

Margot Klein & Mark Galliker

# Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung

## Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Person- zentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria

**Zusammenfassung:** Zur Untersuchung Personzentrierter Psychotherapien ist auch ein personzentriertes Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung notwendig. Voraussetzung eines solchen Verfahrens ist eine Untersuchungseinheit, die dem beziehungsmaßige und dialogischen Geschehen der Therapie angemessen ist. Die kleinste Einheit des Verständigungsprozesses besteht aus drei Schritten: Präsentation (z. B. durch den Klienten), Repräsentation (durch den Therapeuten) und Qualifikation der Repräsentation (wiederum durch den Klienten). Diese Einheit wird anhand des Gesprächs, das Rogers und Gloria geführt haben, eingeführt und erläutert. Methodologische sowie praktische Konsequenzen werden diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Dialogisches Therapieverständnis, Therapieforschung, Untersuchungseinheit, Dreischritt, „Zurücksagen“, Empathie, Beziehung, Selbstexploration, Supervision

**Abstract:** The triple step as an investigation unit in therapy research. Towards an object oriented evaluation of person-centered psychotherapy illustrated by the discourse between Rogers and Gloria. In the investigation of person-centered psychotherapies it is necessary that the procedure for the evaluation and quality assurance of such therapies be person-centered as well. A precondition for implementing such a procedure is an investigation unit which is appropriate to the relational and dialog-related conduct of the therapy. The smallest unit of the communication process consists of three steps: presentation (e.g. on the part of the client), representation (on the part of the therapist) and qualification of the representation (again on the part of the client). This unit is introduced and explained in the context of the discourse conducted by Rogers with Gloria. The methodological and practical consequences are discussed.

**Keywords:** dialogical understanding of therapy, therapy research, investigation unit, triple step, saying back, empathy, relationship, self-exploration, supervision

Psychotherapeuten mögen die Zufriedenheit der Klienten in und mit der Therapie schon immer beachtet haben, um die Qualität ihrer Arbeit im Interesse der Klienten zu sichern und auch in Zukunft weiter zu verbessern. Viele Psychotherapeuten stehen jedoch Qualitätssicherungsmaßnahmen und Instrumenten der Evaluation skeptisch gegenüber. Diese Skepsis besteht vielleicht zurecht. In der Regel handelt es sich um von außen angelegte Maßstäbe, die der klientenzentrierten Vorgehensweise der Therapeuten nicht angemessen sind. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Beitrag zu einer Qualitätssicherung zu leisten, die für Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch relevant ist und auch hinsichtlich einer gegenstandsangemessenen Psychotherapieforschung von Bedeutung ist. Theorie und Praxis werden

nicht voneinander getrennt und verselbständigt, wie dies in der bisherigen Forschung meistens der Fall gewesen ist.

In den letzten Jahren rückte ins Zentrum des Therapieverständnisses und schließlich auch der empirischen Therapieforschung nicht nur das Konzept der persönlichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, sondern auch die Verknüpfung dieses Konzeptes mit dem Begriff der *Empathie*. So wird Empathie nicht mehr einfach nur als Einstellung oder Kompetenz einer Person betrachtet, sondern vielmehr als *Ereignis zwischen Personen*: „Empathy is something that exists between therapist and client, not within one or the other“ (Bohart & Greenberg, 1997, p. 12). Dieses „etwas“ ist mehr ein *Prozess* als ein *Zustand* (vgl. u. a. Brodley, 2001). Empathie wird als konstitutives Moment der Beziehung aufgefasst; ja, es wird ihr

u. a. auch eine Contact-building-Qualität zugeschrieben (Schmid, 2001). Aktive Zuwendung zum Klienten, genaue Einstellung auf den Klienten sowie Einstimmung auf ihn, konstituieren therapeutische Beziehung. *Communicative Attunement* ist der Grad, in dem sich der Therapeut auf den Klienten einstimmt. Einige empirische Untersuchungen weisen darauf hin, dass nicht nur die therapeutische Beziehung für die Therapie erfolversprechend ist (vgl. u. a. Stucki, 2005), sondern dass es mehr noch interaktiv ausgeführtes und aufgefasstes empathisches Verhalten ist, das mit der Therapieeinschätzung des Klienten im postsession-outcome positiv korreliert (vgl. u. a. auch Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), doch existieren noch nicht viele Studien, in denen die therapeutischen Effekte dieser Variablen empirisch untersucht und genau nachgewiesen wurden (vgl. Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Ein Therapeut kann vom Klienten unter den gegebenen Bedingungen sprachlich Aktualisiertes bzw. Präsentiertes wirklich aufnehmen oder eher eigene Ziele verfolgen. Auf der anderen Seite kann der Klient das vom Therapeuten Angesprochene und im Moment Verbalisierte bzw. Präsentierte aufnehmen und es im Weiteren mehr oder weniger berücksichtigen oder einfach ignorieren. Auf fügsame und kooperative Klienten vermögen sich Therapeuten besser einzustellen als auf solche, die auf den Therapeuten nicht eingehen (Ham, 1987). Mit der Bezugnahme und Einstimmung auf den Gesprächspartner scheint allerdings der interaktionale Aspekt des Ansatzes noch nicht vollständig realisiert zu sein. Von einigen Therapieforschern wird die Rückmeldung durch den Gesprächspartner ins Auge gefasst. So wurden mit *empathic checking responses* Meinungen der Klienten zu den therapeutischen Einstimmungen untersucht (Brodley & Brody, 1990). Damit rückten die Reaktionen des Klienten ins Zentrum der Aufmerksamkeit: „The client is the one who determines, and communicates through his responses to the therapist, what he has intended and what is accurate understanding“ (Brodley, 2001, p. 18). Eine Reihe neuerer empirischer Untersuchungen weist ebenfalls darauf hin, wie bedeutsam – allgemein ausgedrückt – des Patienten *Responsiveness* auf das Verhalten des Therapeuten ist (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Auf die Veränderung der therapeutischen Beziehung haben in den letzten Jahren auch erfahrene Psychotherapeutinnen hingewiesen. Demnach betrachte die Klientin im Verlaufe einer Therapie die Therapeutin zunehmend als ein Gegenüber, deren Reaktionen interessierten (Brossi, 2003).

## Fragestellung

In den letzten Jahren hat zwar die Therapieforchung im Sinne der Process-Outcome-Research einige Fortschritte erzielt (vgl. u. a. Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Kritiker der herkömmlichen Ergebnisforschung forderten jedoch schon seit längerer Zeit mehr Prozessdenken und Verlaufs-

analysen (vgl. hierzu u. a. auch Fäh & Fischer, 1996). Diese Kritik scheint immer noch berechtigt zu sein, wenn auch in der Zwischenzeit tatsächlich mehr relevante Untersuchungen von der Form der *Temporal-Sequence-Studien* vorgelegt wurden (vgl. u. a. Znoj, Grawe & Jeger, 2000). Doch häufig wird versucht, den Prozess durch die zeitlich gestaffelte Auszählung von einfachen Untersuchungseinheiten (wie Wörter, Sätze, Äußerungen, Problemfelder) zu erfassen. Untersuchungen zu dem, was in der Therapie im Einzelnen tatsächlich geschieht (so genannte *In-Sessions Impacts*) werden nach wie vor eher selten durchgeführt und sie werden meistens auf quantifizierbare Ereignisse auf Seiten des Klienten reduziert. Einige dieser Ereignisse scheinen einigermaßen leicht bestimmbar zu sein, doch ist dies keineswegs bei allen der Fall (vgl. u. a. *insight vs. confusion; feeling better vs. feeling worse*). Zudem handelt es sich selten um so genannte flächendeckende Ereignisse. Evaluationen sämtlicher Ereignisse therapeutischer Prozesse, neutraler sowie hilfreicher, sind nach wie vor selten, wenngleich keineswegs neu (vgl. u. a. Bastine, Fiedler & Kommer, 1989).

Bei einer wissenschaftlichen Beschäftigung mit Psychotherapie geht es darum, den *Gesamtprozess* möglichst *detailgenau* zu untersuchen. Um dem Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient zu entsprechen, ist die Therapie als wechselseitiger Prozess der Beteiligten systematisch zu untersuchen. Gerade auch hinsichtlich von Vergleichsmöglichkeiten verschiedener Therapien müssen wir zu einem einheitlichen Verständnis des im Wesentlichen *interaktiven* Prozesses gelangen. Die Therapien werden aber meistens immer noch von außen objektivierend betrachtet und über alles hinweg global evaluiert, so dass es verständlich ist, dass der ursprünglich für die Therapieforchung bahnbrechende Personzentrierte Ansatz sich in dem in der Gegenwart vorherrschenden nomologischen Paradigma nie richtig situieren konnte und entsprechend relativ selten positive Ergebnisse vorweisen konnte (vgl. hierzu u. a. auch die Übersichtstabellen von Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004, pp. 326–360).

