

Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer¹

Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung

Zusammenfassung: Carl Rogers war nicht nur der Begründer der Personzentrierten Psychotherapie, er gilt auch als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. Seit den frühen 1940er Jahren wurden über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Arbeiten zur Psychotherapieforschung veröffentlicht, die bis heute hohe Bedeutung besitzen. Dieser Beitrag setzt sich das Ziel einer kritischen Würdigung von Carl Rogers als Therapieforscher. Dabei werden die drei wichtigsten Phasen der Forschung von Carl Rogers genauer dargestellt und aus heutiger Sicht bewertet. Die frühe, qualitative Forschungsphase in den 1940er Jahren wird anhand der „Parallelstudien“ vorgestellt. Exemplarisch für die empirische Forschungsphase in Chicago werden die Arbeiten im Sammelband von Rogers und Dymond präsentiert. Als wichtigste Forschungsarbeit der späteren Phase wird die „Wisconsin-Studie“ kritisch gewürdigt. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers bis heute in vieler Hinsicht als vorbildlich und paradigmatisch betrachtet werden können.

Stichwörter: Carl Rogers, Psychotherapieforschung, Psychotherapieeffekte, Parallelstudien, Wisconsin-Studie

Résumé: Carl Rogers en tant que chercheur en psychothérapie – Une appréciation critique – Carl Rogers ne fut pas seulement le fondateur de la psychothérapie centrée sur la personne, il est également considéré comme le fondateur de la recherche empirique sur la psychothérapie. Depuis le début des années 1940, de nombreux travaux de recherche psychothérapique, réalisés sur une période de plus de 20 ans, ont été publiés par Rogers et ses collaborateurs/trices, travaux qui possèdent aujourd’hui encore une grande signification. Cette contribution se fixe comme objectif une appréciation critique de Carl Rogers en tant que chercheur en thérapie. Les trois phases les plus importantes de la recherche de Carl Rogers y sont en même temps exposés de manière plus précise et évaluées dans l’optique actuelle. La première phase de recherche qualitative dans les années 1940 est présentée en s’appuyant sur des « études parallèles ». Les travaux publiés dans le recueil de Rogers et Dymond sont présentés comme caractéristiques de la phase de recherche empirique à Chicago. « L’étude du Wisconsin » fait l’objet d’une appréciation critique en tant que travail de recherche le plus important de la dernière phase. En définitive, il convient de retenir que les travaux sur la recherche psychothérapique de Carl Rogers peuvent être considérés aujourd’hui encore à bien des égards comme exemplaires et paradigmatiques.

Mots clés: Carl Rogers, recherche psychothérapique, effets de la psychothérapie, études parallèles, étude du Wisconsin

1. Vorbemerkungen

Im Unterschied zu den meisten anderen „Schulengründern“ in der Psychotherapie war es Carl Rogers – zumindest in den ersten Jahrzehnten seiner Berufslaufbahn – auch ein zentrales Anliegen, seine Entwicklungen wissenschaftlich zu überprüfen. Er ist sogar weithin anerkannt als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. In seiner biografischen und beruflichen Entwicklung stand er von Beginn an in einem kreativen Spannungsfeld zwischen einer naturwissenschaftlichen Denkorientierung und der Entwicklung

eines konsequent erfahrungsbezogenen phänomenologischen Verständnisses von Psychotherapie. In diesem Spannungsfeld sind viele seiner Forschungsarbeiten zu verorten. Es erklärt auch zumindest zum Teil die faszinierende Konsequenz und Kreativität der Entwicklung und Umsetzung seiner zahlreichen Forschungsarbeiten.

Obwohl Carl Rogers bereits auch seine ersten beruflichen Erfahrungen in Rochester (New York) durch wissenschaftliche Arbeiten begleitete, sind die wesentlichen Forschungsarbeiten in den drei Jahrzehnten seiner Karriere an den Universitäten in Columbus (Ohio), Chicago (Illinois) und Madison (Wisconsin) entstanden. Hier wurden von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, von denen viele bis heute als Meilensteine der Psychotherapieforschung bezeichnet werden können.

