

Robert Elliott<sup>1</sup>

# Personzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können<sup>2</sup>

**Zusammenfassung:** Zwischen der politischen Notwendigkeit einer positivistischen quantitativen Forschung zur Unterstützung der Legitimation von Personzentrierten/Experienziellen Psychotherapien (PCEPs) einerseits und der naturgemäßen Verbindung zwischen qualitativen Forschungsansätzen und PCEPs andererseits besteht eine zentrale Diskrepanz. Die hauptsächlichsten und politisch gut einsetzbaren Ergebnisse quantitativer Wirksamkeitsforschung und Prozess-Wirksamkeitsforschung sowie einige neuere Ergebnisse aktueller qualitativer Forschung zu PCEPs werden besprochen. Die bestehende Forschung ist hilfreich, um die Wirkung des Ansatzes zu erfassen und zu rechtfertigen, dennoch ist mehr quantitative als qualitative Forschung notwendig. Im zweiten Teil dieser Arbeit werden Empfehlungen und Prinzipien der Wirksamkeitsforschung beschrieben und Vorschläge für eine mögliche Erweiterung der Forschung zu PCEPs sowohl bezüglich Quantität als auch Bandbreite gemacht.

**Schlüsselwörter:** Personzentrierte Psychotherapie, Wirksamkeitsforschung, Qualitative Forschung, Forschungsmethodik

**Abstract: Person-centered science: What we know and how we can learn more about Person-Centered/Experiential Psychotherapies.** There is a central tension between the political necessity of positivist quantitative research for supporting the legitimacy of Person-Centered/Experiential Psychotherapies (PCEPs) and the natural resonance between qualitative research approaches and PCEPs. The major, politically useful findings of quantitative outcome research and process-outcome research on PCEPs are reviewed, along with some emerging findings from more recent qualitative research on these therapies. The existing research is helpful for justifying and understanding our therapies, but much more is needed, from both quantitative and qualitative research traditions. The latter part of the paper describes recommendations, principles, research genres and recommendations for expanding the amount and range of research on PCEPs.

**Keywords:** Person-centered therapy, outcome research, qualitative research, research methodology

Carl Rogers war einer der Pioniere der Psychotherapieforschung. Im Wesentlichen begründete er das Gebiet der Therapie-Prozess-Forschung durch seinen innovativen Einsatz anfänglicher Aufnahmetechniken in den 40er Jahren (Rogers, 1946), durch kontrollierte Wirksamkeitsforschung in den frühen 50er Jahren (Rogers und Dymond, 1954) und moderne Prozess-Wirksamkeitsforschung in den späten 50er Jahren (Rogers, 1957; Rogers et al., 1967). Neben vielen Auszeichnungen und Ehrenwürden erhielt er 1984 auch den „Distinguished Career Award“ der „Society for Psychotherapy Research“.

Carl Rogers gab in den frühen 60er Jahren noch vor Beginn der modernen Ära der Psychotherapieforschung sowohl seine Arbeit an der Hochschule als auch seine wissenschaftliche Tätigkeit auf. Sein Rückzug wurde seitdem als ein Faktor für den Rückgang des Ansehens und der Dynamik des Personzentrierten Ansatzes zwischen

1970 und 1990 (vgl. Lietaer, 1990) gesehen. Jedoch begann seit 1990 eine bemerkenswerte Wiederbelebung der Rogerianischen Tradition. Etwa zu dieser Zeit erkannten Personzentrierte und Experienzielle Therapeuten die Tatsache, dass sie systematisch und zunehmend von Ausbildungen und Gesundheitstagungen weltweit ausgeschlossen wurden und dringend etwas unternehmen mussten. Sich wieder in der Forschung zu betätigen, wurde als Schlüssel zur Lösung vorgeschlagen, besonders von denjenigen, die in Europa arbeiteten oder im prozess-experienziellen Teil des Ansatzes (z. B. Elliott, 2002; Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Lietaer, 1990; Sachse, 2004).

Tatsächlich entstand über die letzten 15 Jahre eine wahre Fülle an Forschung zu Personzentrierten und Experienziellen Therapien, gleichzeitig stieg auch die Akzeptanz qualitativer Forschung rapide an. Nun erscheint es, als ob diese rasante Entwicklung die personzentrierte Forschung in Gefahr bringt, sich in zwei sich gegenseitig ausschließende Strömungen zu teilen. Einerseits wurde

<sup>1</sup> Übersetzung: Dagmar Hölldampf

<sup>2</sup> Der Autor dankt Pete Sanders für die Anregung zu dieser Arbeit.

die jüngste Serie der quantitativen, positivistischen Forschung, in manchen Fällen unter Anwendung eines randomisierten klinischen Untersuchungsdesigns, von Personenzentrierten Therapeuten als die typische Verkörperung rigider Wissenschaft gesehen (z. B. Bohart, O'Hara & Lietaer, 1998), andererseits ist die Mehrzahl der gegenwärtigen Forschung, wie sie in personenzentrierten Ausbildungskursen und von Praktikern geleistet wird, qualitativ, und qualitative Forschung wird mittlerweile als besser vereinbar mit den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes gesehen. Es scheint, dass viele, die sich der Tradition des Ansatzes verpflichtet fühlen, quantitative/positivistische Forschung insgesamt ablehnen.

Im Hinblick darauf ergeben sich zwei Probleme: Erstens ist es politisch notwendig, quantitative Wirksamkeitsforschung zu betreiben, um Regierungsaufgaben und die Anforderungen von Berufsverbänden, welche die Aufgabe haben, Psychotherapie und psychologische Beratung zum Schutz der Öffentlichkeit zu reglementieren, zu erfüllen (Elliott, 2002). – Die politischen Entwicklungen in Deutschland und anderen Ländern zeigen deutlich, dass sich Klientenzentrierte und Experienzielle Therapien ohne klare, quantitative Nachweise ihrer Wirksamkeit zu Randerscheinungen entwickeln werden und von evidenzbasierteren Ansätzen, wie der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT), ersetzt werden. – Zweitens gibt es die lästige Tatsache, dass Carl Rogers selbst fest an die quantitative Therapieforschung glaubte und einer ihrer Pioniere war. Beispielsweise beinhaltet seine klassische Arbeit von 1957 sorgfältige Beschreibungen darüber, wie die quantitative Überprüfung der Wirksamkeit seiner „therapeutisch hilfreichen Bedingungen“ durchzuführen sei. Man könnte dies seinem Dasein im Schatten des damals dominierenden Positivismus zuschreiben, jedoch würde diese Sichtweise ihn im wissenschaftlichen Sinn zu einem passiven Opfer seiner Zeit machen, eine Vorstellung, die so gar nicht in Einklang steht mit dem Bild des „stillen Revolutionärs“, das wir von ihm haben.

Daraus folgt: Quantitative Forschung ist ein wesentliches Element in der Geschichte der Personenzentrierten Therapie und gleichzeitig auch politisch notwendig. Und qualitative Forschung ist gängig und nimmt zu. In dieser Arbeit werde ich versuchen aufzuzeigen, welchen Nutzen dies hat. Dabei sind meine zwei Leitfragen: Was haben wir aus diesen beiden Forschungsströmungen gelernt? Wie können wir mehr lernen?

## Was haben wir gelernt?

### *Was sagt uns die positivistische Wirksamkeitsforschung?*

#### *Allgemeine Effekte humanistisch-experienzieller Therapien*

In den letzten 50 Jahren und darüber hinaus waren PCEPs Gegenstand von mehr als 150 Studien, die Prä-Post-Ergebnisse aufzeigen, inklusive mehr als 40 kontrollierte Studien, in welchen eine dieser Therapien mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe verglichen

wurde, und über 60 Studien, in denen eine dieser Therapien mit einer anderen Art von Therapie verglichen wurde (Elliott et al., 2004; siehe auch Elliott, 2001). Seit 1994 haben meine Kollegen und ich meta-analytische Methoden eingesetzt, um die Ergebnisse dieser Studien statistisch zu vereinen. In diesen Studien verwendeten wir ein standardisiertes Effektstärkenmaß, bezeichnet als „Cohens  $d$ “ und auch als die standardisierte Differenz der Mittelwerte bekannt. (Mit anderen Worten bildeten wir die Differenz zwischen Prä-Therapiemittelwerten und den Post-Therapiemittelwerten und dividierten diese mit der mittleren Standardabweichung. Für Kontroll- und Vergleichsstudien berechneten wir zunächst Prä-Post-Effektgrößen unter der jeweiligen Bedingung und bestimmten dann die Differenz der Veränderungsgrößen unter der jeweiligen Bedingung.)