Allerdings wird nun schon seit einiger Zeit von verschiedenen Seiten, wenngleich meistens eher am Rande der Therapieforchung, vorgeschlagen, den interaktiven Prozess des Gesprächs tatsächlich zu analysieren und zwar in so genannten *Dreischritten*, manchmal auch *Triples* genannt (vgl. u. a. Hörmann, 1976, Käsermann, 1980, Foppa, 1984, Heritage 1984, Sachse, 1992). Ein Triple ist eine Einheit, die aus drei Teilen besteht. Der Klient präsentiert eine Aussage, der Therapeut reagiert auf diese Aussage, worauf eine erneute Aussage des Klienten folgt. Die zweite Klienten-Aussage kann nun mit der ersten verglichen werden. Es wird festgestellt, ob und wenn ja, inwieweit die zweite Aussage sich gegenüber der ersten verändert hat. Sachse (1992) sieht diese Veränderung in Richtung „Vertiefung“ oder „Verflachung“ des Originals. Die Verschiebung in die eine oder andere Richtung wird von ihm auf die „Intervention“ des Therapeuten zurückgeführt. Innerhalb des Triple wird also eine zweite Aussage des Klienten mit seiner ersten Aussage verglichen.

Die Qualifikation der Verschiebung erfolgt durch außenstehende Raters, die vorgängig in den Gebrauch von vorab definierten Kategorien eingeübt werden und nun von Fall zu Fall entscheiden müssen, welche sie jeweils gerade „am passendsten“ finden. Diese externen Beurteiler vergleichen Aussagen des Klienten und sie entscheiden, ob überhaupt eine Verschiebung erfolgt und ob diese als „verflachend“ oder „vertiefend“ festzuhalten ist. Demnach wird ein Verhältnis von Klienten-Äußerungen qualifiziert und der Therapeut erst sekundär beurteilt. Eine Qualifikation durch den Klienten ist in dieser Untersuchungseinheit nicht vorgesehen.

Evaluation und Qualitätssicherung von Therapien haben den humanistischen Verfahren der Psychotherapie wie beispielsweise der Personzentrierten Gesprächspsychotherapie zu entsprechen, sonst kann der Wert dieser Verfahren gar nicht bestimmt werden. Es ist kein Geheimnis, dass die durch das Psychotherapeutengesetz und die Psychotherapierichtlinien favorisierten Methoden einem klientenzentrierten Verständnis der Therapie gerade in wesentlichen Punkten nicht adäquat sind (vgl. hierzu auch Zurhorst, 2005), ungeachtet der Tatsache, dass es immer wieder Ansätze zu einem mehr dialogischen Verständnis der Therapie und der Therapieforschung gegeben hat (vgl. u. a. Sachse, 1992).

In der vorliegenden Arbeit möchten wir insbesondere der Frage nachgehen, ob bei einem genuin personzentrierten Therapeutverständnis nicht auch die Evaluation und Qualifizierung des interaktiven Prozesses eines therapeutischen Gesprächs selbst *personzentriert* erfolgen sollte. Welche Möglichkeit bietet sich, die gegenseitige persönliche Bezugnahme von Therapeut und Klient *systematisch* zu untersuchen? Erste Voraussetzung hierzu ist die Bestimmung einer *Untersuchungseinheit*, die dem interaktiven Prozess entspricht. Es handelt sich bei dieser Fragestellung sicherlich um eine primär methodologische, doch glauben wir, dass die Beantwortung unserer Frage auch von unmittelbar praktischer Bedeutung ist und Therapeuten sowie Supervisoren interessieren könnte, gehört doch die Wahrnehmung der Empathie des Therapeuten durch den Klienten zu den unabdingbaren Voraussetzungen des Therapieerfolges (vgl. u. a. Tudor, 2000).

## Methode

Foppa (1984) hat zur Klärung von Redeabsichten und Verständigung auf der Grundlage von Hörmann (1976) sowie von Käsermann (1980) festgestellt: so schwierig einerseits das Forschungsvorhaben erscheint, Äußerungen adäquat semantisch zu beurteilen, so leicht fällt dies andererseits in der Regel den in ein Gespräch involvierten Sprechern und Hörern selbst. Dies bedeutet, dass die Forscherin gleichsam in den Prozess einsteigt und in diesem der Konstitution der Bedeutungen und deren Klärung folgt. Um zu verstehen, was damit genau gemeint ist, sei ein Beispiel aus dem im Jahre 1969 aufgenommenen Gespräch von Rogers (vgl. u. a. 1977b/2004) und

Gloria angeführt, in dem die Klientin vom Therapeuten vor allem wissen wollte, ob es sich auf ihre neunjährige Tochter Pammy negativ auswirken würde, wenn sie ihr weiterhin die Wahrheit über ihre sexuellen Zufallskontakte vorenthalten würde:

*K.: (...) Aber wenn mir die Dinge so falsch vorkommen und wenn ich den Drang verspüre, sie zu tun, wie kann ich das akzeptieren?*

*Th.: Was Sie möchten, ist, sich selbst mehr zu akzeptieren, auch wenn Sie Dinge tun, die Sie für falsch halten. Stimmt das?*

*K.: Ja, das stimmt.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 174 f.)

Offensichtlich hat der Therapeut an dieser Stelle des Gesprächs richtig verstanden, was die Klientin ihm zu verstehen geben wollte. Demnach kommt eine *Verständigung* zustande. Foppa (1984, S. 76) betrachtet die Verständigung als eine Abfolge von *drei* Schritten (bzw. als Dreischritt) bestehend aus *Interpretandum*, *Interpretation* und *Qualifikation*.

## Der Dreischritt

Die Darlegung eines *Interpretandums* ist der Beginn oder erste Schritt des Dreischritts. Eine erste Sprecherin verbalisiert ihre Gedanken und Gefühle gegenüber einem Hörer. Umgekehrt: Einem Hörer werden Gedanken und Gefühle in verbaler Form unterbreitet bzw. präsentiert. *Präsentation* meint eine Aktualisierung unter Berücksichtigung der gegebenen äußeren Voraussetzungen, die im Moment zu beachten sind. Mit anderen Worten: Das Interpretandum ist der methodologische Ausdruck für eine Präsentation, die von einem Sprecher momentan unter Beachtung externer Bedingungen, u. a. des Hörers, demselben zur Kenntnisnahme angeboten wird. Handelt es sich bei diesem Sprecher um einen Klienten oder Patienten, wird auch der englische Ausdruck *Patient Presentation* verwendet. Natürlich könnte auch eine Präsentation des Therapeuten das Interpretandum und damit den Ausgangspunkt eines Dreischrittes bilden. Bei der Therapieforschung liegt aber naturgemäß die Priorität bei Präsentationen der Klienten. Der Umfang einer Präsentation wird durch den Sprecher-Wechsel bestimmt. Vorliegendes Beispiel für ein Interpretandum: „*Aber wenn mir die Dinge so falsch vorkommen und wenn ich den Drang verspüre, sie zu tun, wie kann ich das akzeptieren?*“

Mit dem zweiten Schritt des Dreischrittes, der *Interpretation*, bezieht sich der Hörer auf das Interpretandum, das er als Interpretandum zu verstehen versucht bzw. interpretiert. Beispielsweise ist es ein Therapeut, der mit seiner Repräsentation des Präsentierten das anbietet, was er verstanden hat („*therapist understanding*“). Jede Umschreibung des vom Klienten Präsentierten, auch eine eigentliche Paraphrase, wird als (zumindest minimale) „Interpretation“ wahrgenommen. Wie bei der Präsentation des Interpretandums

bleibt damit auch bei der Repräsentation bzw. bei der Interpretation in der Regel eine gewisse Distanz zu einer unmittelbaren Verbalisierung bestehen, doch kann die Interpretation natürlich nicht mit einer eigentlichen „Deutung“ etwa im psychoanalytischen Sinne identifiziert werden. Schon der Redner-Wechsel an sich bewirkt aber semantische Änderungen des „Ganz-genau-gleich-Gesagten“ durch die jeweils sprechende Person, was etwa mit dem Scherz „Ich weiß nicht mehr weiter“ (Klientin) – „Ich weiß nicht mehr weiter“ (Therapeut) zum Ausdruck gebracht werden kann. Beim vorliegenden Beispiel („*Was Sie möchten, ist, sich selbst mehr zu akzeptieren, auch wenn Sie Dinge tun, die Sie für falsch halten?*“) ist die Interpretation eine *Paraphrasierung* des Interpretandums und keine eigentliche Wiederholung der Vorgabe (Paraphrase). Der Satz wird umgestellt und auch lexikalisch leicht verändert. Wörter wie „akzeptieren“, „Dinge“ und „falsch“ werden integriert, während „Drang verspüren“ durch „mögen“ substituiert wird und „selbst“ hinzukommt.

Bei der *Qualifikation*, dem dritten und letzten Schritt innerhalb des Dreischritts, wird die Interpretation mit dem zu Interpretierenden verglichen und zwar wiederum *durch die erste Sprecherin*. Demnach wird unter Qualifikation die positive oder negative Stellungnahme der ersten Sprecherin zur Interpretation des Hörers verstanden. Beispielsweise ist es die Klientin, die dem Therapeuten mitteilt, ob er ihre Präsentation verstanden hat oder nicht – offenbar eine besondere Art der „*Patient Responsiveness*“. Vorliegendes Beispiel: „*Ja, das stimmt*“. Weitere positive Qualifikationen: „*Ja, so habe ich es gemeint*“, „*Richtig*“, „*Stimmt*“, „*Genau*“, „*Ganz genau!*“ (eine Liste von *strong confirmations* bietet Brodley, 2001, p. 22). Bei einem Missverständnis wird etwa wie folgt qualifiziert: „*Nein, so habe ich es nicht gemeint*.“ (Hörmann, 1976, S. 202).