¹ Die alphabetische Reihung der Namen wurde aufgrund der Gleichwertigkeit der Autoren gewählt.

Die thematische und empirische Umsetzung der Forschung reflektiert dabei in konsequenter Weise den jeweiligen Stand der Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. In der ersten Phase der Forschung wurden Therapieverläufe (erstmalig in der Geschichte) aufgezeichnet und protokolliert. Diese Protokolle wurden mit größter Sorgfalt qualitativ und empirisch „mikroskopisch“ analysiert (Barrett-Lennard 1998). Als wichtigste Veröffentlichungen dieser Zeit gelten die Arbeiten von Snyder (1947) und die 1949 publizierten „Parallelstudien“.

Nachdem der Therapieprozess wissenschaftlich als eine konsistente und gesetzmäßig verlaufende Interaktion beschrieben und verstanden werden konnte, wurde der Fokus des Forschungsinteresses auf Effektivität und Effizienz dieses Prozesses verlegt. Es wurden zahlreiche Studien geplant und realisiert, die eindeutig die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie nachweisen konnten. Als die vielleicht wichtigste Veröffentlichung dieser Phase kann der 1954 erschienene Sammelband von Rogers und Dymond (1954) bezeichnet werden.

In der dritten Phase der Psychotherapieforschung ging es vor allem darum, ein vertieftes Verständnis der kausalen Wirkmechanismen der Psychotherapie zu erlangen. Außerdem wurde versucht, auf der Grundlage der Arbeit mit Patienten mit besonders schweren Störungen, die Möglichkeiten und vor allem die Grenzen der Psychotherapie sorgfältig auszuloten. Die bekannteste Arbeit dieser Phase ist die „Wisconsinstudie“ (Rogers/Gendlin/Kiesler/Truax 1967), die auch als der Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers und seinen Mitarbeitern bezeichnet werden kann.

Die Forschungsarbeiten von Rogers haben zwar eine große Bekanntheit erreicht, sie sind jedoch derzeit relativ schwer zugänglich und wurden bisher, insbesondere in der deutschsprachigen Literatur, kaum umfassend dargestellt. Das Ziel dieses Beitrages besteht daher in einer Darstellung und kritischen Würdigung der Psychotherapieforschung von Carl Rogers. Als Grundlage dafür haben wir jeweils die zuvor genannten Hauptarbeiten der drei Forschungsphasen herangezogen.

2. Die frühe Phase der Psychotherapieforschung von Carl Rogers

2.1. Carl Rogers in Ohio und die ersten Jahre in Chicago

Nach langjähriger klinisch-psychologischer Tätigkeit in Rochester tritt Carl Rogers 1940, gerade 38 Jahre alt, seine erste Professur an der Ohio State University an. Die Rückkehr an die Universität bedeutet für ihn nicht nur einen sozialen Aufstieg, sondern auch die Anerkennung seiner bisherigen beruflichen Arbeit. Rogers wird mit der Einrichtung einer Ausbildung für Beratung und Therapie für postgraduierte Studenten betraut und erhält dazu ausreichend gute personelle und technische Bedingungen angeboten.