Aus diesen Analysen können die folgenden Schlüsse gezogen werden (Elliott 2001; Elliott et al., 2004; siehe auch Tabelle 1 für nähere Angaben):

1. Klienten, die an PCEPs teilnehmen, zeigen mit der Zeit große Veränderungen, mit einer durchschnittlichen Effektgröße von etwa einer Standardabweichung ( $sd$ ) – eine gängige Maßeinheit in Meta-Analysen, die großen Effekten entspricht – (siehe auch Teil 1 von Tabelle 1).
2. Die Wirksamkeit von PCEPs sind nachhaltig stabil: sie wird über frühe und späte Follow-up-Messungen beibehalten (Teil 2 von Tabelle 1).
3. In randomisierten klinischen Versuchsgruppen – gegenüber nicht behandelten Kontrollgruppen – zeigen Klienten, die PCEP erhielten, üblicherweise wesentlich mehr Veränderungen als vergleichbare nicht behandelte Klienten – mittlere Differenz etwa  $.9 sd$  – (Teil 3, Tabelle 1).
4. Bei randomisierten klinischen Untersuchungen, die Behandlungen miteinander vergleichen, zeigen Klienten in PCEPs Veränderungen, die statistisch äquivalent sind mit jenen, die bei Klienten beobachtet wurden, die an nicht-experienziellen Therapien, inklusive CBT, teilnahmen – mittlere Gesamtdifferenz etwa Null – (Teil 4a und 4b, Tabelle 1).
5. In stärker fokussierten Vergleichen zwischen Personenzentrierten oder nicht-direktiven Therapien und CBT zeigt sich jedoch bei CBT eine mäßige, aber klinisch belanglose Überlegenheit; nichtsdestotrotz verschwindet dieser Unterschied, wenn die Effekte aufgrund der Schulenzugehörigkeit der Forscher statistisch kontrolliert werden (Teil 4c, Tabelle 1; Zugehörigkeits-Kontroll-Effekt in Klammer angegeben).
6. Prozess-direktive experienzielle Therapien (z. B. prozess-experienziell/emotions-fokussiert, Gestalttherapie) zeigen eine mäßige, aber klinisch belanglose Überlegenheit gegenüber CBT (mittlere Differenz liegt bei etwa  $.2 sd$ ), dies mag aber mit der Forscherpräferenz („researcher allegiance“) einhergehen (Teil 4 d, Tabelle 1; Zugehörigkeits-Kontroll-Effekt in Klammer).

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Gesamteffekte Personenzentrierter und Experienzieller Therapien**

	n	m	sd
1. Prä-Post Veränderungen Gesamteffektstärken (mES)	127	.99	.58
2. Zu folgenden Messzeitpunkten:			
Therapiebeginn	114	.97	.61
Früher Follow-up (1-11 Monate)	53	1.16	.72
Später Follow-up (12 + Monate)	33	1.04	.52
3. Kontrollierte ES (vs. unbehandelte Klienten) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES	42	.89	.71
4. Vergleichende ES (vs. Klienten in anderen Therapien) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES			
4a. PCEP vs. andere Therapien	74	+0.04 <sup>a</sup>	.56
4b. PCEP vs. CBT	46	+0.11 <sup>a</sup> (-.05 <sup>o</sup> )	.51
4c. PC vs. CBT	20	-0.19 <sup>b</sup> (-.03 <sup>o</sup> )	.44
4d. Prozessgeleitet vs. CBT	14	+0.20 <sup>c</sup> (-.09 <sup>o</sup> )	.51

**Anmerkungen:**

n: Anzahl der Studien; ES: Effektgrößen; mES: ungewichtete mittlere Effektgröße (Cohen's d); PCEP: personenzentriert/experienziell; PC: ausschließlich personenzentriert; CBT: Kognitiv-behaviorale Therapie. Von kontrollierten und vergleichenden Studien wurden Mittelwertsunterschiede in Prä-Post Bedingungen durch Veränderungs-Effektstärken verglichen, außer wenn diese nicht zugänglich waren; positive Werte zeigen pro-PCEP Ergebnisse. In Klammer kursiv dargestellte Werte wurden um die Forscherpräferenz korrigiert. Hochgestellte Zahlen zeigen Ergebnisse aus äquivalenten Analysen (siehe Elliott et al., 2004):

- a Vergleichene Therapien sind „gleichwertig“: signifikant weniger als ±.4sd, aber nicht signifikant größer als Null.
- b Trivialer Unterschied: beide unterscheiden sich signifikant von Null und signifikant weniger als ±.4 sd.
- c Zweideutig: weder ein signifikanter Unterschied noch gleichwertig.
- d Besser: Signifikanter Unterschied von Null, aber nicht signifikant weniger als ±.4 sd.

Diese Ergebnisse basieren auf zwei speziellen statistischen Verfahrensweisen: Erstens wurde eine jüngst entwickelte statistische Methode namens „Äquivalenzanalyse“ benutzt (Rogers, Howard & Vessey, 1993), um zu testen, ob der durchschnittliche Unterschied von +.04 zwischen PCEPs und anderen Therapien, statistisch betrachtet, bedeutsam ist (siehe auch Tabelle 1, Teil 4 und Fußnoten für weitere Einzelheiten), zweitens überarbeiteten wir aufgrund des Ergebnisses, dass die Schulenzugehörigkeit der Forscher die Ergebnisse vergleichender Wirksamkeitsstudien stark beeinflusst (Korrelationskoeffizient  $r = .59$ ), die Daten nochmals und nahmen eine statistische Korrektur der Schulenzugehörigkeit der Forscher vor. Die Ergebnisse (siehe Tabelle 1, kursive Zahlen in Klammer) zeigen einheitlich eine Gleichwertigkeit von PCEPs im Vergleich mit anderen Therapien.

Warum Äquivalenzanalysen und die Korrektur der „Forscher-treue“ wichtig sind, zeigt sich bei näherer Betrachtung der 20 Studien, die CBT mit ausschließlich Personenzentrierter Therapie (PCT) verglichen. CBT-Forscher fahren damit fort, Personenzentrierte Therapie als günstige Kontrollbedingung zu verwenden, in der Hoffnung, dass diese CBT in ein positives Licht rückt. Wie Tabelle 1 andeutet, beträgt die durchschnittliche Differenz der Prä-Post-Veränderungen in diesen Untersuchungen  $-.19$  sd, was bedeutet, dass ein Unterschied existiert, jedoch dass dieser für klinische Zwecke als unbedeutend betrachtet werden kann. Das heißt, wenn große Zahlen

von Menschen betrachtet werden, ergibt sich eine kleine Abweichung, jedoch werden in einer beliebigen Situation Merkmale des Klienten, des Therapeuten und deren aufkommende Beziehung diese kleinen Abweichungen weitgehend überdecken.

Jedoch wurde nur eine der 20 Studien von Vertretern der Personenzentrierten Psychotherapie durchgeführt (nämlich Teusch, Böhme, & Gastpar, 1997)! Im Gegensatz dazu wurden 10 Studien von CBT-Anhängern und 9 von neutralen Forschern durchgeführt. Schlüsselt man die Ergebnisse auf, so wird deutlich, dass CBT-Anhänger-Studien einen starken Effekt (mittlere ES:  $-.39$ ) und zwar zu Gunsten von CBT aufweisen, während die von neutralen Forschern durchgeführten Studien keinerlei Unterschied (mittlere ES:  $.04$ ) ergaben. Deshalb ist es auch wahrscheinlich, dass für diese schwach gestützten negativen Ergebnisse fast ausschließlich die Schulenzugehörigkeit verantwortlich gemacht werden kann, und tatsächlich verschwand dieser Effekt vollständig, wenn der Effekt der Forscherzugehörigkeit statistisch entfernt wurde (siehe Tabelle 1). Trotzdem

und insbesondere seitdem Regierungsbeamte eine Tendenz entwickelt haben, statistischen Korrekturen zu misstrauen, ist die offensichtliche Moral daraus, dass PCT-Forscher vermehrt direkte Vergleiche mit kognitiven Verhaltenstherapien durchführen sollten, um dadurch einen gewissen Ausgleich zu schaffen!