Im halbstündigen Gespräch von Rogers und Gloria gibt es 47 Dreischritte in vollständig verbalisierter Form, wovon 35 von der Klientin eindeutig positiv qualifiziert und nur zwei von ihr ausdrücklich zurückgewiesen wurden. Die übrigen Dreischritte wurden in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls – wenngleich etwas weniger stark – positiv qualifiziert oder nicht ausdrücklich qualifiziert und erst in der Fortsetzung der Rede qualifiziert (s. u.).

Die Sequenz *Interpretandum – Interpretation – Qualifikation* ist die kleinste Einheit oder die Grundeinheit der Verständigung in einem Gespräch und damit eine von externen Ratern unabhängige Form der Evaluation innerhalb eines jeden Triples. Mit den Dreischritten wird die Verständigung gesichert. Es wird Bedeutung übertragen und zugleich den Beteiligten Bedeutung beigemessen und zwar beidseitig mit jedem ausgeführten Dreischritt. Damit handelt es sich immer auch um Wertschätzung, um ein Ja-Sagen zum Gesprächspartner als *anderer* Person (vgl. u. a. auch Schmid, 2001).

Dreischritt für Dreischritt ergeben sich soziale sowie semantische „*Mikrobindungen*“. Dieser nun interaktiv aufgefasste Prozess führt u. a. zu einem gegenseitigen Verhältnis der Gesprächsteilnehmer zur Wirklichkeit, das – zumindest vorübergehend – übereinstimmend sein kann. Es liegen bereits einige Indizien dafür vor,

dass es diese Verständigung ist, die mit einem positiven Therapieergebnis in einem besonders engen Zusammenhang steht (vgl. u. a. auch Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

## Selektion

Ein Problem kann der Umfang des Interpretandums sein. Wie geht der Therapeut vor, wenn die Präsentation über den Moment hinaus ausgedehnt ist? Die Interpretation wird bei längeren Darbietungen seitens des Sprechers i. d. R. auf emotionale Aspekte oder Ausschnitte der verbalisierten Gedanken und Gefühle zentriert. Rogers (1942/1985, S. 124–139) hat die Auswahlmöglichkeiten bei der therapeutischen Zuwendung wie folgt eingeschränkt:

- *Zentrierung auf die Darbietungen des Klienten*: Der Therapeut konzentriert sich auf die vom Klienten gebotenen Äußerungen und wiederholt deren Gehalt.
- *Zentrierung auf Emotionen*: Der Therapeut beachtet insbesondere den Gefühlston des Dargebotenen, wobei negative sowie positive emotionale Inhalte verbalisiert werden.
- *Zentrierung auf Ambivalenzen*: Der Therapeut beachtet widersprüchliche Gefühle, die gegebenenfalls eine Konfliktquelle ausdrücken.

Bei Auswahlmöglichkeiten geht also der Interpretand auf besondere Stellen des Interpretandums ein. Ein Beispiel für die Zentrierung auf Ambivalenzen ist, wenn Rogers (1977b/2004) bezüglich eines Interpretandums von Gloria das Verlangen *und* das ihm widersprechende Wissen heraushebt:

*K.:* *Als Geschlechtsleben möchte ich sagen, ist das nicht normal. Denn etwas sagt mir, daß es nicht richtig ist – mit jemandem zu schlafen, bloß weil man sich körperlich zu ihm hingezogen fühlt oder ein körperliches Bedürfnis hat oder so was. Irgendwie weiß ich gut, daß das jedenfalls nicht richtig ist.*

*Th.:* *Sie haben das Gefühl, daß Sie manchmal etwas tun, was mit Ihren inneren Maßstäben nicht übereinstimmt.*

*K.:* *Stimmt. Ja, das stimmt genau.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 173).

Die von Rogers vorgeschlagene Selektion ist für Gesprächspsychotherapeuten während der ganzen Therapie relevant, doch besonders zu Beginn einer Therapie, wenn das Gespräch oft noch nicht einen ausgeprägten dialogischen Charakter hat, drängt sie sich auf. Ohne diese Selektion wäre es nicht möglich, auf das vom Klienten Verbalisierte personenzentriert einzugehen. Hinsichtlich einer Veränderung der Gesprächssituation oder gar der Person ist sie jedoch *nicht* intentional. Die ausschließlich anvisierte Akzeptanz ist für selektive Wiedergaben von (immer auch emotional relevanten und getönten)

Gedanken und Vorstellungen genauso möglich wie von Affekten, wengleich sich im Einzelnen je nach Voraussetzungen (u. a. Stand der Therapie) durchaus Differenzen in der relativen Frequenz ergeben (vgl. u. a. Brodley, 2001). Versuche, den Experiencing-Prozess in seiner Qualität zu hierarchisieren (vgl. u. a. Korbei, 2007), lassen sich zwar nicht mit Rogers ursprünglicher Intention, insbesondere das nicht-direktive Vorgehen betreffend (Rogers 1942a/1985), sicherlich aber mit Rogers späteren Intentionen vereinbaren (u. a. Rogers, 1961/2006). Gleichwohl bedeutet die Anwendung entsprechender Skalen, auch wenn sie häufig implizit erfolgt, eher „Wertschätzung des Klienten“ als „Wertschätzung für den Klienten“ (zur ursprünglichen Bedeutung des Wortes Wertschätzung bei Knigge siehe Galliker, Klein & Rykart, 2007).

### Sequenzen von Dreischritten

Ein einziger Dreischritt genügt oft nicht, um zu einer positiven Qualifikation zu gelangen und Verständigung zu erreichen. So gelangt auch Rogers im Gespräch mit Gloria in etwa einem Viertel aller Fälle nicht schon nach einem einzigen Durchgang zu einer eindeutigen Annahme der Interpretation. Eine ausdrückliche Ablehnung ist zwar bei Rogers äußerst selten, doch manchmal kommt es vor, dass Gloria die Interpretation mit einem Ausdruck wie „nun ja“, einem nicht ganz überzeugt klingenden „stimmt“ oder manchmal einfach durch Fortsetzung der Rede ohne ausdrückliche Qualifikation quittiert (s. u.). Beim folgenden Beispiel stimmt die Klientin dem Therapeuten bereits nach dem ersten Dreischritt annähernd zu, doch erst nach einem zusätzlichen Dreischritt erfolgt eine volle Zustimmung:

*K.: Wissen Sie, er (ihr ehemaliger Ehemann und Vater ihrer Kinder) ist so freundlich und unkompliziert, und darum beneide ich ihn. Ich möchte, daß mich die Kinder für ebenso liebenswert halten wie ihn, und doch weiß ich, daß er nicht so aufrichtig zu ihnen ist. So aber hat es den Anschein, als müsste ich das eine für das andere eintauschen. Ich weiß, daß mir das eine wichtiger ist, aber ohne den Glanz des anderen fehlt mir etwas.*

*Th.: Irgendwie meinen Sie: Sie (die Kinder) sollen von mir ein ebenso schönes Bild haben wie von ihrem Dad; und wenn sein Bild etwas überzogen ist, nun, dann muß es eben auch das meine sein. Aber vielleicht ist das etwas zu hart ausgedrückt.*

*K.: Nein, das kommt der Sache recht nahe. Genau das meine ich. Aber ich weiß, daß sie von mir kein so glänzendes Bild haben können, wenn ich aufrichtig wäre. Außerdem weiß ich, daß ich ein bißchen widerborstiger bin als ihr Daddy. Wahrscheinlich tue ich mehr Dinge, die sie verurteilen würden.*

*Th.: Es fällt Ihnen schwer zu glauben, daß Ihre Kinder Sie wirklich lieben würden?*

*K.: Das stimmt. Ja, genau das ist es (...).*

(Rogers, 1977b/2004, S. 178)

Es kommt auch vor, dass eine erste Interpretation des Therapeuten durch den Klienten überhaupt nicht ausdrücklich qualifiziert wird. Erst die Weiterführung der *Selbstexploration*, das heißt der Auseinandersetzung des Klienten mit dem eigenen Erleben und den eigenen Erfahrungen (vgl. Stumm, Wiltschko & Keil, 2003, S. 282) kann dann – zumindest implizit – zustimmend sein. Eine Untersuchung von 102 Gesprächen ergab, dass die Verständigung häufig erst allmählich mit der Fortsetzung der Rede erfolgt. Ausdrückliche Qualifikationen kommen relativ selten vor. Diese empirische Studie zeigt auch auf, dass Gesprächspartner mit all ihren anderen („gewöhnlichen“) Beiträgen, ja auch mit ihren Verständnisfragen, ebenfalls demonstrieren können, was sie bereits vom Dialogpartner verstanden haben und inwieweit sie mit dem Vorgegebenen einverstanden sind (Galliker, 1991). Der Klient kann also die Interpretationen des Therapeuten indirekt bestätigen, wobei der prozentuale Anteil im Verhältnis zu den direkten und ausdrücklichen Bestätigungen von diversen Bedingungen abhängt, u. a. von der Person des Klienten und der Person des Therapeuten (vgl. u. a. auch Brodley, 2001).

