapieziel, Setting und Therapieallianz, die den Therapieerfolg zuverlässig voraussagen können (Flückiger et al., 2019). Besonders während der ersten Therapiesitzungen ist es ratsam, auf die Motivationsbereitschaft, das Veränderungsstadium und die Fähigkeiten der Klient*innen einzugehen. Die sprachliche Ausdrucksform soll so gestaltet sein, dass sie nachvollziehbar und stimmig ist und die verbale und nonverbale Zusammenarbeit fördert. Therapiebrüche sollen direkt und möglichst rasch angesprochen werden. Da externe Einflüsse zu unterschiedlichen Bewertungen führen können, sollen Abweichungen sorgfältig interpretiert werden, da sie nicht unbedingt auf Meinungsverschiedenheiten hinweisen müssen. Regelmäßige Reflexionen und Bewertungen helfen, unbefriedigende Fortschritte rechtzeitig zu erkennen und Therapieabbrüche zu vermeiden (ebd.).

Die kontinuierlichen Bemühungen, Klient*innen zu verstehen und durch Antworten, die die wichtigsten Aspekte ihrer Erfahrungen ansprechen, *Empathie* zu bekunden, erleichtert es, innere Erfahrungen, Fragen oder Bedenken weiter zu verfolgen (Elliott et al., 2019). Dabei ist es wesentlich, einfühlsam zu sein und die Bedeutung der Erfahrungen zu verstehen. Empathie bedeutet, die Nuancen und Implikationen dessen, was Menschen sagen, zu erfassen und diese zur Überprüfung zur Verfügung zu stellen. Für das Bewusstsein von Gefühlen und Perspektiven ist es förderlich, wenn Therapeut*innen ihre Annahmen und ihr Verständnis kontinuierlich empathisch anpassen und die neuesten Erkenntnisse ihrer Klient*innen wahrnehmen. Klient*innenberichte über das Einfühlungsvermögen ihrer Therapeut*innen sagen das endgültige Therapieergebnis am besten voraus. Daher ist es hilfreich, die gegenseitige Empathie regelmäßig zu beachten und zu reflektieren. Sie ist eine gemeinsam geschaffene Erfahrung zwischen Therapeut*innen, die versuchen, ihre Klient*innen zu verstehen, und Klient*innen, die versuchen, mit ihren Therapeut*innen zu kommunizieren, um verstanden zu werden. Empathie zeigt sich auch darin, wie gut Therapeut*innen ihre Klient*innen empfangen, hören, respektieren, sich um sie bemühen und darin, was sie letztendlich tun und sagen. Empathische Therapeut*innen unterstützen Klient*innen dabei, ihre Erfahrungen zu symbolisieren und ihre emotionalen Reaktionen zu beobachten, damit sie diese vertiefen und ihre Gefühle, Werte und Ziele reflektieren. Auf diese Weise lernen sie, auf eigene innere Erfahrungen und implizite Informationen zuzugreifen. Empathie beinhaltet die Möglichkeit, individuell, effektiv und entlang des Bindungsstils zu reagieren. Fragile Klient*innen empfinden den

herkömmlichen Ausdruck von Empathie vielleicht als zu aufdringlich, während andere diesen als zu richtungsweisend oder fokussiert wahrnehmen (vgl. auch Seidler & Höger, 2020). Therapeut*innen können daher nicht davon ausgehen, dass ihre Erfahrungen mit Klient*innen mit jenen Erfahrungen übereinstimmen, die Klient*innen über sich selbst wahrnehmen (vgl. auch Timulak & Creaner, 2010). Empathie wird am besten mit Demut geboten und so vermittelt, dass sie gut mit den Bedürfnissen der Klient*innen übereinstimmt. Sie ist untrennbar mit anderen Beziehungsvariablen verbunden, Bestandteil einer guten therapeutischen Beziehung und als spezifische, wirksame Reaktion zur Stärkung des Selbst sowie für eine tiefere Exploration zu schätzen (Elliott et al., 2019).