**Welche Erkenntnisse liefert uns die quantitative Prozess-Wirksamkeitsforschung?**

PCEP-Wirksamkeitsforschung hat direkte politische Auswirkungen. Allerdings hat quantitative Prozess-Wirksamkeitsforschung ebenso wichtige Auswirkungen für PCEPs und kann dafür genutzt werden, um diese zu unterstützen. Quantitative Forschung, die darauf gerichtet ist, Therapiewirksamkeit auf Grund des Therapieprozesses vorherzusagen, hat eine lange Tradition und wurde unlängst in mehreren Werken dargestellt (z. B. Sachse & Elliott, 2002; Orlinksky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Norcross, 2002). Jedoch ist dieses Vermächtnis Gegenstand grundlegend verschiedener Interpretationen.

**Das Glas ist zu zwei Drittel leer**

Insbesondere Sachse und Elliott (2002) nehmen als Ausgangspunkt Rogers' (1957) kühne Vorhersage, dass therapeutisch hilfreiche

Bedingungen, inklusive Empathie, „notwendig und hinreichend“ sind, um produktive therapeutische Veränderung und letztlich Wirksamkeit zu erreichen. Wenn dies tatsächlich der Fall wäre, würde man ziemlich große Effekte, beinahe eine perfekte Korrelation von 1.0 erwarten. Angesichts dessen sind die Ergebnisse bislang so weit unter dieser Vorgabe, dass sie Rogers' Vorhersage durchaus widerlegen. Die markantesten Ergebnisse betonen die Empathie des Therapeuten: In ihrer Meta-Analyse stellten Bohart, Elliott, Greenberg & Watson (2002) eine durchschnittliche Gesamtkorrelation ( $r$ ) von .32 fest; dies ist als mittlere Effektgröße zu betrachten, da sie aber nur 10% der Varianz nachweist, ist sie weit entfernt von 1.0. Das bedeutet, dass es viele Fälle gibt, in denen zwar ein hoher Grad an Empathie beim Therapeuten gegeben ist, sich aber der Zustand des Klienten nicht bessert, und ebenso Fälle, in denen der Zustand des Klienten sich verbessert, obwohl der Therapeut lediglich einen niedrigen Grad an Empathie erreicht. So kann man auf der Basis der Forschungsbefunde folgern, dass Empathie weder notwendig noch ausreichend scheint, um bei Klienten Veränderungen zu bewirken.

### *Ein Drittel der Varianz ist eine Menge*

Andererseits kommen Bohart et al. (2002) und Orlinsky et al. (2004) zu einer ganz anderen Interpretation derselben Daten: Der personzentrierte Prozess, getragen von Empathie, ist eine der stärksten und beständigsten Prädiktoren für Therapiewirksamkeit, gleich auf mit dem „Arbeitsbündnis“ (zu welchem zweifellos eine Verbindung besteht) oder dieses vielleicht schon übertreffend. Tatsächlich kann man angesichts der Komplexität der Therapiesituation und der Schwierigkeiten der Therapieforschung argumentieren, dass .32 in etwa das Maximum dessen ist, was man erreichen kann. Warum ist das so? Dazu folgt in Anlehnung an DeRubeis (2007) ein Beitrag.

Erstens existieren große Unterschiede zwischen Klienten (z. B. Schwere und Komplexität der Probleme), die die Wirksamkeit stark beeinflussen. Beispielsweise verfügt eine beträchtliche Zahl von Klienten über genügend Elastizität, um problemlos in der Lage zu sein, Vorteile für sich selbst aus einem nur mäßig unempathischen, nicht-akzeptierenden und unechten Therapeuten zu ziehen. Zweitens büßt die therapeutische Vorhersagevariable (z. B. Empathie) im Allgemeinen wegen eingeschränkter Reichweite an Wirkung ein, da die meisten untersuchten Therapeuten auf Grund einer Kombination von angeborenen Fähigkeiten, Ausbildung oder Supervision einigermaßen kompetent sein werden (empathisch, sorgend oder echt). Drittens können Empathie und Wirksamkeit nie mit perfekter Reliabilität oder Validität gemessen werden, was bedeutet, dass eine Korrelation zwischen ihnen immer zusätzlich vermindert wird. DeRubeis (2007) präsentiert Ergebnisse einer Simulationsanalyse einer solchen Untersuchung und weist Obergrenzen der Prozess-Wirksamkeitskorrelationen aus, die sich zwischen .2 und .4 bewegen. Anders ausgedrückt, eine Korrelation von .32 ist in etwa die

größtmögliche zu erhoffende Korrelation, was wiederum bedeutet, dass dies tatsächlich eine angemessene, den Realverhältnissen entsprechende Annäherung an eine perfekte Korrelation ist, so wie von Rogers (1957) vorhergesagt.

### **Was sagt uns die qualitative Forschung?**

Die von Rogers (1957) formulierten förderlichen Bedingungen leiten sich tatsächlich aus jahrelanger qualitativer Beobachtung wirksamer und weniger wirksamer Therapiesitzungen ab, eine Arbeit, die lange vor der Ära moderner qualitativer Forschung geleistet wurde. Spät in seinem Leben begann er jedoch die philosophische Seite wissenschaftlicher Themen zu betrachten, was möglicherweise den Weg für die spätere Hochblüte der qualitativen Forschung bereitet hat (Elliott & Farber, im Druck).

Die qualitative Forschung Personzentrierter Therapie beschäftigt sich im Allgemeinen mit einem der folgenden Themen:

- (a) Erfahrungen von Therapeuten in der Arbeit mit unterschiedlichen Klienten (z. B. Klienten mit psychotischen Symptomen; Traynor, 2007),
- (b) Erfahrungen von Klienten und Therapeuten mit unterschiedlichen therapeutischen Prozessen (z. B. Tiefe der Beziehung; Cooper, 2005) und
- (c) Erfahrungen der Klienten mit der Veränderung oder Wirkung (Klein & Elliott, 2006). Die Masse an neuerer Literatur und das breite Themenspektrum erschweren eine Zusammenfassung. Darüber hinaus entwickeln sich jetzt erst meta-analytische Methoden, um qualitative Forschung einzubeziehen. Dennoch gibt es mindestens drei kleine qualitative Meta-Analysen, die sich in erster Linie auf PCEPs beziehen.

### *Hilfreiche und hinderliche Faktoren*

Eine frühe qualitative systematische Meta-Analyse ist der Überblick von Greenberg et al. (1994) über 14 Studien, die entweder qualitative oder quantitative Methoden verwendet haben, um hilfreiche oder hinderliche Faktoren in PCEPs zu bewerten. Sie wählten aus jeder Studie jene fünf Aspekte aus, die am deutlichsten als hilfreich eingestuft oder am häufigsten als hilfreich beschrieben wurden, und drei Aspekte, die am stärksten oder häufigsten als hinderlich klassifiziert wurden. Sie fanden 14 Kategorien unter den hilfreichsten Aspekten, die sie unter vier Hauptbegriffe zusammenfassten: Positive Beziehungsgestaltung (z. B. Empathie, Unterstützung; 7 von 14 Datensätze), therapeutische Arbeit der Klienten (z. B. Selbstöffnung, Exploration; 13 Datensätze), Förderung der Arbeit des Klienten durch den Therapeuten (z. B. Exploration fördern, Rückmeldung geben; 6 Datensätze) und Veränderungen des Klienten oder Auswirkungen (z. B. Bewusstheit, positive Gefühle; 12 Datensätze). Unter den untergeordneten Kategorien waren Verstehen/Einsicht

und Bewusstheit/Erleben die häufigsten, gefolgt von Sich-Einbringen des Klienten und Selbstöffnung. Die Autoren merken an, dass in den Studien durchgehend dem am meisten Bedeutung beigemessen wird, was der Klient in die Therapie einbringt, und dem, was er aus der Therapie mitnimmt, nämlich die Arbeit der Klienten und die Veränderung oder Wirkung, die sie als Resultat davon erfahren.