### Arten der Zustimmung

Es mag nun die Frage auftreten, ob eine Interpretation nicht auch trotz Ablehnung zutreffend oder trotz Zustimmung abwegig sein könnte. Im ersten Fall könnten negative Übertragungen und Widerstände, im zweiten Fall positive Übertragungen, vielleicht ganz einfach nur Gleichgültigkeit oder Höflichkeit und Freundlichkeit eine Rolle spielen.

Wenn in einer Personenzentrierten Gesprächspsychotherapie die jeweilige Präsentation der Person zentriert wird, ist entscheidend, wie diese Person die Interpretation des Therapeuten *im Moment* erlebt und wie sie unmittelbar darauf gedanklich und gefühlsmäßig reagiert, unabhängig davon, wie ihre Reaktion sonst noch gedeutet werden könnte. Die für die Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie spezifische *Moment-by-moment empathy* (Lietaer, 2002) bezieht sich nicht zuletzt auch auf die Qualifikation der Therapeuten-Interpretation. Der Therapeut nimmt diese Reaktion des Klienten auf jeden Fall in ihrem kognitiven und emotionalen Gehalt ernst (und zwar *nominell* ernst) und versucht diese Reaktion zu verstehen.

Der Therapeut achtet aber gewiss ebenso darauf, was die Reaktion bei ihm auslöst, um nötigenfalls, nicht zuletzt um kongruent zu bleiben, sofort darauf einzugehen oder wenn dies aus irgendeinem Grund nicht möglich sein sollte (z. B. bei einer Kränkung, auf die momentan nicht angemessen eingegangen werden kann), bei einer späteren Gelegenheit auf die betreffende Reaktion zurückzukommen.

Rogers (1977b/2004, S. 24 ff.) hat das angedeutete Problem erkannt und auf den Grad des Verstehens je nach Art der Zustimmung geschlossen:

- *Oberflächliches Verstehen*: Die Äußerung des Therapeuten hilft dem Klienten bei seiner Selbstexploration nicht viel weiter. Beispiel: „*Natürlich. Das habe ich ja gerade gesagt*“.
- *Einführendes Verstehen*: Die Äußerung des Therapeuten hilft dem Klienten bei seiner Selbstexploration weiter. Beispiel: „*Ja, das stimmt genau! Ich hätte nicht gedacht, dass jemand versteht, was ich eigentlich sagen wollte*.“
- *Verstehen am Rande der Gewährwertung*: Der Therapeut vermag vom Klienten noch nicht verbal ausgedrückte Sinngehalte zu erfassen. In diesem Fall gelangt der Klient oft erst nach einer Pause allmählich zu einer Anerkennung des vom Therapeuten ausgedrückten Sinngehaltes. Beispiel: „*Das habe ich vielleicht gemeint. Ja, vielleicht ist es das, was ich gemeint habe*“.

Im Gespräch von Rogers und Gloria kommt das *einführende Verstehen* weitaus am häufigsten vor. Oberflächliches Verstehen kommt in diesem Gespräch nie vor. Doch auch Verstehen am Rande der Gewährwertung ist wider Erwarten selten nachweisbar. Betrachten wir aber das folgende Beispiel, das von den Herausgebern des Gesprächs wie folgt kommentiert wird: „Er erfasst genau die subtile Bedeutung gerade am Rande ihres Bewußtseins“ (vgl. Rogers, 1977b/2004; Anmerkung 16, S. 175):

*K.: (...) Ich will meine Schuldgefühle loswerden und das wird mir helfen, aber ich will sie nicht ihr (der Tochter Pammy) aufladen (Einschub Th.: Das ist richtig). Glauben Sie, daß sie das verletzen könnte?*

*Th.: Ich glaube ... ich bin überzeugt, daß Ihnen das jetzt wie ein Ausweichen vorkommt, doch mir scheint, daß Sie selbst die Person sind, der gegenüber Sie nicht völlig aufrichtig sind. Denn ich war sehr betroffen davon, daß Sie gesagt haben: „Wenn ich das, was ich getan habe, als richtig empfinde, ob ich nun mit einem Mann zu Bett gehe oder was sonst ist, wenn ich das als wirklich richtig empfinde, dann mache ich mir keine Sorgen über meine Beziehung zu Pam oder darüber, was ich ihr erzählen soll.“*

*K.: Stimmt. Stimmt genau. Jetzt verstehe ich, was Sie sagen wollen (...).*

(Rogers, 1977b/2004, S. 174).

Die Repräsentation des Therapeuten ist hier deutlich länger als die Präsentation der Klientin und diese Repräsentation wird danach von der Klientin eindeutig positiv qualifiziert. Der Therapeut macht vorher die Klientin darauf aufmerksam, dass seine Antwort auf die von ihr gestellte Frage von ihr (und eben nicht von ihm) stammt. Dabei bezieht sich der Therapeut allerdings nicht ausschließlich auf das unmittelbar vorgegebene Interpretandum. Die Interpretation ist – wie von Rogers selbst angesprochen („*Denn ich war sehr betroffen davon, daß Sie gesagt haben ...*“) – ein Rückbezug auf einen früheren Redebeitrag der Klientin in diesem Gespräch. Es handelt sich um eine „Wieder-gabe“ des von der Klientin schon vorher in diesem Gespräch verbal „Vor-gegebenen“. Dasselbe ist in der bis

anhin konstituierten Beziehung, mithin im aktuellen Interpretandum bzw. im Präsentierten, implizit „mit-gegeben“ und damit auch explizierbar. Ansonsten besteht beim „Verstehen am Rande der Gewährwertung“ zumindest die Gefahr, dass der Therapeut etwas *jenseits* der Grenze dieser Gewährwertung gerät (vgl. dazu auch Rogers, 1977b/2004, S. 169-172).

Rogers hat verschiedentlich darauf hingewiesen, dass es *nicht* Aufgabe des Therapeuten sei, vom Klienten noch nicht ausgedrückte oder gar noch unterdrückte Emotionen zu verbalisieren (vgl. u. a. Rogers, 1942/1985). Seiner Meinung nach greift der Therapeut eigenen Gefühlsäußerungen des Klienten genau so wenig vor, wie er diesen Gefühlen ausweicht oder sie weniger erlebnisnah ausdrückt, beispielsweise indem er sie objektivierend beschreibt oder gar erklärt. Sicherlich kann der Therapeut den Klienten ermutigen, seine Selbstexploration fortzusetzen, doch gelangt dieser nicht von sich aus zum Ausdruck eines Gefühls, nämlich *seines* Gefühles, wird er es später auch nicht wirklich als solches akzeptieren und fortan auch nicht zu einer Reorganisation seines Wahrnehmungsfeldes gelangen. Nach Rogers besteht die primäre Aufgabe des Therapeuten eben ausschließlich darin, der Person der Klientin ganz genau zu folgen und ihr in einer nicht professionellen Sprache, die jener der Klientin möglichst nahe kommt, das wiederzugeben, was sie erlebt und wie sie es erlebt und ausdrückt, wobei Rogers gelegentlich auch früher im Gespräch geäußerte Erlebnisse mit einbezieht (siehe obiges Beispiel eines so genannten Verstehens am Rande der Gewährwertung).

## Themenwechsel

Je nachdem wie eine Klientin eine Wiedergabe des Therapeuten emotional aufnimmt, wird sie dieselbe mehr oder weniger stark bekräftigen. Manchmal verzichtet sie jedoch auch auf eine ausdrückliche Bestätigung und findet einen unmittelbaren Anschluss an das Verstandene oder differenziert das von ihr vorher Präsentierte. In diesem Fall stellt sich i. d. R. erst im Nachhinein, oft erst über mehrere Triples hinweg, heraus, *wie* die Klientin qualifiziert (s. o.). Sind hingegen aktuelle Wiedergaben des Therapeuten ihren Verbalisierungen offensichtlich *nicht* „ent-sprechend“, führt dies bei der Klientin zu einem offenen Widerspruch („Oh nein“) oder direkt zu einer angemesseneren Interpretation (ohne vorgängige negative Qualifikation). Noch häufiger realisierte Optionen sind aber Verstummen (längere Pause und späterer Neubeginn mit einem anderem Thema oder Beantwortung einer Frage des Therapeuten), Ablenken vom Thema und abrupter Wechsel des Themas (Rennie, 1990).

Bei einem *Themenwechsel* wird die Selbstexploration des Klienten nicht fortgesetzt durch Anschluss eines weiteren, nun klärenden Dreischritts, sondern es wird beispielsweise über ein weniger heikles Thema des Klienten gesprochen oder über ein Thema, das von der Therapeutin nach einer Pause nahegelegt worden ist.