Die *positive Beachtung/Wertschätzung* kann den Weg für Interventionen ebnen und sich zumindest in einigen Fällen als ausreichend erweisen, um positive Veränderungen zu initiieren (Faber et al., 2019). Die Erfahrung positiver Beachtung hilft, sich selbst positiv zu beachten. Sie stärkt das Selbst- und Entscheidungsbewusstsein und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, eine effektive Beziehung eingehen zu können. Sie wirkt sich positiv auf das Engagement im Therapieprozess aus und fördert selbst in schwierigen Situationen die Selbstoffenbarung, das Wachstum und die Belastbarkeit. Es ist förderlich, Klient*innen gegenüber positive Gefühle auszudrücken, denn eine fürsorgliche, respektvolle und positive Haltung bestätigt ihr Selbstwertgefühl. Beruhigend zu sein, in einem sanften Tonfall zu sprechen, reaktionsschnellen Augenkontakt herzustellen und die Aufrechterhaltung einer positiven Körpersprache sind dabei wichtig. Die Reflexion positiver Einstellungen seitens der Therapeut*innen und ihr Einstellen auf bestimmte Klient*innen und Situationen sind hilfreich. Unvermeidliche Therapiebrüche können gelegentlich auf eine Unfähigkeit seitens der*s Therapeut*in zurückgeführt werden, Wertschätzung adäquat zu vermitteln (ebd.).

Die *Kongruenz/Echtheit* umfasst für Kolden und Kolleginnen (2019) das Streben, sich im Sinne der Akzeptanz und Empfänglichkeit für das Erleben authentisch zu engagieren. Sie beinhaltet die Bereitschaft, Informationen und Erfahrungen im gemeinsamen Dialog auszutauschen und zu nutzen. Kongruente Therapeut*innen sind für ihre eigenen Gefühle und Reaktionen verantwortlich. Die Kongruenz bedient eine Bindungsfunktion und trägt in ihrer Art und Weise zum Verhalten in der therapeutischen Beziehung bei. Sie kann gefördert werden, indem für Klient*innen ein sicherer Raum geschaffen wird, ihre Anliegen zum Ausdruck zu bringen. Beziehungselemente wie Wärme, therapeutische Allianz und Empathie spielen dabei eine rückbezügliche Rolle. Therapeut*innen können ihre Kongruenz in der Sitzung, z. B. durch persönliche Aussagen und Ich-Botschaften förderlich gestalten. Es ist wichtig, den eigenen Kongruenzstil bewusst wahrzunehmen und unterschiedliche

Bedürfnisse, Vorlieben und Erwartungen der Klient*innen an die Kongruenz zu erkennen, um ihnen entgegenkommen zu können. Die Aufrechterhaltung der Kongruenz erfordert, dass Therapeut*innen auch wahrnehmen, sobald diese ins Stocken gerät, um diesen Moment als Hinweis auf die Notwendigkeit einer achtsamen Selbstreflexion zu erkennen (ebd.). Gelso und Kolleg*innen (2019) empfehlen, sich konsistent und konstant zu verhalten, innere Erfahrungen einfühlsam zu erfassen, Gegenübertragungen wahrzunehmen, Reaktionen zu teilen und sich Klient*innen gegenüber zu erklären, wenn etwas nicht geteilt werden kann.

Für die Anwendung von *Selbstoffenbarungen* ist eine stabile therapeutische Beziehung elementar (Hill et al., 2019). Ebenso bedeutsam ist es zu beobachten, wie Klient*innen darauf reagieren, um zu erkennen, ob diese hilfreich war. Selbstoffenbarungen sollten so kurz wie möglich sein und sparsam eingesetzt werden. Förderlich ist es, sich in Form sinnvoller, gelungener Beispiele ausschließlich auf die Bedürfnisse der Klient*innen zu beziehen, die diese nutzen können bzw. sich auf Ähnlichkeiten zwischen Therapeut*in und Klient*in zu konzentrieren. Nach einer eingebrachten Selbstoffenbarung wird empfohlen, den Fokus wieder auf das Gegenüber zu schwenken und die Reaktion zu beobachten. Durch die Reflexion der Wirksamkeit können Therapeut*innen darüber entscheiden, ob diese angemessen war und gegebenenfalls wiederholt werden kann (ebd.).

Die *Unmittelbarkeit*, so Hill und Kolleginnen (2019), wird als eine hilfreiche Maßnahme zur Korrektur und Behebung von Therapiebrüchen erachtet. Sie kann auch einen tiefer gehenden Prozess einleiten. Die Unmittelbarkeit der Therapeut*innen führt oftmals zu einer erhöhten Unmittelbarkeit der Klient*innen und kann helfen, Probleme in der Therapiebeziehung zu lösen. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass nicht jede Unmittelbarkeit positiv ist. Es ist daher wesentlich, genau darauf zu achten, wie Klient*innen reagieren (ebd.).