Während Greenberg et al. (1994) wesentlich weniger Information zu hinderlichen Aspekten ermittelten, berichteten sie, dass das häufigste Problem die Aufdringlichkeit bzw. der Druck des Therapeuten war, sogar bei Personzentrierten Therapien. Letztlich merkten sie an, dass PCEPs ebenso für die Problematik der Konfusion/Ablenkung (den Prozess des Klienten entgleisen lassen) und für unzureichende Lenkung durch den Therapeuten anfällig wären.

### *Post-therapeutische Veränderung der Klienten*

Weiterhin stellten Jersak, Magana und Elliott (2000; zusammengefasst in Elliott, 2002) in einem nicht veröffentlichten systematischen Überblick qualitative Daten zusammen, in denen Klienten post-therapeutische Veränderungen beschrieben, die aus fünf Studien, von hauptsächlich prozess-experienziellen Therapien mit depressiven oder traumatisierten Klienten, abgeleitet wurden. Unter Verwendung sowohl der ursprünglichen Beschreibungen der Klienten als auch der in früheren Analysen entwickelten Kategorien, fassten sie die Analysen in einer ein-kategoriellen hierarchischen Struktur zusammen. Sie ermittelten zwei große, übergeordnete Kategorien:

Die „*Vitalisierung des Selbst*“ bezog sich auf eine umfassende Reihe von Veränderungsprozessen, die ihren zentralen Punkt im inneren Empfinden des Selbst haben. Es bestand aus vier Subprozessen, welche eine allgemeine Bewegung beschreiben, weg von Spannung („*Spannung zurück lassen*“) mittels zunehmender Fähigkeit, die inneren Erfahrungen wahrzunehmen, zu verstehen oder zu tolerieren („*zunehmender Kontakt mit dem emotionalen Selbst*“), hin zur „*Verbesserung der Selbstachtung*“ und zu „*vermehrter Empfindung persönlicher Stärke/Bewältigung/Selbstkontrolle*“. Diese vier Subprozesse scheinen die erste Phase einer Art von metaphorischer Reise zu beschreiben, ausgehend von einem Zustand des Eingeschlossen-Seins im eigenen emotionalen Leid, hin zu einer größeren Bewusstheit hinsichtlich der Fähigkeit, Anforderungen sich selbst und anderen gegenüber effektiver bewältigen zu können.

Die andere übergeordnete Kategorie war „*Veränderungen in der Beziehung des Selbst zu Anderen/zur Welt*“ und beteiligt drei Unterprozesse:

- „*Abgrenzung des Selbst Anderen gegenüber/Unabhängigkeit beanspruchen*“: Dies bedeutet, für sich selbst zu sorgen, indem das eigene Verhalten und die Selbsteinschätzung von der Beurteilung anderer getrennt wird;
- „*sich auf Andere einlassen*“: besser in der Lage zu sein, auf andere zuzugehen und sich mit anderen wohl zu fühlen und

- „*zunehmend die Welt erleben/das Selbst mobilisieren, um an der Welt aktiv teilzunehmen*“: sich darauf einzulassen sich mit der Welt zu befassen und den eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, in der Welt zu handeln, selbst wenn dies riskant sein sollte. Dies erscheint eine Fortsetzung der Reise nach außen zu repräsentieren, die in den Subprozessen der Vitalisierung des Selbst begann. Zusätzlich zu diesen theoretischen Implikationen legt die Analyse Bereiche der Klientenveränderungen nahe, die in der quantitativen Wirksamkeitsforschung überprüft werden sollten (z. B. „die Welt erfahren“).

### *Effekte signifikanter Ereignisse in der Therapie*

Erst kürzlich integrierte Timulak (2007) die Ergebnisse aus sieben Studien zu unmittelbaren Effekten von signifikanten Therapie-Ereignissen in eine Mischung von Therapien, einige davon personzentriert oder experienziell. Er erhielt neun Kategorien, die sich über die Studien replizierten. Die vorherrschenden Kategorien waren: „Bewusstsein/Einsicht/Selbst-Bewusstsein“ und „Bestätigung/Unterstützung/Sicherheit“ (beide traten in allen sieben Studien auf), zusammen mit drei anderen Kategorien, welche in mehr als der Hälfte der Studien vorkamen: „Verhaltensänderung/Problemlösung“, „Gefühle erkunden/emotionales Erleben“ und „Sich-verstanden-Fühlen“. Diese unmittelbaren Effekte nehmen eine mittlere Position zwischen signifikanten Ereignissen in therapeutischen Sitzungen und Therapieergebnissen ein, teilweise überschneiden sie sich mit den von Greenberg et al. (1994) als hilfreich aufgezeigten Faktoren, was auf die faszinierende Möglichkeit hindeutet, dass ein integratives Modell entwickelt werden könnte, welches die Ergebnisse der drei qualitativen Meta-Analysen bündeln könnte.

## **Wie wir mehr lernen können**

### **Sei ein methodischer Pluralist**

Angesichts des vorliegenden Dilemmas, wie ich es zu Beginn der Arbeit erwähnt habe, nämlich zwischen der politischen Notwendigkeit, quantitativ-positivistische Forschung zu betreiben, und dem viel versprechenden Entstehen des schnell wachsenden Gebietes der qualitativen Therapieforschung, erscheint mir nur ein sinnvoller Weg nach vorne, nämlich *beide* Forschungsrichtungen zu unterstützen; im Klartext: der Regierung und professionellen Körperschaften („Caesar“) politisch zweckmäßige quantitative Daten zu überlassen, während gleichzeitig Forschung (vielleicht sogar im Rahmen der gleichen Studie) stattfindet, die den Klienten und personzentrierte Prinzipien berücksichtigt (Elliott, 2002). Ich möchte sogar behaupten, dass beide Forschungsrichtungen tatsächlich personzentriert sind: qualitative Forschung auf Grund ihrer

direkten philosophischen Harmonie mit den personenzentrierten Prinzipien und quantitative Forschung kraft ihrer Verbindung zum Personenzentrierten Ansatz, und zwar sowohl historisch als auch politisch, wie ich dies auch schon am Anfang dieser Arbeit dargelegt habe. Im Folgenden werde ich einen methodisch pluralistischen Forschungsansatz zu PCEPs skizzieren. Zunächst jedoch werde ich grundlegende Prinzipien der personenzentrierten Wissenschaft nochmals beleuchten, von denen ich glaube, dass sie eine Grundlage für eine humane und effektive Praxis jeder dieser beiden fundamentalen Gattungen der Forschung darstellen.

### **Folge den personenzentrierten Forschungsprinzipien**

Mehrere Autoren, inklusive Mearns und McLeod (1984) sowie Barineau und Bozarth (1989), haben genau beschrieben, wie personenzentrierte Forschung aussehen müsste, indem sie grundlegende personenzentrierte therapeutische Prinzipien bei der Durchführung von Therapieforschung anwendeten:

- (1) *Empathie*. Der Forscher konzentriert sich auf das Verstehen, und zwar von innen heraus, der erlebten Erfahrung des Probanden (egal ob diese sich in der Klienten- oder Therapeutenrolle befinden).
- (2) *Bedingungslose positive Zuwendung*. Der Forscher akzeptiert und würdigt sogar die Erfahrungen des Probanden und beurteilt diese nicht.
- (3) *Echtheit*. Der Forscher versucht ein authentischer und ebenbürtiger Partner des Forschungsteilnehmers zu sein, indem er diesen als Co-Forscher behandelt, und erlaubt ihm, den Forscher als Mitmenschen zu sehen.
- (4) *Flexibilität*. Der Forscher passt kreativ und flexibel Forschungsmethoden dem Forschungsgegenstand und vorliegenden Fragen an.