Entscheidend ist, dass das Interpretandum eines Dreischritts, welcher zu keiner Verständigung geführt hat oder eine solche auch nicht in Aussicht stellt, oft sofort verlassen und nicht wie üblich in ein mehr oder weniger verändertes Interpretandum übergeführt wird. Dieser Abbruch oder Unterbruch der Selbstexploration scheint in inhaltlicher sowie formaler Hinsicht von größerer Bedeutung zu sein, als bisher angenommen wurde (Näheres zu den methodologischen Konsequenzen, s.u.).

### Test des Protokolltextes

Rogers (1942/1985, S. 118) hat einen Test des Protokolltextes vorgeschlagen, der u. a. auch hinsichtlich des Problems, wie eine Therapiestunde *insgesamt* auf ihre Personzentriertheit hin, von den Beteiligten ausgehend, *immanent* eingeschätzt werden kann, relevant ist. In einem Gesprächsprotokoll können abwechselungsweise ausschließlich die Klienten-Beiträge oder nur die Therapeuten-Beiträge gelesen und jeweils die Beiträge des Gesprächspartners abgedeckt werden. Dabei sah Rogers folgende Möglichkeiten:

- *Klientenzentriertheit*: Wenn das Lesen der Klienten-Beiträge allein ein adäquates Bild des Gesprächs als Ganzem vermittelt, dann ist diese Vorgehensweise entschieden nicht-direktiv (heute wird die Attribution *non-imposing* präferiert) oder klientenzentriert, wie Rogers diese Vorgehensweise damals auch schon nannte (heute ist *personzentriert* gebräuchlich).
- *Therapeutzentriertheit*: Wenn das Lesen ausschließlich der Therapeuten-Beiträge genügt, um den Kern und den allgemeinen Trend des Gesprächs erkennen zu lassen, dann ist diese Vorgehensweise direktiv bzw. therapeutzentriert.
- *Inhärenz*: Wenn abwechselndes Lesen der Beiträge beider am Gespräch beteiligten Personen nichts als Verwirrung hinterlässt, dann handelt es sich weder um eine klientenzentrierte noch um eine therapeutzentrierte Vorgehensweise.

Für Klientenzentriertheit wesentlich ist, „that the process remains in the hands of the client“ (Lietaer, 2002, p. 10) und nicht in jener des Therapeuten, wie dies bei der Therapeutzentriertheit der Fall ist. Bei der dritten von Rogers angeführten Möglichkeit richten sich beide Gesprächspartner wenig aneinander aus. In der Klienten-Therapeuten-Interaktion kommt es zu keiner oder nur zu einer geringen Übereinstimmung zwischen den Beiträgen der Gesprächsteilnehmer. Demnach muss es noch eine vierte Möglichkeit geben:

- *Kohärenz*: Wenn abwechselndes Lesen der Beiträge beider Gesprächspartner ein adäquates Bild des Gesprächs als Ganzem hinterlässt und offen lässt, welche Rede wessen Rede ist, handelt es sich um ein in sich übereinstimmendes Gespräch.

Bei der vierten Möglichkeit wird es sich um ein Gespräch handeln, in dem sich mit der Zeit auch der Klient häufiger nach Interpretationen oder sogar nach Interpretanden des Therapeuten richtet. Wie lassen sich diese vom Klienten integrierbaren therapeutischen Präsentationen charakterisieren? Bei den Interpretationen handelt es sich um Paraphrasierungen und zugleich um *mehr* als bloße Paraphrasierungen. Diese Interpretationen sind Wiedergaben, die zwar weitgehend vom Klienten ausgehen, aber sich zusätzlich als kleine „Zutaten“ erweisen, die als solche den Klienten „zusagen“ – es sind sozusagen echte „Bei-träge“ mit sich selbst *sowie* mit dem Gesprächspartner übereinstimmender Therapeuten. Verstehen, das sich nicht wie Paraphrasierung auf Begleitung reduziert, wird erreicht, wenn der Therapeut etwas von sich innerhalb des Systems der Klientin in deren Sprache an die Klientin zurückzugeben vermag. Eine solche Wiedergabe ist als Paraphrasierung eine Bestätigung des Klienten-Beitrages und darüber hinausgehend ein persönlicher Beitrag des Therapeuten, der als solcher von der Klientin meistens angenommen werden kann, weil er in ihrem Erlebnisfeld ausgetragen wird. Die Klientin nimmt diese „Wieder-gabe“ an, indem sie dieselbe positiv qualifiziert und sie im Folgenden weiter verwendet und ausgestaltet. Dieser besondere therapeutische Beitrag bietet als solcher mit der Empathie *und* Akzeptanz (s.o.) auch ein Moment von *Kongruenz* des Therapeuten mit den Klienten – eine *dialogische Transformation*, die nicht nur eine minimale Umstrukturierung der ursprünglichen Äußerung der Klientin und damit ihres unmittelbaren Wahrnehmungsfeldes darstellt, sondern der Klientin Bedeutung verleiht und ihre Beziehung zum Gesprächspartner verstärkt.

### Quantifizierung

Auf der Basis von Rogers' (1942/1985, S. 118) Test des Protokolltextes sowie der Gedanken zum Themenwechsel (s.o.) wird evaluierbar, ob (und im Weiteren auch inwieweit) innerhalb des transkribierten Textes eines aufgenommenen therapeutischen Gesprächs Übereinstimmung vorliegt. Da nach den bisherigen Ausführungen im Grunde genommen jede Äußerung hinsichtlich der folgenden Äußerung des Partners Interpretandum und bezüglich der vorausgegangenen Interpretationsangebot bzw. Qualifikation sein kann (Foppa, 1984), spielt es in systematischer Hinsicht keine Rolle, welche Form ein bestimmter Redebeitrag hat. Das heißt aber auch, dass unabhängig davon, welche besonderen Redebeiträge (Interpretanden, Interpretationen, Qualifikationen) gerade in die Analyse einbezogen werden, diese Beiträge als sich überlagernde Signifikantenketten behandelt werden können. Damit ergeben sich in methodologischer Hinsicht folgende Vorteile:

- Es müssen keine Ausgangspunkte identifiziert werden, bei denen die Analyse des Gesprächs jeweils neu einsetzt.

- Einstimmungen auf den Gesprächspartner lassen sich aus der Perspektive beider Partner betrachten.
- Es lässt sich in fortgesetzter Reihenfolge feststellen, welche Bedeutungseinheiten des Redners jeweils mit solchen des Vorredners übereinstimmen.
- Das gesamte Sprachkorpus kann sozusagen in einem Zuge bezüglich verbaler Übereinstimmungen analysiert werden.
- Der Übereinstimmungsgrad wird ausschließlich aufgrund der inneren Übereinstimmung der am therapeutischen Prozess direkt Beteiligten bestimmt.
- Der Übereinstimmungsgrad kann für das Gesamtkorpus sowie für bestimmte Bereiche des Korpus berechnet werden.

Demnach sind sämtliche Beiträge der Gesprächsteilnehmer auf verbaler Ebene systematisch miteinander abgleichbar. Elektronisch aufgenommene und gespeicherte Therapien können auf ihre Kohärenz hin flächendeckend computerunterstützt untersucht werden (s. u.). Auf diese Weise wird auch unabhängig von ausdrücklichen Qualifikationen durch den Klienten nachvollziehbar, wie sich die Therapeutin auf den Klient einstimmt und der Klient auf die Therapeutin und wie diese gegenseitige Einstimmung im Verlauf der Therapie (oder verschiedener miteinander verglichener Therapien) sich verändert.

## Verbale Übereinstimmung

Bei Gesprächen bietet sich als Zählereinheit für die elektronische Abgleichung die Redesequenz von einem Redewechsel zum nächsten an. Vergleicht man den Redebeitrag eines Sprechers mit jenem seines Gesprächspartners vor dem Redewechsel, ist erkennbar, wie viele verbale Einheiten des zweiten Beitrages mit jenen des ersten Beitrages übereinstimmen. Mit dem automatischen Verfahren lässt sich Schritt für Schritt feststellen, welche Wörter des einen Sprechers vom anderen unmittelbar übernommen werden. Zur Illustration sei folgendes einfache Beispiel aus dem Gespräch von Rogers (1977b/2004) mit Gloria angeführt:

*K.: Ich fühle mich so hoffnungslos. Ich meine, das sind alles Dinge, die ich irgendwie selbst spüre, und ich fühle – nein, was eigentlich?*

*Th.: Sie fühlen: Das ist der Konflikt, und er ist einfach unlösbar. Deshalb ist es hoffnungslos. Und Sie schauen mich an, und ich scheine keinerlei Hilfe zu geben.*

*K.: Genau (...).*

(Rogers, 1977b/2004, S. 176)

Die Redebeiträge der Gesprächspartner decken sich in den Ausdrücken „fühlen“ und „hoffnungslos“. Der erste Ausdruck (das Verb „fühlen“) kommt im Beitrag der Klientin zweimal vor und im Beitrag des Therapeuten einmal, der zweite Ausdruck (das Adverb/Adjektiv

„hoffnungslos“) in beiden Beiträgen jeweils nur einmal. So verfahren wird auch innerhalb in quantitativer Hinsicht nivellierter Dreischritte.