Emotionen und die Art und Weise des *emotionalen Ausdrucks* sind bedeutungsvoll. Klient*innen empfinden es als förderlich, wenn ihnen der Ausdruck und die Verarbeitung der Emotionen erleichtert werden (Peluso & Freund, 2019). Die Unterdrückung von Emotionen hingegen kann sich negativ auf das Therapieergebnis auswirken. Therapeut*innen sollen daher Verhaltensweisen, die Klient*innen ablehnen könnten, vermeiden (z. B. Kritik, dogmatische Interpretationen, Inflexibilität). Therapeut*innen, die ihre Emotionen ausdrücken, fördern die therapeutische Beziehung, denn tatsächlich scheint es eine positive Korrelation zwischen erfahreneren Therapeut*innen und dem Einbringen von Emotionen zu geben. Klient*innen von Therapeut*innen, die Affekte hervorheben, erfahren auch ihre Affekte in einem hohen Maße. Angesichts der aktuellen Ergebnisse ist diese Vorgehensweise eine wichtige Überlegung. Um die emotionale Veränderung zu fördern, sollten die Emotionen

direkt in der Therapie fokussiert, validiert und bearbeitet werden. Im Kontext einer förderlichen, sicheren und vertrauensvollen Beziehung kann sich die Emotionsverarbeitungsweise in Richtung förderlicher Emotionsregulierung entwickeln und verinnerlicht werden (ebd.).

Das Bindungssystem und der *Bindungsstil* können den Psychotherapieprozess, die Reaktionen, die Qualität der therapeutischen Allianz und das Therapieergebnis beeinflussen (Levy et al., 2019). Daher sollen Therapeut*innen mit dem Bindungsstil der* Klient*innen vertraut sein und sich auf diesen einstimmen können. Befragungen oder die Verwendung geeigneter Klient*innenberichte können bei der Zuordnung helfen. Das Bindungssystem vermittelt wichtige Hinweise über die Reaktionsweisen in der Psychotherapie. Bei ängstlich-ambivalenten Personen zeichnet sich eventuell ein längerer und schwieriger Therapieprozess ab, während sich bei sicher gebundenen Personen relativ rasch ein positiveres Therapieergebnis zeigen kann. Personen mit Bindungsschwierigkeiten sind möglicherweise schwerer zu therapieren, obwohl sie anfangs engagiert und kooperativ scheinen. Unter Umständen sind sie schneller wütend oder fühlen sich abgelehnt und tragen ein erhöhtes Risiko, ihre Therapie abzubrechen. Hier ist es sinnvoll, sie zu unterstützen, ihre emotionalen Erfahrungen besser zu regulieren. Das kann sich auf eine explizite Eingrenzung des Behandlungsrahmens beziehen oder eine strukturiertere Vorgehensweise meinen, damit eine emotionale Überforderung vermieden wird. Personen mit vermeidendem Bindungsstil benötigen vielleicht eine dünne Linie zwischen aktiv, aber nicht zu sehr engagiert, aber mit genügend Abstand, um den entsprechenden Raum zu erhalten. Konträr auf Bindungsstile der Klient*innen einzugehen, ist nicht günstig. Praxis und Forschung empfehlen, den Beziehungsstil anzupassen, um tendenziell ablehnende Klient*innen nicht zu überfordern bzw. nicht engagiert oder distanziert zu erscheinen oder um auf vorbelastete Klient*innen nicht uninteressiert zu wirken. Unsicher gebundene Personen (z. B. ängstlich-vermeidend) haben oftmals erhebliche Schwierigkeiten mit Vorgehensweisen, die die zwischenmenschliche Komponente weniger berücksichtigen. Im Vergleich sind Bindungsschwierigkeiten in beziehungsorientierten Therapien besser aufgehoben. Der Bindungsstil kann sich selbst bei Kurztherapien und bei Personen mit schwerwiegenden Bindungsstörungen, z. B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, während der Psychotherapie ändern. Daher kann eine Änderung des Bindungsverhaltens als proximales Ergebnis und nicht nur als vorhersagbares Klient*innenmerkmal konzipiert werden bzw. als Therapieziel angesehen werden. Um den Bindungsstil zu ändern, gilt es, diesen im Rahmen des Therapieprozesses aufzugreifen und besser verstehen zu lernen (ebd.; vgl. auch Seidler & Höger, 2020).