### **Anwendung auf qualitative Forschung**

Momentan führen diese Leitlinien PCEP-Forscher typischerweise zu qualitativen Methoden, inklusive empirischer Phänomenologie (z. B. Wertz, 1983), „Grounded Theory Analysis“ (Strauss & Corbin, 1998), Heuristischer Forschung (Moustakas, 1990), Konsensueller Qualitativer Forschung (CQR; Hill, Thompson & Williams, 1977), kooperativer Befragung/teilnehmender Befragung (Heron, 1996) und narrativer oder Diskursanalyse (z. B. McLeod, 2001). Diese klassischen qualitativen Methoden teilen, obwohl sie sich in wichtigen Hinsichten unterscheiden, viele gemeinsame Interessen miteinander und mit dem PCEP-Ansatz. Sie beinhalten, dass der Empathie eine besondere Bedeutung beigemessen wird, die Beachtung des Sinngehaltes, ein Aufheben der gewohnten Haltung, die Natur der Realität zu beurteilen, und das Schätzen von Ermächtigung als Ziel und Prozess der Forschung (Mearns & McLeod, 1984). Zusätzlich

bedienen sie sich eines gemeinsamen Repertoires qualitativer Forschungspraktiken, darunter (vgl. Elliott et al., 1999; Elliott & Timulak, 2005):

- Klären von Erwartungen und anderen möglichen Voreingenommenheiten des Forschers,
- mit dem Informanten in einer transparenten kollaborativen Haltung die Art der Teilnahme aushandeln,
- die Datensammlung in sorgfältiger, zielbewusster Art durchführen und den Informanten dabei unterstützen, fokussiert zu bleiben und die Bedeutung der Daten zu klären, wenn sie versuchen, diese in Worte zu fassen,
- Transkription des aufgezeichneten Interviews in angemessener Detailtreue und Genauigkeit,
- Datenaufzeichnung aufbereiten, indem diese in Bedeutungseinheiten aufgeteilt wird und irrelevantes Material weggelassen wird,
- Kategorien oder Themen zur Beschreibung jeder Bedeutungseinheit erstellen,
- wo diese zutreffen, Bedeutungseinheiten in existierende Kategorien einordnen,
- Cluster oder Verbindungen von Kategorien oder Themen untereinander herstellen, um ein Modell oder eine Geschichte des Phänomens zu entwickeln,
- Fehler-Korrektur-Maßnahmen durchführen, wie beispielsweise mehrere Forscher, Kontrollen, Einholen von Rückmeldungen der Teilnehmer, Vergleiche zwischen unterschiedlichen Datentypen und -quellen (Triangulation).

### **Anwendung auf die quantitative Forschung**

Trotzdem möchte ich darlegen, dass die Prinzipien der personenzentrierten Forschung gleichermaßen auf die quantitative Wirksamkeits- und die Prozess-Wirksamkeitsforschung anwendbar sind. Die Anwendung positivistischer Forschungsmethoden zwingt uns nicht, unsere Klienten unflexibel oder als Objekt, bar jeder Bedeutung oder Absicht, manipuliert für unsere Zwecke zu behandeln. Tatsächlich ist ein unempathischer, liebloser, unaufrichtiger und unflexibler Zugang auf die Teilnehmer eine schlechte Forschung – sowohl unethisch als auch letztendlich selbstzerstörerisch – in jeder Tradition oder Gattung von Forschung. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteilnehmer und der Forschung muss immer die Bedürfnisse des Teilnehmers vor die Bedürfnisse des Forschers stellen. Respektlose und unverträgliche Behandlung der Teilnehmer führt zu Ablehnung sowie schlampigen und ungültigen Daten. Ein Fragebogen ist eine Form von Beziehung. Der Forschungsteilnehmer kann sich von einem konfusem Fragebogenlayout oder in einem überheizten oder lauten Forschungsraum unverstanden und lieblos behandelt fühlen. Ein schlecht vorbereitetes Forschungspaket oder ein ängstlicher Interviewer kann einen Mangel an aufrichtigem Einsatz des Forschers verraten. Die Anwendung quantitativer Methoden oder

sogar die Durchführung randomisierter klinischer Untersuchungen verlangt nicht, dass wir unsere personenzentrierten Prinzipien an der Tür der Forschungsklinik abgeben müssen!

### **Fokus auf die Veränderungsprozess-Forschung durch den Einsatz einer angemessenen Forschungsmethode**

Quantitative und qualitative Forschungsmethoden können zum Studium von fast allen menschlichen Erfahrungen herangezogen werden, von der Erfahrung, Opfer einer Straftat geworden zu sein (Wertz, 1983), bis zur Erfahrung von Einsamkeit (z. B. Moustakas, 1990). Dennoch möchte ich für mehr Forschung zu psychotherapeutischen Veränderungsprozessen plädieren, das heißt, Forschung zu den Prozessen der Psychotherapie, die Veränderungen bewirken, einschließlich der Veränderungsschritte und insbesondere der Therapieprozesse, welche die Veränderungen beim Klienten bewirken (Greenberg, 1986). Ein großer Teil der aktuellen Forschung zu PCEPs, sowohl der quantitativen als auch der qualitativen, fokussiert nicht explizit darauf, wie die Veränderung geschieht, was den Wert der Forschung für das Verständnis und die Verbesserungen in der Praxis einschränkt. Derartige Forschung ist eine notwendige Ergänzung zur Wirksamkeitsforschung, die uns zwar sagen kann, in welcher Hinsicht und wie sehr ein Klient sich verändert hat, jedoch nicht, wie oder warum diese Veränderung stattgefunden hat. Das heißt: Die Veränderungsprozessforschung kann uns dabei helfen, ein Verständnis für die Veränderungen im Klienten zu erlangen und dieses zu evaluieren.

Die fundamentalen Gattungen der Veränderungsprozessforschung sind „*quantitative Prozesswirksamkeit*“, „*qualitative hilfreiche Faktoren*“ und „*mikro-analytischer sequentieller Prozess*“. Zusätzliche Gattungen vereinen diese fundamentalen Ansätze zu komplexeren Paketen (z. B. Aufgabenanalyse). Diese verschiedenen Forschungsgenres liefern zusammen mit der „*Wirksamkeitsforschung*“ eine reichhaltige Auswahl an Ansätzen, derer sich PCEP-Veränderungsprozessforscher bedienen können. Ich werde jetzt einen kurzen Überblick zu jedem zur Verfügung stellen.

#### **1. Wirksamkeitsforschung: Welches sind die allgemeinen Effekte von PCT bei spezifischen Klientenpopulationen?**

Beide, das traditionelle Gruppendesign wie randomisierte klinische experimentelle Studien, werden auch weiterhin dringend benötigt, sowohl für häufig untersuchte Populationen, wie Depressionen, als auch besonders für wenig erforschte Populationen wie Gesundheitsprobleme (z. B. Umgang mit Krebs) und schwere Probleme (z. B. Schizophrenie). Beispielsweise wäre es auch eine ziemlich gute Idee für Forscher unserer Tradition, Angstprobleme zu erforschen, anstatt dieses Gebiet völlig den kognitiven Verhaltenstherapeuten zu

überlassen (weitere Vorschläge unter Elliott et al., 2004). Wirksamkeitsforschung ist ebenso eine Voraussetzung für mehrere Genres der Veränderungsprozessforschung.

Derartige Forschung braucht weder positivistisch noch groß angelegt zu sein: Man kann Veränderung im Rahmen einer Therapie mit nur einem Klienten erfassen, indem man standardisierte quantitative Methoden (z. B. CORE-Wirksamkeitsmaße; Barkham et al., 2001), individualisierte quantitative Methoden (z. B. Personal Questionnaire; Elliott & Wagner, 2001) oder qualitative Fragebögen oder Interviews oder eine Kombination einsetzt.