Aufgrund seiner umfangreichen Berufserfahrung auf dem Gebiet der klinischen Psychologie und Erziehungsberatung und seiner methodisch gesammelten Aufzeichnungen und Fallstudien veröffentlicht Rogers 1942 schließlich sein revolutionäres Buch „Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice“. Angeregt durch Otto Ranks Modifikation zur „Relationship-therapy“ entwickelt er aus seiner grundsätzlichen Betrachtung des Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen einen neuen Ansatz in der Psychotherapie, in dem nicht das Problem bzw. die Lösung des Problems im Mittelpunkt der Betrachtung steht, sondern das Individuum (Rogers 1942). In diesem Buch veröffentlicht Rogers zum ersten Mal in der Geschichte der Psychotherapie mit Hilfe von Tonbandaufzeichnungen den vollständigen Verlauf einer Therapie. Alle Interviews wurden mit einem für heutige Zeiten unvorstellbaren technischen Aufwand auf Tonband protokolliert und schließlich mit allen Einzelheiten transkribiert (vgl. Groddeck 2002). Diese Ansammlung von verbalem Interviewmaterial stellt auch die Grundlage für die Entwicklung von wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Psychotherapie dar. Rogers' Verdienst ist es, dass er die Psychotherapie mit den Mitteln der empirischen Forschung entmystifiziert, wissenschaftlich überprüf- und beschreibbar gemacht hat (vgl. Zundel 1987). Nach dem Eintritt Amerikas in den Zweiten Weltkrieg im Dezember 1941 arbeitet Rogers in den folgenden Jahren auch als psychologischer Berater im personalen Bereich der amerikanischen Luftwaffe und schließlich für die „United Service Organization“ (USO), die sich vor allem mit der Betreuung der vom Krieg heimkehrenden Soldaten beschäftigt.

Im Frühjahr 1945, kurz vor Kriegsende, geht Rogers als Professor für Psychologie an die Universität in Chicago, wo er die Möglichkeit erhält, ein neues Forschungs- und Beratungszentrum aufzubauen. Viele seiner ehemaligen Mitarbeiter folgen ihm und arbeiten in der von Rogers demokratisch geführten Beratungsstelle mit. Die Jahre in Chicago sind ausgesprochen kreativ, sie bringen ihm eine Fülle an Erfahrungen. Er erweitert seine therapeutischen Hypothesen und seine Arbeit spiegelt die Spannungen zwischen Praxis und Forschung, zwischen phänomenologischer und objektivierender Betrachtung wider.

1947 wird Rogers Präsident der American Psychological Association (APA) und erhält damit auch die Anerkennung der akademischen psychologischen Fachwelt. Aufgrund der umfangreichen Tonaufzeichnungen der Interviews des Beratungszentrums entwickeln Rogers und seine hochqualifizierten Mitarbeiter und Studenten diverse Studien und Forschungsprojekte. 1949 gestaltet Rogers als Mitherausgeber der Zeitschrift „Journal of Consulting Psychology“ ein eigenes Themenheft zu den „Parallelstudien“, das einer koordinierten Erforschung der Psychotherapie gewidmet ist und kurze Beiträge über objektive Untersuchungen von Raskin, Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr enthält.

2.2. Die „Parallelstudien“

Rogers (1949) präsentiert in seiner Einleitung diese sieben Studien, die alle auf derselben Stichprobe von zehn vollständig aufgezeichneten und transkribierten Beratungsfällen des Counseling Center der Universität von Chicago beruhen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten bestätigen Rogers nicht nur in seiner theoretischen Auffassung der Klientenzentrierten Therapie, sondern auch darin, dass der Prozess der Psychotherapie bzw. die Veränderung der Persönlichkeit mit wissenschaftlichen Methoden untersucht werden kann.

In seinem ersten Artikel beleuchtet Raskin (1949a) den Hintergrund des Forschungsprojekts der *Parallelstudien*. Die einzelnen Beiträge von Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr beschreiben jeweils die eigenen Studien, während Raskin (1949b) in seinem zweiten und abschließenden Beitrag einige der festgestellten relevanten Wechselbeziehungen dieser Untersuchungen analysiert. Das Projekt der *Parallelstudien* über den therapeutischen Prozess wurde im Herbst 1947 in Angriff genommen und jede Untersuchung erfolgte in drei Stufen:

(1) Auswahl eines oder mehrerer Konzepte auf subjektiver, empirischer Basis, die sich sowohl für das Verstehen des therapeutischen Prozesses als auch hinsichtlich der Vermittlung dieses Verständnisses an andere als hilfreich erwiesen hatten.