4. Schlussfolgerungen

Im Kontext der therapeutischen Beziehung (Norcross & Lambert, 2019) und Responsiveness (Norcross & Wampold, 2019) zeigt sich deutlich, dass die Erfüllung nur einer oder einiger weniger Bedingungen nicht ausreicht. Vielmehr bestätigt sich, dass gerade das fein abgestimmte Zusammenspiel der von Rogers (1957a) postulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer therapeutischen Persönlichkeitsveränderung mit den phänomenologischen und intersubjektiven Aspekten und störungsübergreifenden Merkmalen von Klient*innen für eine gute therapeutische Beziehung relevant sind. Die von Norcross und Lambert (2019) einzeln dargestellten Beziehungselemente können im therapeutischen Praxisalltag nie voneinander losgelöst gelebt werden. Die therapeutische Allianz wirkt interaktiv mit anderen therapeutischen Haltungen wie der Empathie, der positiven Beachtung und der Kongruenz und ist eng mit der reflexiven Kompetenz (Responsiveness) verwoben (Norcross & Wampold, 2019). Es scheint auch nicht möglich, eine starke Beziehung zu Klient*innen zu pflegen, ohne ihr Feedback zum therapeutischen Prozess zu ermitteln und die Gegenübertragung zu verstehen. Während wir versuchen, die Therapie auf das einzigartige, komplexe Individuum auszurichten, sind alle Beziehungselemente zugleich miteinander verbunden. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die Zusammenstellung von Praxisleitlinien und evidenzbasierten manualisierten Behandlungsmethoden umstritten ist. Vor allem gelte es zu beachten, dass der Beziehungskontext auch stark wirkende und allgegenwärtige zwischenmenschliche Fähigkeiten umfasst, wie z. B. Überzeugungskraft, Wärme und Charisma, die in den meisten Richtlinien zur Wirkungsweise noch nicht berücksichtigt werden.

Zu den Einschränkungen zählte die APA Task Force (Norcross & Lambert, 2018) eventuelle Loyalitätskonflikte, die geringe Zahl forschungsgestützter Methoden sowie die überwiegende Mehrheit analysierter Studien aus sogenannten westlichen, vorwiegend englischsprachigen Industrienationen, die einen zusätzlichen Handlungsbedarf verdeutlichen. Ferner können manche Ergebnisse inhaltliche Überschneidungen aufweisen, da praktisch alle Beziehungselemente wechselseitige Prozesse gemeinsamer kommunikativer Abstimmung repräsentieren. Es gibt daher noch viel Verwirrung zwischen den relationalen Faktoren. Ein weiterer Nachteil ist die mangelnde Aufmerksamkeit für störungs- und behandlungsspezifische Therapiebeziehungen. Die therapeutische Beziehung zeigt bei einigen Störungen wahrscheinlich mehr Wirkung als bei anderen. Es reicht eben nicht mehr aus, zu fragen: „Funktioniert die Beziehung?“, sondern: „Wie funktioniert die Beziehung bei dieser Störung und dieser Behandlungsmethode?“ (ebd., S. 308; Übers. v. Verf.).

Wenn es gelingt, so Norcross und Lambert (2019), ein evidenzbasiertes Beziehungsverhalten von Therapeut*innen zu entwickeln, können wir mehr über die Wirksamkeit unter bestimmten Umständen und Bedingungen erfahren. Ein typisches Beispiel ist die Metaanalyse zum Sammeln und Bereitstellen von Klient*innenfeedbacks. Klar ist, dass dieses formale Feedback hilft, Klient*innen mit einem Verschlechterungsrisiko effektiver ($d = .49$) zu behandeln. Wie gut das Beziehungsfeedback in der Psychotherapie funktioniert, ist zweckgebunden und an jeweilige Umstände gekoppelt. Die Stärke der Therapiebeziehung hängt in manchen Fällen auch von der primären Störung ab. Die Befunde belegen, dass einzelne Beziehungselemente bei einigen Störungen (z. B. bei Drogenmissbrauch, schweren Angstzuständen und Essstörungen) weniger wirksam sein können (ebd.).