Bei der auf den gesamten Text ausdehnbaren quantitativen Analyse werden jeweils alle Flexionen (Beispiel: fühle/n) berücksichtigt. Bezugnahmen mit ungleichen Wörtern können ebenfalls erfasst werden. In diesem Fall bezieht sich die Zählung auf Wortkategorien, die neben dem in der Kategorie genannten Wort und dessen grammatisch bedingten verbalen Variationen auch Synonyme und familienähnliche Wörter enthalten und damit ganze *Bedeutungsfelder* umfassen, was für das empathische Verstehen besonders relevant ist (vgl. hierzu u. a. auch Brodley, 2001). Ähnlich vorgegangen wird bei Wortkombinationen und ihren Mutationen (z. B. wiederkehrende Redensarten und Redeteile), wodurch die lexikalische Semantik überschritten und auch syntaktische Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Durch die Bildung von Wortkategorien können im Prinzip alle Wörter eines Korpus in die Analyse einbezogen werden. In der Forschungspraxis werden jedoch vor der Zuordnung der Wörter in einzelne Diktionärkategorien die Funktionswörter (Artikel, Präpositionen, Konjunktionen u. ä.), die Hilfs- und Modalverben sowie einige weitere unspezifische Wörter als semantisch irrelevant ausgeschlossen. Hingegen werden die Pronomina, als Substitute der Nomina, als relevant erachtet und durch dieselben manuell substituiert. Wörter, die positive und negative Qualifikationen ausdrücken, werden besonders berücksichtigt und als Elemente der als neue Interpretanden weitergeführten Qualifikationen betrachtet.

## Ausrichtungen

Das in quantitativer Hinsicht relevante gemeinsame Vorkommen von Einheiten gleicher Wortkategorien innerhalb mehrerer Redeinheiten wird *Co-Occurrence* genannt. Im Unterschied zur horizontalen *Co-Occurrence-Analyse*, die zur quantitativen Untersuchung von Bedeutungszusammenhängen diskriminierender Äußerungen vorgenommen wird, ist die *vertikale Co-Occurrence-Analyse* für die interaktive Prozessanalyse relevant, wird doch mit ihr das gemeinsame Vorkommen von Einheiten gleicher Wortkategorien in *zwei* aufeinanderfolgenden Redeeinheiten erfasst. Hierbei werden jeweils folgende Ausrichtungen betrachtet:

- *Ausrichtung des Therapeuten auf den Klienten:* Wie viele semantische Einheiten übernimmt der Therapeut von der Verbalisierung des Klienten?
- *Ausrichtung des Klienten auf den Therapeuten:* Wie viele semantische Einheiten übernimmt der Klient vom Therapeuten?

Bei einer Ausrichtung des Therapeuten auf den Klienten firmiert ein Redebeitrag des *Klienten* als Interpretandum. Durch einfache

Verschiebung um jeweils einen Redebeitrag werden die Interpretationen des Klienten zu Interpretationen. Somit tritt ins Blickfeld, was der Klient vom Therapeuten wiedergibt. Beim folgenden Beispiel (Rogers, 1977b/2004, S. 173) übernimmt Gloria *erstmal*s das Wort „selbst“ von Rogers (selbständig verwendet Gloria dieses Wort dann erst auf S. 176, hier in einem Redeausschnitt weiter oben dargestellt):

*K.: (...) Aber dann ärgere ich mich über die Kinder. Warum sollen die mich von dem, was ich tun möchte, abhalten? Und ist das wirklich so schlimm?*

*Th.: Aber mir war, als höre ich Sie sagen, daß es nicht bloß die Kinder sind, sondern daß Sie selbst es nicht mögen, wenn es nicht wirklich...*

*K.: Stimmt. Ich bin sicher, dass ... ich weiß, das stimmt, und zwar mehr noch als ich mir dessen bewusst bin. Aber ich merke das erst richtig, wenn ich durch die Kinder darauf stoße. Dann bemerke ich es auch in mir selbst.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 173)

## Auszählung

Gezählt wird, wie viele gemeinsame Elemente jeweils von einem Redebeitrag zum nächsten erscheinen. Um *Sequenzen von Dreischritten* (s. o.) zu berücksichtigen, kann die Zähleinheit auf zwei oder mehr Redebeiträge des Klienten bzw. des Therapeuten vergrößert werden. Damit wird berücksichtigt, dass bei einem schnellen Redewechsel auch Rückbezüge auf nicht unmittelbar vorangegangene Redewechsel erfolgen. Dies kommt bei einem dialogisch ausgestalteten Gespräch, in dem die Redezeiten der Beteiligten ungefähr gleich lang sind (Beispiel: Rogers und Gloria) relativ häufig vor.

Um die direkten und die mehr indirekten verbalen Bezüge, wie sie bei Rückgriffen auf frühere Verbalisierungen im betreffenden Gespräch vorkommen, zu berücksichtigen, werden systematisch verschiedene Ebenen einbezogen (d. h. Zähleinheiten, die sich aus  $n$  Redebeiträgen zusammensetzen). Bei dieser hierarchischen Vorgehensweise wird die größte Zähleinheit durch alle zusammengezogenen Beiträge von Therapeut bzw. Klient innerhalb einer Sitzung gebildet. Eine Auswertung ist möglich für das Gesamtkorpus sowie für einzelne Teilabschnitte (i. d. R. einzelne Therapiestunden).

Mit Hilfe des Software-Pakets TEXTPACK und des Wörterbuches bestehend aus den einzelnen Wortkategorien kann der gesamte Text der Gesprächsfolge co-occurrence-analytisch erfasst werden. Aus dieser Analyse resultiert eine numerische Matrix mit den Wortklassen als Spalten und den Redesequenzen als Zeilen. Diese Matrix bildet die Grundlage der statistischen Analyse sowie weiterer Vergleiche (vgl. u. a. Galliker & Herman, 1994).

## Vergleiche

Der Verlauf der Therapie wird co-occurrence-analytisch von Sitzung zu Sitzung erfasst. Es können auch mehrere Therapien miteinander verglichen werden (je nach Therapeut, Klientengruppe, Therapie usw.). Beim Testen von über bloße Paraphrasierungen hinausgehenden therapeutischen Maßnahmen kann die Reduktion auf dieselbe als *Vergleichsbasis* dienen, hat sich doch die Robustheit der genuin personenzentrierten Vorgehensweise immer wieder bestätigt (vgl. u. a. Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004).

Auf diese Weise werden auch Ergebnisse von Therapien verschiedener Richtungen vergleichbar, soweit diese Therapien in vollständig transkribierter Form vorliegen. Es kann u. a. detailgenau überprüft werden, ob informelle therapeutische Vorgehensweisen oder eigentliche therapeutische „Strategien“, die über die bloße Verständigung hinausreichen, tatsächlich mehr (oder gleich viel oder weniger oder gar nichts) erbringen als die grundlegende Verständigung.

Voraussetzung der Evaluation personenzentrierter sowie anderer Therapien ist eine einheitliche, interaktiv ausgerichtete Untersuchungseinheit, andernfalls sind Vergleiche *auf gleicher Basis* nicht möglich. Ferner muss auch der Vergleich zu entsprechend strukturierten und zeitlich begrenzten *gewöhnlichen* Gesprächen über bestimmte Probleme gesucht werden (z. B. Gespräche unter Freunden). Auf diese Weise kann die spezifische Relevanz *therapeutischer* Gespräche wissenschaftlich abgeklärt werden.

## Ergebnisse

Im Folgenden kann auf erste vertikale Co-Occurrence-Analysen nur kurz verwiesen werden, indem ein Beispiel eines relevanten Ergebnisses herausgestellt wird und mit ihm nochmals auf die Bedeutung der rückwirkenden Einstimmung des Klienten auf den Therapeuten hingewiesen wird. Bei einer ersten nach der skizzierten Methode durchgeführten Evaluation einer 28-stündigen Psychotherapie (vgl. Galliker & Herman, 1994) wurden sämtliche Übereinstimmungen und damit indirekt auch Abweichungen von einem Sprecherbeitrag zum nächsten registriert und mit dem Postsession-Outcome korreliert. Letzteres bestand in einer Reihe von Klienten-Einschätzungen nach jeder Therapiestunde (einerseits die Therapie, u. a. die therapeutische Beziehung, andererseits den therapeutischen Erfolg im Alltagsleben betreffend).

Als Ergebnis dieser prozessorientierten Untersuchung stellte sich u. a. heraus, dass die Bezugnahme des Therapeuten auf vom Klienten verbalisierte Emotionen (insbesondere negativ besetzte Gefühle wie Ängste) mit einer günstigen Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten statistisch bedeutsam korreliert. Umgekehrt lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der im Verlauf der Therapie zunehmenden Bezugnahme

des Klienten auf negativ besetzte Gefühle betreffende Verbalisierungen des Therapeuten auf die Klienten-Einschätzung der therapeutischen Beziehung nachweisen. Die Bezugnahme auf positiv besetzte Emotionen wirkte sich jedoch vorerst weder in der einen noch in der anderen Ausrichtung auf die Einschätzung der Beziehung aus, und hinsichtlich der Klienten-Einschätzung des Therapieerfolges außerhalb der therapeutischen Situation war in beiden Fällen kein Zusammenhang nachweisbar.