Elliott und Zucconi (2006) schlagen eine Strategie zur Auswahl von Wirksamkeitsmaßen vor, die auf einer Prioritätenliste von Schlüsselkonzepten basiert:

- (1) Quantitative Verbesserung des allgemeinen Schweregrads der Probleme/Symptome (Prä-post-Unterschiede in Symptommfrequenz oder psychischer Belastung, gemessen durch standardisierte Instrumente),
- (2) Rückblickende qualitative Betrachtung der Veränderung (Post-Therapieberichte von Veränderungserfahrungen der Klienten),
- (3) Fortschritt bezüglich individualisierter Probleme/Ziele (Verbesserung bei Problemen oder Zielen, die der Klient gewählt hat),
- (4) Verbesserung von Lebensfunktionen (z. B. Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen oder Problemen am Arbeitsplatz)
- (5) Lebensqualität (z. B. Verbesserung im subjektiven Wohlbefinden oder Verbesserung der Lebenszufriedenheit)
- (6) Kosteneffektivität (z. B. Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen oder Rückgang von Kosten oder der Krankheit)

Elliott und Zucconi machen zudem Vorschläge bezüglich der – innerhalb der verschiedenen Schlüsselkonzepte zur Wirksamkeit – zur Verfügung stehenden Messinstrumente, indem sie beispielsweise eine kurze Übersicht der üblichen Messinstrumente anbieten, mit welchen die Problembelastung beim Klienten gemessen werden kann. Hier sei angemerkt, dass sie einfache standardisierte quantitative Wirkungen bevorzugen, dass darauf jedoch sofort qualitative Auswertungen der Wirkung folgen; tatsächlich kann man an jeder Stelle der Liste beginnen.

#### **2. Prozesswirksamkeitsforschung**

Welches sind die Effekte der förderlichen Bedingungen in Bezug auf die Wirksamkeit von PCEP? In einer aktuellen Meta-Analyse der Prozesswirksamkeitsforschung bezüglich der Empathie von Therapeuten fand Bohart et al. (2002) nur sechs Studien der experienziell-humanistischen Therapien, welche diese Beziehung untersuchten! Daraus folgt, dass Rogers' theoretische Schlüsselforderung in der von ihm begründeten Therapie nur selten Anwendung gefunden hat.

Prozesswirksamkeitsforschung (siehe auch Übersicht im vorangehenden Teil dieser Arbeit) beinhaltet die Berücksichtigung von Prozessen, die sich während der Sitzung ereignen, um Voraussagen über die Post-Therapiewirksamkeit zu machen. Hierbei handelt es sich um die am weitesten verbreitete Form der Veränderungsprozessforschung und eine der häufigsten Formen der Therapieforschung überhaupt. Laut Orlinsky et al. (2004) stehen in der Literatur mehrere tausend Prozess-Wirksamkeit-Forschungsergebnisse zur Verfügung, in welchen Prozess und Wirksamkeit mit mehreren Dimensionen gemessen werden, sowohl aus der Klienten- als auch aus der Therapeuten- und der Beobachterperspektive. Beispielsweise kann 30 Klienten einer ambulanten Gemeinde-Klinik, die sich in körperorientierter Personenzentrierter Therapie spezialisiert hat, der Barrett-Lennard Relationship Inventory Fragebogen (BLRI; Barrett-Lennard, 1986) und der CORE Outcome Measure (Barkham et al., 2001) vor und nach der dritten Therapiesitzung gegeben werden. Danach kann man einen bestimmten Typus der statistischen Analyse namens „Multiple Regression“ durchführen, in welcher die psychische Belastung des Klienten vor der Therapie (auf der CORE-OM) zunächst dazu benutzt wird, die psychische Belastung nach der Therapie vorauszusagen, bevor man die Bewertung des Klienten zur Empathie des Therapeuten (eine Unterskala des BLRI) hinzufügt, um zu sehen, ob man damit mehr als nur die Belastung des Klienten nach der Therapie vorhersagen kann. Dies ist wichtig, da Bewertungen der Klienten bezüglich der Empathie des Therapeuten möglicherweise durch das Niveau der Belastung nach der Therapie beeinflusst wird; anders ausgedrückt, stärker belastete Klienten könnten ihren Therapeuten empathischer erleben.

Wie das Beispiel andeutet, ist diese Art der Forschungsfragestellung höchst angemessen für naturalistische Stichproben einer PCEP-Therapie. Jedoch muss man sich an die frühere Diskussion über die strengen Grenzen, betreffend die maximale Größe der Wirksamkeitseffekte, erinnern. Praktisch bedeutet dies, dass eine Stichprobe von 30 viel kleiner ist, als sie sein sollte; eine Stichprobengröße von mindestens 40 (und optimalerweise näher zu 80) würde viel wahrscheinlicher eine Korrelation von .32 erreichen!

### 3. *Hilfreiche Faktorenforschung*

Auf einer Welle der Popularität von qualitativer Interviewforschung entwickelte sich in den letzten 15 Jahren auch rapide das Interesse an Forschung zu unterstützenden Faktoren (siehe auch Überblick im ersten Teil diese Arbeit). Die Forschung nach unterstützenden Faktoren benutzt typischerweise qualitative Datensammlungen entweder in Form von Fragebögen nach einer therapeutischen Sitzung, wie beispielsweise den „Helpful Aspects of Therapy (HAT)“-Fragebogen (Llewelyn, 1988), oder Interviews im Anschluss an die Therapie, wie beispielsweise das „Change Interview“ (Elliott et al., 2001). Zum Beispiel wird im HAT-Fragebogen der Klient gebeten, die Ereignisse, die in einer gerade beendeten Sitzung am meisten

unterstützend gewirkt haben oder am wichtigsten waren, zu beschreiben, während das Change-Interview Fragen dazu enthält, was der Klient als unterstützend oder behindernd empfand, und auch danach fragt, was nach Meinung des Klienten während der Therapie erlebte Veränderungen bedingt hat.

Eine typische auf Interviewbasis durchgeführte Studie zu unterstützenden Faktoren hat eine Stichprobengröße von 8 bis 12 Probanden, die je zwischen 30 und 60 Minuten interviewt werden, indem eine einfache Liste von 4 bis 8 offenen Fragen zur Anwendung kommt. Die resultierenden qualitativen Darlegungen der Klienten werden dann transkribiert und heutzutage meist qualitativ analysiert, indem man sich einer der bereits beschriebenen Methoden bedient. Die Ergebnisse haben typischerweise die Form eines mehrschichtigen Categoriesystems, ähnlich den in dieser Arbeit bereits beschriebenen.

Qualitative Forschung zu unterstützenden Faktoren ist ansprechend, weil sie intuitiv einleuchtet, zur Bewegung der Konsumenten „psychischer Gesundheit“ passt und von der aktuellen Popularität qualitativer Forschung in professionellen Ausbildungskursen lebt. Obwohl diese Forschung rasch heranreift, sieht sie sich doch mit einigen Herausforderungen konfrontiert, dazu gehören Attributionsfehler der Klienten (Leute beurteilen oft die Ursache von Ereignissen falsch), die Unfähigkeit der Klienten, Zugang zu wichtigen jedoch subtilen Erfahrungen zu finden und diese in Worte zu fassen, und schlechte Interviewtechniken (z. B. Suggestivfragen und bei nur oberflächlichen Beschreibungen von Erfahrungen bleiben). Eine sehr spannende Möglichkeit wäre eine Kombination der Forschung zu unterstützenden Faktoren mit anderen Methoden wie beispielsweise interpretativen Einzelfall-Designs.

### 4. *Mikro-analytische sequenzielle Prozessforschung*

Weit weniger üblich ist die Erforschung von schrittweiser Interaktion während der Sitzung zwischen Klienten und Therapeuten. Derartige Forschung ist von Natur aus auf niederem Niveau quantitativ – indem Antworten der Klienten und der Therapeuten auf eine relativ kleine Zahl von Kategorien oder Ratingskalen kodiert werden. Das wichtigste aktuelle Beispiel der PCEP-Therapieforschung dazu ist Sachses Forschung (1992; siehe Zusammenfassung in Sachse & Elliott, 2002) zur Beziehung zwischen Bearbeitungsvorschlägen des Therapeuten und der Bearbeitung durch den Klienten: Jeder Sprechakt des Klienten und des Therapeuten wurde parallel auf einer 8-Punkte-Skala bewertet. Danach betrachtete Sachse den Einfluss der Antworten des Therapeuten, die in Bezug auf die vorangehende Antwort des Klienten auf der gleichen Bearbeitungstiefe, darüber oder darunter waren. Er fand heraus, dass Klienten stark vom Grad des therapeutischen Bearbeitungsangebotes beeinflusst wurden, was er als Verstoß gegen das non-direktive Verständnis der klassischen Personenzentrierten Therapie ansah. Da jedoch Sachses kontroverse Ergebnisse bislang nicht vollständig repliziert wurden,



bleibt dies eine wichtige Aufgabe für zusätzliche Forschung (darüber hinaus scheinen die Klienten ihrerseits starken Einfluss auf die Therapeuten gehabt zu haben, was Sachse jedoch nicht untersuchte).