Selbst wenn Norcross und Lambert (2019) resümieren, dass „monolithic theories of change and one-size-fits-all therapy relationships“ out sind und „tailoring the therapy to unique patient“ (S. 17) in ist, gibt es noch einige Herausforderungen zu bewältigen. Eine Herausforderung betrifft die Frage, welche Prozessvariablen genau wie mit dem Therapieergebnis verbunden sind (Prozess-Outcome-Forschung). Obwohl die Personzentrierte Psychotherapie zur Erforschung des therapeutischen Veränderungsprozesses mehr beigetragen hat als jeder andere Behandlungsansatz (vgl. Watson et al., 2010) können wir uns fragen, wie beispielsweise welches Beziehungsangebot und -konzept genau bei welchen Klient*innen in welcher Therapiesituation im Praxisalltag besonders angemessen ist. Es mangelt an der Berücksichtigung und genaueren Betrachtung diverser Schwierigkeiten, „das postulierte Beziehungsangebot“ auch zu realisieren (z. B. Murafi, 2004, S. 148). Für ein besseres Verständnis des individuellen prozessualen Geschehens wäre es daher förderlich, die Zusammenhänge praxisorientierter Resonanzen, wie sie beispielsweise Wakolbinger (2010) für eine „heilsame Beziehung“ (S. 21) als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen ausführte, genauer zu untersuchen. Für Psychotherapeut*innen empfahl beispielsweise Hutterer (2005) Strategien der Selbstselektion (vgl. auch Wakolbinger, 2010), wie (1) das ‚Angebot‘ an Kompetenzen auf die eigenen Stärken im Sinne einer bewussten Selbstbeschränkung und (2) das Beziehungsangebot „auf einer Bewusstheit der eigenen Individualität und Besonderheiten, die für eine bestimmte Art von Klientel eher geeignet ist als für andere“ (Hutterer, 2005, S. 37) zu konzentrieren. Dies setzt notwendigerweise voraus, sich als Psychotherapeut*in mit grundsätzlichen Fragen, wie Stumm und Keil (2014) sie im Hinblick auf das personzentrierte Menschenbild und die Aktualisierungstendenz formulierten, auseinanderzusetzen (S. 4f.).

Um „nach bindungsrelevanten Mustern des Konzepts von sich selbst und anderen [...] zu suchen“ (Höger, 2002, S. 116;