Das Befinden des Klienten außerhalb der therapeutischen Situation verbesserte sich in signifikanter Weise erst, als nicht nur der Therapeut auf positive Gefühlswörter des Klienten einging und ihnen entsprach, sondern in der Folge der Klient sich auf eben solche in den Verbalisierungen des Therapeuten einstimmt und sie wiedergab. Dialogisch ausgedrückt bedeutet dies, dass sich der Therapeut auf ein ansatzweise positiv konnotiertes Interpretandum des Klienten bezieht, und der Klient diese einfache und somit akzentuierte Interpretation des Therapeuten positiv qualifiziert, indem er sie referiert und sie zumindest partiell in einem neuen Interpretandum wiederum dem Gesprächspartner präsentiert (Näheres zu diesem therapeutischen Diskurs siehe Galliker, Herman & Weimer, 1998).

## Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnte die Methode der Co-Occurrence-Analyse nur angedeutet werden. Obgleich noch in Entwicklung begriffen, wird sie sich wahrscheinlich in Zukunft auf semantische Verständigung und gegenseitiges Verstehen in Bedeutungsfeldern unter Berücksichtigung des in ein und derselben Therapie Vorverstandenen, mithin auf das aktuelle empathische „Aufeinander-Eingehen“ der Gesprächspartnerinnen konzentrieren. Allerdings können mit diesem weitgehend quantifizierbaren und automatisierbaren Verfahren einige wichtige therapeutische Gesichtspunkte *nicht* berücksichtigt werden, worauf im Folgenden noch kurz hingewiesen werden soll.

## Sinnverständigung

Die referierte Verständigung bezieht sich primär auf die Verständigung über das semantische Feld einer Mitteilung. Gesprächspartner versuchen jedoch nicht nur Bedeutungen von Mitteilungen zu verstehen, sondern weitergehend auch deren Sinn. Bei der *Sinnverständigung* geht es v.a. um das gegenseitige Verstehen von unterschiedlichen persönlichen Bedeutungen, Bedürfnissen und Interessen (Galliker & Weimer, 2006). Sinnverständigung ist nicht nur die Voraussetzung für die generelle Akzeptanz Personenzentrierter Therapie durch die Klientin, sondern auch im Besonderen der Akzeptanz der Person des Therapeuten, mithin der Wahrnehmung dessen

empathischer Bemühungen und der Bereitschaft, Beiträge des Therapeuten zu übernehmen. Manchmal kommt dabei auch die gegenseitige Beziehung der Gesprächsteilnehmerinnen zur Sprache. Im Gespräch von Rogers (1977b/2004) und Gloria ist die personenzentrierte Vorgehensweise des Therapeuten der Klientin keineswegs von Anfang an klar. Gloria ist zunächst überhaupt nicht damit einverstanden, dass Rogers ihr nicht einfach die Entscheidung abnimmt, ob sie Pammy weiterhin etwas verschweigen soll oder nicht:

*K.: Ich habe das Gefühl, daß Sie bloß dasitzen und mich schmoren lassen; ich möchte mehr haben. Ich möchte, daß Sie mir helfen, meine Schuldgefühle loszuwerden (...).*

*Th.: Ich würde gern sagen: „Nein, ich will Sie nicht in Ihren Gefühlen schmoren lassen!“, doch habe ich andererseits das Gefühl, daß es sich hier um eine so persönliche Angelegenheit handelt, daß ich unmöglich (betont) an Ihrer Stelle antworten kann. Aber ich möchte jedenfalls versuchen, Ihnen zu helfen, daß Sie sich zu Ihren eigenen Antworten hinarbeiten. Ich weiß nicht, ob Sie darin einen Sinn erkennen, aber ich meine es ernst.*

*K.: Nun, ich bin Ihnen dankbar, daß Sie das sagen. Es klingt, als meinen Sie es wirklich ernst.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 170f.)

Nach dem Eingehen auf Glorias Wunsch betont Rogers, dass er nicht an ihrer Stelle die Entscheidung übernehmen könne, räumt aber ein, dass er Gloria bei der Entscheidungsfindung helfen möchte und fragt seine Klientin schließlich, ob sie darin (auch) einen *Sinn* erkenne. Dieses Beispiel zeigt nicht nur, dass Sinnverständigung schließlich zu einem *Einverständnis* (und nicht nur zu einer positiven Qualifikation wie bei einer bloß semantischen Verständigung) führen wird, sondern dieselbe vermag auch zu verdeutlichen, dass sie nicht global quantitativ, sondern allenfalls qualitativ unter Berücksichtigung einzelner Dreischritte erfasst und analysiert werden kann, wenn gleich der messbare Grad der gegenseitigen Übereinstimmung ein Indiz für eine Art Sinnverständigung in einem allgemeineren Sinne sein könnte. Eine qualitative Analyse kann aber computergestützt nur vorbereitet werden (u. a. durch Eingabe aller möglichen Qualifikationen ohne Redefortsetzungen und Einigungen). Die eigentliche Mikroanalyse erfolgt dann nach hermeneutischen Interpretationsregeln. Sie ist bedeutend aufwendiger als die quantitative Analyse, kann aber auch auf Ausschnitte bezogen und beispielsweise für Therapieberichte oder die Supervision verwendet werden (Näheres zur qualitativen Analyse Galliker & Weimer, 2006).

## Paralinguales Verhalten

Sinnverständigung erfolgt meistens nicht ausdrücklich, sondern über paralinguale Aspekte der Kommunikation. Dieselben können zwar mit einem Tonbandgerät erfasst und später in der Supervision

berücksichtigt werden, sind jedoch der beschriebenen quantitativen Analyse nicht zugänglich. Rogers (1977b/2004) bezieht sich im Gespräch mit Gloria nur vereinzelt direkt auf paralinguale Aspekte der Interpretanden:

*K.: Ich weiß nicht, aber ich möchte, daß mich Pammy voll als Frau sieht, mich aber trotzdem akzeptiert.*

*Th.: Ich finde, daß Ihre Worte gar nicht so zweiflerisch klingen!*

*K.: Wirklich nicht? Wie meinen Sie das?*

*Th.: Ich meine, daß Sie hier sitzen und mir eben gesagt haben, was Sie – was Pam angeht – gern tun möchten.*

*K.: Ja, das möchte ich zwar, aber ich möchte nichts riskieren, solange mir keine Autorität sagt, daß...*

*Th. (dessen Augen feucht werden): Was ich sehr stark spüre, ist, daß es eine verdammt riskante Sache ist zu leben. Sie wollen also die Gelegenheit in dieser Beziehung ergreifen, Sie wollen es riskieren, Ihrer Tochter zu sagen, wer Sie wirklich sind.*

*K.: Ja. Denn wenn ich diese Gelegenheit nicht ergreife und ich fühle mich trotzdem von ihr geliebt und akzeptiert, dann ist mir dabei nie mehr wirklich wohl.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 177)

Rogers hört auf die Stimme von Gloria und interpretiert dieselbe als „nicht so zweiflerisch“. Explikation paralingualer Momente ist Verstehen am Rande der Gewährwerdung, bei der die Gefahr einer Grenzüberschreitung minimalisiert ist (vgl. auch die weiter oben angeführten Definitionen verschiedener Arten des Verstehens bei Rogers, 1977b/2004, S. 24 ff.). Gloria ist zunächst etwas irritiert, gelangt aber bald zur Anerkennung des von Rogers ausgedrückten Sinngehalts und macht dann in unmittelbarer Folge große Fortschritte in Richtung einer Entscheidung, der sie bislang ausgewichen ist.

## Nonverbales Verhalten

Rogers äußert beim soeben angeführten Beispiel gerade jenseits seiner Worte, gleichwohl mit offenkundiger Intensität, was er als Person *in* der problematisierten Erlebniswelt der Klientin fühlt und ist mithin auch im Fluss *seines* Erlebens (vgl. Rogers, 1977b/2004, Anmerkung 19, S. 180 f.). Hierbei ist offensichtlich nonverbales Verhalten relevant.

Nonverbales Verhalten wird schon seit Jahren mit großem Aufwand untersucht. Dies geschieht ethnographisch, sozialpsychologisch und klinisch-psychologisch (u. a. Schefflen, 1974; Kendon, 1990; Frey, 1999; Streeck, 2004). Einige Verfahren orientieren sich an der Säuglingsforschung. Dieselben sind in unserem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. So führten mikrokinetische Videoanalysen zum Ergebnis, dass sich (nicht durch negative Einflüsse gestörte) Säuglinge schon kurze Zeit nach der Geburt in einem

*präzisen Synchronismus* zur Artikulationsstruktur der Sprache der Erwachsenen bewegen (Condon & Sander, 1974).