Da sie sehr nahe an der konkreten Handlung des Klienten und Therapeuten bleibt, birgt die mikro-analytische sequentielle Prozessforschung ein großes Potential in sich, Praxis-Theorien zu testen und kausale Einflussprozesse in den Sitzungen direkt zu untersuchen. Unglücklicherweise besteht die größte Einschränkung darin, dass sie schwierig und zeitaufwändig ist. Um derartige Forschung zu betreiben, muss man zunächst relevante Segmente des Therapieprozesses auswählen und transkribieren, danach müssen Bewerter geschult werden, damit diese über ein angemessenes Niveau an Übereinstimmung oder Reliabilität verfügen, und schließlich müssen die Daten unter Verwendung einer speziellen Statistik analysiert werden (die übliche Statistik reicht nicht aus, da die Daten typischerweise übliche statistische Annahmen verletzen). Das mühsame Naturell dieser Forschung bedeutet auch, dass sie sich nicht unbedingt für entdeckungs-orientierte Forschung eignet.

Aus wahrscheinlich genau diesen Gründen konnte sich die sequentielle Prozessforschung nie richtig durchsetzen, und heute gibt es sogar weniger von dieser Art der Forschung als noch vor 20 Jahren. Andererseits wurde die mikro-analytische sequentielle Prozessforschung in komplexere Formen der Veränderungsforschung einbezogen, wie beispielsweise die Aufgabenanalyse (z. B. Rice & Greenberg, 1984) und die „Comprehensive Process Analysis“ (z. B. Elliott et al., 1994). Mir scheint, dass qualitative Ansätze einer sequenziellen Analyse vielversprechende, aber noch nicht voll ausgeschöpfte Möglichkeiten für entdeckungsorientierte Forscher bieten, insbesondere für solche, die ihren Hintergrund in der Diskursanalyse haben (z. B. Siegfried, 1995).

##### 5. Komplexe Methoden zur Erforschung von Veränderungsprozessen

Die drei beschriebenen grundlegenden Formen der Erforschung von Veränderungsprozessen haben alle ihre bedeutsamen Grenzen; auf einige habe ich bereits hingewiesen. Aus diesem Grunde haben Forscher komplex zusammengesetzte Ansätze entwickelt, bei denen mehrere Grundformen mit qualitativer und quantitativer Datensammlung kombiniert werden. Dies geschieht im Allgemeinen innerhalb eines interpretierenden theoriebildenden Rahmens. Zwei komplexe Forschungsdesigns von Veränderungsprozessen sind die „Aufgabenanalyse“ (z. B. Rice & Greenberg, 1984) und die „Comprehensive Process Analysis“ (z. B. Elliott et al., 1994).

Was diese beiden Methoden gemeinsam haben, ist der Fokus auf spezielle Momente der Einsicht, der Bewusstheit, der Erleichterung oder anderer Formen persönlicher Veränderung während der Therapie. Dies ist ein Schlüsselthema der Literatur zu PCE-Therapie und geht auf Rogers' Schriften zum Therapieprozess zurück (z. B. Rogers, 1961). Comprehensive Process Analysis nutzt den „Helpful Aspects

of Therapy“-Fragebogen, um signifikante Therapieereignisse zu identifizieren und diese dann intensiver zu analysieren (z. B. Elliott & Shapiro, 1988). Mit dem Einsatz dieser Methode können PCEP-Forscher wichtige Momente aus der Klientenperspektive identifizieren und diese danach untersuchen, um den Veränderungsprozess weiter aufzulösen, einschließlich der zu dem Zeitpunkt präsenten Qualitäten im Erleben des Klienten und des begleitenden Diskurses. Mit dieser Methode wurden Ereignisse, wie die Einsicht des Klienten (Elliott et al., 1994) und dessen Bewusstheit (Elliott, 1989), untersucht. Das Assimilationsmodell von Stiles et al. (1990) entwickelte sich aus der „Comprehensive Process Analysis“.

Mit der Aufgabenanalyse werden andererseits Beispiele von besonders interessanten Arten des Therapieprozesses gesammelt und untersucht, um daraus ein Modell zu entwickeln, wie Klienten spezifische therapeutische Aufgaben lösen (z. B. die Verwirrung der Klienten darüber, wie sie etwas getan oder gefühlt haben). Prozess-experienzielle/emotions-fokussierte Therapie wurde mittels Forschung durch Aufgabenanalyse entwickelt.

Ebenso wie die mikro-analytische Sequenzanalyse waren auch die komplexen Veränderungsprozess-Forschungsgenres nicht sehr weit verbreitet und dies wahrscheinlich aus demselben Grund. In erster Linie sind diese Methoden technisch anspruchsvoll zu erlernen und zeitaufwändig durchzuführen. Der intensive Fokus auf eine kleine Zahl von Schlüsselmomenten der Therapie führte häufig zu Studien bezüglich eines einzelnen signifikanten Ereignisses, welche manchmal schwierig zu publizieren waren. Jedoch haben beide, „Comprehensive Process Analysis“ wie die Aufgabenanalyse, wichtige Beiträge zur PCEP-Praxis geleistet, was andeutet, dass die weitere Anwendung dieser anspruchsvollen Ansätze möglicherweise zu weiteren wichtigen Entwicklungen führt.

## Das internationale Projekt zur Effektivität von Psychotherapie und Psychotherapieausbildung

Elliott und Zucconi (2006) fassten die Entwicklungen des „Internationalen Projektes zur Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)“ zusammen. Die erste Komponente dieses Projektes schließt die Förderung von praxisbasierter Forschung zur Effektivität von Psychotherapie an Universitäten und Ausbildungseinrichtungen in Europa, Nordamerika und anderswo ein. In diesen Settings sind randomisierte klinische Untersuchungen generell nicht praktikabel, und sie tendieren nicht dazu, etwas zum Verständnis oder zur Verbesserung der Therapie beizutragen. Solche Forschung braucht die Entwicklung eines konzeptuellen Gerüsts, um Therapieprozesse und -wirksamkeit auszuwerten, welches auch über eine Bandbreite von theoretischer Orientierung, von Modalitäten und Klientenpopulationen hinweg eingesetzt werden kann (Elliott & Zucconi, 2006). Der Zweck eines solchen Forschungsgerüsts ist es, die praxisbezogene Therapieforschung in Ausbildungsstätten an-

zuregen, zu fokussieren und zu fördern. Gleichzeitig ist es wichtig, Sammelstellen für die Messergebnisse des Therapieprozesses, der Therapiewirksamkeit und von Veränderungsprozessen einzurichten, die geeignet sind, eine große Bandbreite therapeutischer Ansätze zu bewerten und die Ausbildung wie die Verbreitung von Wissen über nützliche, leicht anzuwendende, praxisbezogene Therapieforschungsmaßnahmen und Konzepte für Ausbildungsinstitute zur Verfügung zu stellen. Künftige Schritte könnten das Erstellen von umfassenden gemeinsamen Datenbanken beinhalten, die wiederum die Möglichkeit für eine kollaborative Forschung über Datenzusammenlegung schaffen würden. Die zweite Komponente des IPEPPTS besteht darin, die Forschung zur Effektivität der Therapeutenausbildung an Universitäten und Ausbildungsinstituten zu fördern. Es ist relativ wenig bekannt über die Effektivität der Therapieausbildung, teilweise auch auf Grund von Schwierigkeiten, wie das Fehlen einheitlicher Maße bezüglich der Funktionsweise von Therapeuten, und der Notwendigkeit, die Veränderung bei den Therapeuten im Längsschnitt über mehrere Jahre der Ausbildung zu messen. Trotzdem ist es wichtig, eine systematische Evaluation der Wirksamkeit im Bereich der Therapieausbildung in Gang zu setzen. Diese Evaluationsaktivitäten sollten sowohl formative als auch zusammenfassende Funktionen zur Verfügung stellen können. Das bedeutet, dass sie Ausbilder in die Lage versetzen sollten, durch die Bereitstellung von Feedback zu effektiven und ineffektiven Ausbildungsprozessen ihr Training zu verbessern; und sie sollten uns auch in die Lage versetzen, die Effektivität von Ausbildungsprogrammen für Akkreditierungsstellen und Institutionen der Forschungsförderung darzulegen. Derzeit wird in einigen Ausbildungskursen in Großbritannien ein Forschungsbericht implementiert (Folkes-Skinner & Elliott, 2007).