zit. n. Gahleitner, 2008, S. 54), die die Bindungsmuster von Psychotherapeut*innen (Höger, 2007) im Rahmen des therapeutischen Beziehungsgeschehens einbeziehen, sollte Forschung gegenstandsbezogen angewendet werden. Die Hürde liegt in der Passung zwischen Praxis und Forschung (vgl. z. B. Kriz, 2019). Zu Recht weisen z. B. Murafi (2004) im störungsspezifischen Kontext und Diez Grieser (2019) in ihren Reflexionen auf unterschiedliche Bedürfnisse und Referenzsysteme der Forschung und Praxis hin. Verdeutlicht wird, „dass es der Forschung häufig nicht gelingt, ihre Ergebnisse so aufzubereiten, dass Praktizierende deren Validität und die Grenzen der Anwendung in der Praxis nachvollziehen können“ (ebd., S. 90). Diese Herausforderung betrifft die Beantwortung der Frage, wie die Kommunikation zwischen Forschung und Praxis besser transportiert werden kann bzw. die Motivation, das Interesse an und das Vertrauen in die Forschung gestärkt werden können. Das „Primat des Gegenstandes vor der Methode“ (Höger, 2002, S. 116; zit. n. Gahleitner, 2008, S. 54) steht elementar im Vordergrund und lässt sich, so Gahleitner (ebd.), nicht einfach umkehren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aktuell größte Herausforderung darin besteht, die Psychotherapie mitsamt ihrem größten Wirkfaktor, der therapeutische Beziehung, flexibel auf einzelne Klient*innen abzustimmen, sich näher mit der Individualität der Klient*innen-, Therapeut*innen- und Beziehungsfaktoren auseinanderzusetzen und die Forschungsmethoden adäquat anzupassen.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation* (Neuausg.). New York: Routledge.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: dgvt.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1–36.
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The relationship inventory. A complete resource and guide*. Walden, MA: Wiley-Blackwell.
- Behr, M. (2020). ‚The facts are always friendly‘ Wirksamkeit Personenzentrierter-Experienzieller Psychotherapie und Beratung. *Person*, 24(2), 107–118.
- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A. & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, 50 (2), 224–234.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust. Bd. 1: Bindung*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1969: Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books).
- Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 61–69.
- Cooper, M. (2012). Client's and therapist's perception of intrasessional connection. An analogue study of change over time, predictors variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274–288.
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 210–223.
- Cornelius-White, J. H. D., Kanamori, Y., Murphy, D. & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28 (4), 489–504. Verfügbar unter: <https://nottingham-repository.worktribe.com/OutputFile/944508> [17. 9. 2021].
- Diez Grieser, M. T. (2019). Reflexionen zur Passung zwischen Praxis und Forschung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 87–91.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* (S. 272–287). Berlin: Springer.
- Elliott, R. & Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 245–287). Oxford: Oxford University Press.
- Faber, B. A., Suzuki, J. Y. & Lynch, D. A. (2019). Positive regard and affirmation. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 288–322). Oxford: Oxford University Press.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie. *Person*, 9(1), 51–64.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 24–78). Oxford: Oxford University Press.
- Gahleitner, S. B. (2008). Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘. *Person*, 12(1), 46–57.
- Gahleitner, S. B. (2018). Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen: Anregungen für die Therapie und Beratung mit beziehungserschütterten Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 49 (3), 132–136.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The „something more“ of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 35–40.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 296–306.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship. Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 351–378). Oxford: Oxford University Press.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (5., unveränd. Aufl.). Göttingen: Hogrefe (Erstaufl. erschienen 1994).
- Greenberg, L. S. (2016). The clinical application of emotion in psychotherapy. In L. F. Barrett, M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 670–684). New York: Guilford.
- Gross, B. & Elliott, R. (2017). Therapist momentary experiences of disconnection with clients. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(4), 351–366.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Hill, C. E., Knox, S. & Pinto-Coelho, K.G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 379–420). Oxford: Oxford University Press.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 11(1), 5–12.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematierungen. *Person*, 9 (1), 21–41.
- Keil, S., Korunka, C., Topaloglou, H. M., Kurl, N. & Käfer-Schmid, G. (2021). Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019. Ein narrativer Review – 1. Teil. *Person*, 25 (1), 76–90.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2014). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 57–72). Wien: Springer.
- Keupp, H. & Gahleitner, S. B. (2017). Die soziale Dimension in der Psychotherapie – eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychotherapie Forum*, 22(4), 98–104.
- Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y. & Klein, M. H. (2019). Congruence/Genuineness. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 323–350). Oxford: Oxford University Press.
- Kriz, J. (2019). „Evidenzbasierung“ als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 42–50.
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Gooch, C. V. & Kivity, Y. (2019). Attachment style. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed., pp. 15–55). Oxford: Oxford University Press.
- Macke, K. & Hasler, G. (2019). Why should person-centered facilitating be gender-sensitive? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(4), 360–366.
- Murafi, A. (2004). Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik. *Person*, 8(2), 147–155.
- Murphy, D. & Cramer, D. (2014). Mutuality of Rogers' therapeutic conditions and treatment progress in the first three psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 24 (6), 651–661.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Peluso, P. R. & Freund, R. R. A. (2019). Emotional expression. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 421–460). Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2001). Die Zwischenmenschliche Beziehung als Zentrum von Beratung und Therapie. In B. Stevens & C. R. Rogers (Hrsg.), *Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 97–111). Köln: Hammer (englisches Original erschienen 1962a: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416–429).
- Rogers, C. R. (2002). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (14., um ein Vorw. erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961a: *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18., unveränd. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer (Erstaufl. erschienen 1977b).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* (S. 184–251). New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J. & Truax, C. B. (Eds.) (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Seidler, K. P. & Höger, D. (2020). Hängt das Selbsterleben von Patient*innen in der Psychotherapiestunde mit ihrem Bindungsmuster zusammen? *Person*, 24(2), 119–131.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 86–91.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51(1), 5–14.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2014). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–14). Wien: Springer.
- Swan, A. & Caballos, P. (2020). Person-centered conceptualization of multiculturalism and social justice in counseling. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19 (2), 154–167.
- Timulak, L. & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centered and experiential psychotherapies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65–90). Ross-on-Wyre, UK: PCCS.
- Tritt, A., Kelly, J. & Waller, G. (2015). Patients' experiences of clinicians' crying during psychotherapy for eating disorders. *Psychotherapy*, 52(3), 373–380.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeuten als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 14(1), 21–31.
- Wampold, B. E., Imel Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe (englisches Original erschienen 2015).
- Watson, J. C., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies. The role of the relationship conditions and clients' experiencing. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 132–163). Ross-on-Wyre, UK: PCCS.
- Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2020). A qualitative meta-analytic review of the therapist responsiveness literature: Guidelines for practice and training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 161–175.