Im Gespräch von Rogers und Gloria *verbalisiert* der Therapeut nur an wenigen Stellen nonverbales Verhalten der Klientin. Dennoch spielt das nonverbale Verhalten bei dieser Begegnung eine wichtige Rolle. Rogers verhält sich sehr wohlwollend. Er begleitet die Präsentation der Klientin oft durch ein Zunicken, und auch die Klientin bestätigt manchmal eine Wiedergabe ihres Therapeuten durch ein Kopfnicken. Dabei handelt es sich um Dreischritte, die teilweise nonverbal ausgeführt wurden. Als solche können sie natürlich nicht als eigentliche Dreischritte im Gesprächsprotokoll erscheinen. Nonverbales Verhalten wird oft erst durch Mikroanalysen zugänglich, für welche Videoaufnahmen erforderlich sind. Letztere werden allerdings von den Klienten häufiger abgelehnt als Tonbandaufnahmen (Grimmer & Spohr, 2006).

## Implikationen für die Praxis

Der von vielen Gesprächspsychotherapeuten bewunderte Rogers hat zumindest in *verbaler* Hinsicht nichts anderes getan als das, was in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben worden ist. Das ist auf den ersten Blick gesehen sicherlich eine einfache Vorgehensweise, sofern dieselbe – wie hier geschehen – *strukturell* gesehen wird, weshalb sie sich auch leicht operationalisieren und in seriöse Therapieforschung umsetzen lässt. Andererseits wurde im Verlaufe unserer Untersuchung für uns immer deutlicher, wie *außerordentlich schwierig* es sein muss, präzise, das heißt den Klienten *genau* entsprechende Wiedergaben zu produzieren. Dies zeigt sich schon in rein kognitiver, noch nicht einmal kommunikativer und humanpsychologischer Hinsicht. Die Anforderungen an die Konzentration sowie an das Kurzzeitgedächtnis und an das mittelfristige Gedächtnis sind enorm und es braucht viel Übung, Therapieerfahrung und Lebenserfahrung um ähnlich schnell, genau und entspannt widerspiegeln zu können, wie dies Rogers getan hat. Rogers hat eigentlich nur etwas einfach Strukturiertes immer wieder getan, aber er hat es außergewöhnlich virtuos getan. Das skizzierte Verfahren könnte sicherlich dazu beitragen, die aufwendige Aneignung notwendiger, wenngleich möglicherweise noch nicht hinreichender therapeutischer Kompetenzen zu erleichtern.

Die *Supervision* therapeutischer Gespräche könnte dann, mehr noch als dies sowieso schon vielerorts der Fall ist, im Takt des Dreischritts erfolgen. Wenngleich es nicht darum gehen wird, die Supervision, das klassische Mittel der Qualitätssicherung, nochmals zu evaluieren, möglicherweise sogar durch das Anlegen externer Maßstäbe, werden wir in Zukunft nicht umhinkommen, auch das Geschehen in der Supervision etwas näher zu betrachten. Das Paradigma des Dreischritts könnte es Supervisorinnen und Supervisorinnen erleichtern, Mikrostrukturen der therapeutisch geförderten Selbstexploration zu erkennen.

Einige Fragen, welche die einfachsten Voraussetzungen der Möglichkeit der Wahrnehmung solcher Mikrostrukturen betreffen, seien hier abschließend noch angeführt: Geht die Therapeutin auf ein für die Klientin wichtiges Interpretandum überhaupt ein oder gleitet sie gleichsam an ihm vorbei? Vermag sie ein bestimmtes Interpretandum auch präzise wiederzugeben? Werden die empathischen Bemühungen der Therapeutin von der Klientin gewöhnlich ausdrücklich wahrgenommen bzw. qualifiziert oder ist dies meistens nicht der Fall? Handelt es sich bei Sequenzen mehrerer Dreischritte um weiterführende Selbstexplorationen oder sind zusätzliche Bemühungen nur deshalb erforderlich, weil anfänglich nicht genügend präzise auf die Klientin eingegangen wurde? Wird eine über die Paraphrasierung hinausführende Interpretation von der Klientin aufgenommen, oder ist dies nicht der Fall? Wie reagiert die

Therapeutin auf einen Klienten, der sich im Verlaufe der Therapie mehr auf sie einstellt?

Es wird sich anhand unzähliger Beispiele im Einzelnen konkret zeigen, wie Therapeutin und Klient aufeinander eingehen, in welcher Beziehung sie sich jeweils befinden und was zur Intensivierung der Beziehung möglich sein wird. Oft wird in der Supervision mehr die Kongruenz als die Empathie des Therapeuten im Vordergrund stehen. In diesem Fall beziehen sich die Interpretationen der Anwesenden mehr auf die momentanen Interpretanden desselben. Der Supervisand qualifiziert nun bezüglich eigener Beiträge und nicht jener seines Klienten. Nur in diesem Fall ist das evaluative Vorgehen nicht mehr primär auf den Klienten zentriert. Es ist nun therapeutenzentriert, aber auch in diesem Fall primär auf die *Person* der Therapeutin oder des Therapeuten bezogen.

## Literatur

- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandesaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3–22.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 3–31). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brodley, B. T. (2001). Observations of Empathic Understanding in a Client-Centred Practice. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Volume 2: Empathy* (pp. 16–37). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Brodley, B. T. & Brody, A. F. (1990). Understanding client-centered therapy through interviews conducted by Carl Rogers. *Papers presented at the annual convention of the American Psychological Association, Boston, MA*.
- Brossi, R. (2003). Unzeitgemäß? Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapie. *Person*, 7, 57–65.
- Condon, W. S. & Sander, L. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech. *Science*, 183, 99–101.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.) (1998). Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. *Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Foppa, K. (1984). Redeabsicht und Verständigung. *Manuskripte*, 23, 73–76.
- Frey, S. (1999). *Die Macht des Bildes*. Bern: Huber.
- Galliker, M. (1991). Wer A sagt, muss auch B meinen. Ein empirischer Beitrag zur Spontaneität des Sprechvorgangs auf der Grundlage des „Berliner Dreischritts“. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 45, 2345–2457.
- Galliker, M. & Herman, J. (1994). Verbales Reflektieren im therapeutischen Diskurs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 42–59.
- Galliker, M., Herman, J. & Weimer, D. (1998). Mutual Reference in Dialogue. Vertical Co-Occurrence-Analysis of a Conversation Series. In S. Cmejcková, J. Hoffmannová, O. Müllerová & J. Svetlá (Eds.), *Dialog-analysis VI* (pp. 111–116). Tübingen: Niemeyer.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2005). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Galliker, M., Klein, M. & Rykart, S. (2007). *Meilensteine der Psychologie. Die Geschichte der Psychologie nach Personen, Werk und Wirkung*. Stuttgart: Kröner.
- Grimmer, B. & Spohr, E. (2006). Der unsichtbare Dritte. In V. Luif, G. Thoma & B. Boothe (Hrsg.), *Beschreiben – Erschließen – Erläutern* (S. 193–212). Lengerich: Pabst.
- Ham, M. A. (1987). Client behavior and counselor empathic performance. In G. A. Gladstein (Ed.), *Empathy and counseling: Explorations in theory and research* (pp. 31–50). New York: Springer.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Käsermann, M.-L. (1990). *Spracherwerb und Interaktion*. Bern: Huber.
- Kendon, A. (1990). *Conducting interaction. Patterns of behavior in focused encounters*. Cambridge: University Press.
- Korbei, L. (2007). Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenes Erleben. *Person*, 11, 13–21.
- Lietaer, G. (2002). The united colors of person-centered and experiential psychotherapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 4–13.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–378). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research. Continuity and change. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389). New York: Wiley.

- Rennie, D. L. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered an experiential therapy in the nineties* (pp. 155–172). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler. (Original erschienen 1942: Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice).
- Rogers, C. R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977b/2004). *Therapeut und Klient*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Schefflen, A.E. (1974). *How behavior means*. Garden City/New York: Anchor Books.
- Schmid, P. F. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and Ethical Perspectives on Empathy as Dialogue in Personal and Person-centred Relationships. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice Volume 2: Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Streeck, U. (2004). *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stucki, Ch. (2005). Die Therapiebeziehung differentiell gestalten – Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie. Institut für Psychologie der Universität Bern: Dissertation.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Tudor, K. (2000). The case of the lost conditions. *Counselling*, 11, 33–37.
- Znoj, H.J., Grawe, K. & Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 53–59.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. Interview mit Ursula Reinsch. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36, 13–16.

## Autoren:

**Margot Klein**, Dipl.-Soz., geb. 1957, Mitglied der GwG. Leitung der Beratungsstelle Viva für ältere und verwirrte Menschen und ihrer Angehörigen in Mannheim, Lehrbeauftragte an der Hochschule Mannheim, Fortbildnerin für Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen.

**Mark Galliker**, Prof. Dr. phil., geb. 1948, Mitglied der SGGT und Psychotherapeut FSP, lehrt an der Universität Bern Gesprächsführung und Beratung sowie Geschichte und Paradigmen der Psychologie. Studien zu qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. In der zusammen mit Daniel Weimer veröffentlichten „Psychologie der Verständigung“ wird der Dreischritt als elementare Einheit der Psychologie begründet.

## Korrespondenzadressen:

Margot Klein  
G 7/10, D-68159 Mannheim  
E-Mail: magklein@web.de

Mark Galliker  
Institut für Psychologie der Universität Bern, UniTobler  
Muesmattstr. 45, CH-3000 Bern 9  
E-Mail: mark.galliker@psy.unibe.ch