Zusätzlich beinhaltet IPEPPT eine internetgestützte Gemeinschaftswebsite für die PCEP-Forschung; PCEP-Partner dieses Projektes befinden sich in UK, Belgien, den USA, Kanada, Irland und Italien. Elliott und Zucconi (2006) präsentierten ein allgemeines Forschungsgerüst, um Forschung anzuleiten und auch eine Reihe von Forschungsberichten, welche ich in einem vorangehenden Teil der vorliegenden Arbeit vorgestellt habe. Holländisch- und englischsprachige praxisbezogene Forschungsberichte wurden entwickelt (Stinckens, 2006; Elliott, 2007). Obwohl das Projekt als Ganzes sich über verschiedene theoretische Orientierungen erstreckt, war

die Personzentrierte Therapie dennoch von Beginn an ein Schlüsselsteiner in dieser Arbeit.

## **Schlussbetrachtung: Involviert werden in der PCEP-Forschung**

Obwohl die Forschung in der Tradition der PCEPs von jeher eine Schlüsselrolle spielt, ist sie heute mehr denn je unerlässlich für ihr kontinuierliches Gedeihen und ihr Überleben. Glücklicherweise gibt es gleichzeitig auch eine größere Bandbreite an Forschungsmöglichkeiten und -werkzeugen, die PCEP-Therapeuten darin unterstützen, forschungsaktiv zu werden. Ich habe über die wesentlichen Ergebnisse berichtet, die aus den vergangenen Bemühungen hervorgegangen sind und auf welche PCEP-Ansätze sich weltweit in ihrer Argumentation für kontinuierliche staatliche und professionelle Anerkennung beziehen können. Ich habe fünf führende Genres von Forschungsalternativen skizziert, mit Hilfe derer das Verständnis von PCEP erweitert und vertieft werden kann. Elliott und Zucconi (2006) bieten weitere Vorschläge für Personzentrierte Therapeuten, die danach streben, sich mehr in die Forschung einzubringen, einschließlich:

- (1) etwas zu Dialogen, die von Angesicht zu Angesicht oder Online darüber geführt werden, wie Therapie- und Ausbildungswirksamkeit gemessen werden kann, beizusteuern;
- (2) einfache Forschungsverfahren mit eigenen Klienten und im eigenen Ausbildungssetting anzuwenden (zum Beispiel, um systematische Fallstudien durchzuführen);
- (3) bei der Übersetzung von Schlüsselinstrumenten der Forschung mitzuwirken oder spezialisierte Forschungsberichte für bestimmte Klientengruppen zu entwickeln (z. B. Menschen, die mit Schizophrenie leben);
- (4) Beiträge zur Erforschung der Entwicklung von Messvorgängen zu liefern, die darauf abzielt, existierende Messinstrumente zu verbessern;
- (5) an der formaleren Zusammenarbeit mit ähnlich ausgerichteten Ausbildungszentren teilzunehmen, um Daten für die gemeinsame Forschung zu generieren.

## Literatur

- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.
- Barrett-Lennard, G.T. (1986). The Relationship Inventory now: Issues and advance in theory, method, and use. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process* (pp. 439–476). New York: Guilford.
- Barrineau, P. & Bozarth, J. D. (1989). A person-centered research model. *Person-Centered Review 4*, 465–474.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A.C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research, 8*, 141–157.
- Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth: A qualitative interview study. *Counselling & Psychotherapy Research, 5*, 87–95.
- DeRubeis, R. J. (June, 2007). *I Can Sense Us Coming to a Consensus, and Other Wishes*. Paper presented at meeting of Society for Psychotherapy Research, Madison, Wisconsin.
- Elliott, R. (1989). Comprehensive Process Analysis: Understanding the change process in significant therapy events. In M. Packer & R. B. Addison (Eds.), *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology* (pp. 165–184). Albany, NY: SUNY Press.
- Elliott, R. (2001). Research on the Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and Qualitative Knowing in Person-Centered/Experiential Therapy Research. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy, 1*, 102–117.
- Elliott, R. (2007). *Practice-Based Research Protocol*. Unpublished document, Strathclyde Centre for Counselling and Psychotherapy, University of Strathclyde.
- Elliott, R. & Farber, B. (in press). Carl Rogers: Idealistic Pragmatist and Psychotherapy Research Pioneer. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington, DC: APA.
- Elliott, R., Fischer, C. & Rennie, D. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 215–229.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1988). Brief Structured Recall: A more efficient method for identifying and describing significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 141–153.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G., Llewelyn, S. P. & Margison, F. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 449–463.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69–111). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R. & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods in Clinical and Health Psychology* (pp. 147–159). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A Person-centered/Experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 5*, 82–100.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4–9.
- Greenberg, L. S. Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 509–539). New York: Wiley.
- Heron, J. (1996). *Co-operative inquiry: Research into the human condition*. London: Sage.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517–572.
- Klein, M. J. & Elliott, J. (2006). Client Accounts of personal change in Process-Experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research, 16*, 91–105.
- Lietaer, G. (1990). The client-centered approach after the Wisconsin Project: A personal view on its evolution. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 19–45). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223–238.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & McLeod, J. (1984). A person-centred approach to research. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client Centred Therapy and the Person-Centred Approach: New Directions in Theory, Research and Practice* (pp. 370–389). Eastbourne: Praeger.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic research: Design, methodology, and applications*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Norcross, J. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Process and Outcome in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1946). Recent research in nondirective therapy and its implications. *American Journal of Orthopsychiatry, 16*, 581–588.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, J. L., Howard, K. I. & Vessey, J. T. (1993). Using significance tests to evaluate equivalence between two experimental groups. *Psychological Bulletin, 113*, 553–565.

- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Keisler, 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.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2, 235–251.
- Sachse, R. (2004). From Client-centered to Clarification-oriented Psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 19–35.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-outcome research in Client-Centered and Experiential Therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83–115). Washington, D.C.: APA.
- Siegfried, J. (Ed.) (1995). *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro-analysis in psychotherapy process research*. Norwood, NJ: Ablex.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411–420.
- Stinckens, N. (July, 2006). *The Leuven systematic case-study protocol*. Paper presented at 7<sup>th</sup> PCE-conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy, Potsdam, Germany.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66, 293–301.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305–314.
- Traynor, W. (May, 2007). *A study of the perceived effectiveness of person-centered practice with clients who experience psychotic process: a qualitative interview study*. Paper presented at research conference of the British Association for Counselling and Psychotherapy, York, UK.
- Wagner, J. & Elliott, R. (2001). *The Simplified Personal Questionnaire*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toledo.
- Wertz, F. J. (1983). From everyday to psychological description: Analyzing the moments of a qualitative data analysis. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 197–241.

#### **Autor:**

**Robert Elliott, Dr.**, Professor an der Abteilung für Beratung an der University of Strathclyde, Glasgow, Scotland. Co-Autor von „Facilitating Emotional Change“ und „Learning Emotion-Focused Therapy“ und Empfänger des Carl Rogers Award 2008 der Abteilung für Humanistische Psychologie der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung (APA).

#### **Korrespondenzadresse:**

Robert Elliott  
Counselling Unit  
University of Strathclyde  
76 Southbrae Drive, Glasgow G13 1PP  
E-Mail: fac0029@gmail.com