(2) Entwicklung objektiver Messinstrumente für die quantitative Repräsentation des Konzepts und die Erhebung des Zustimmungsgrades unterschiedlicher Untersucher, die diese Instrumente verwenden und

(3) Anwendung der Messinstrumente bei präzisen und relevanten klinischen Daten, wie für die auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfälle des Counseling Center der Universität von Chicago.

Es war von Vorteil, eine Gruppe von Fällen auszuwählen und sie zu jeder der verschiedenen Analysemethoden zuzuordnen. So konnten einerseits die Beziehungen zwischen den verschiedenen Konzepten beobachtet und quantitativ gemessen werden, wie etwa Selbstakzeptanz und Verhaltensreife, und andererseits eine ausführlichere Analyse der einzelnen Fälle erreicht werden. Das Beratungszentrum hatte zu diesem Zeitpunkt ca. 20 vollständig auf Tonband aufgenommene und transkribierte Beratungsfälle. In das Projekt der *Parallelstudien* wurden letztendlich zehn Fälle aufgenommen, da sie zusätzliche Testdaten, die vor und nach der Therapie erfasst wurden, enthielten. Dies bedeutete die Möglichkeit einer sechsten Studie, einer Analyse über die Unterschiede zwischen Prä- und Post-Tests als Ergänzung zu den anderen Forschungsarbeiten. Neun der zehn Fälle waren graduierte bzw. noch nicht graduierte Studenten; sie repräsentieren daher eine noch relativ junge Gruppe von insgesamt sechs Frauen und vier Männern, wobei pro Person drei bis maximal neun Tonbandinterviews erstellt wurden.

Ein Ziel des Projekts der *Parallelstudien* bestand auch in der Weiterentwicklung von objektiven Forschungsmethoden für die

Messung der Veränderung der Persönlichkeit während des Verlaufes der Therapie, um die unterschiedlichen Konzepte, die für die Beschreibung der Persönlichkeitsorganisation von Bedeutung sind, zukünftig vergleichen zu können.

Die Studie von Seeman (1949) stützt sich auf die Forschungsarbeit von Snyder (1945) über das Wesen der *nicht-direktiven Psychotherapie*. Der therapeutische Prozess wird anhand der verbalen Äußerungen von Therapeut und Klient untersucht, wobei Snyder sechs Beratungsfälle analysiert hatte, während Seemans Studie sich auf die bereits beschriebenen zehn Fälle bezieht. Im ersten Schritt entwickelt Seeman Kategorien für seine Untersuchung, die anschließend auf das Material der Beratungsfälle angewendet werden sollen. Dabei wird ersichtlich, dass bei den Klienten-Kategorien zwei Hauptgruppen unterschieden werden können: So genannte Inhaltskategorien, die durch Reaktionen des Klienten inhaltlich identifiziert werden (z. B. Feststellung eines Problems oder Einsicht) und Kategorien, die positive oder negative Einstellungen des Klienten zum Ausdruck bringen. Was die Therapeuten-Kriterien betrifft, so wurden hauptsächlich jene von Snyder verwendet. Bei den Therapeuten-Kriterien war vor allem erwünscht, dass ein breites Spektrum an möglichen Reaktionsarten in einem direktiv-nondirektiven Kontinuum möglich war.

Die Absicht der Studie von Seeman war, den Prozess der *non-direktiven Therapie* mit einem Instrument, das in einer früheren Studie angewendet wurde, neuerlich zu überprüfen, sodass Vergleiche angestellt und jüngste Trends beobachtet werden konnten. Es wurden folgende signifikanten Unterschiede festgestellt: Die gegenwärtige Studie zeigt eine zunehmende Verwendung non-direktiver Kategorien mit 85 % im Vergleich zu 62.6 % der früheren Studie von Snyder. Es gibt einen signifikanten und beschreibbaren Therapieprozess bei den in dieser Studie verwendeten Inhaltskategorien. Die Kategorie „Problemfeststellung“ zeigte eine konsequente Abnahme während der Therapie, während die Kategorien „Einsicht und Verständnis“ konsequente Zunahme zeigten. Im Laufe der Therapie nahmen die individuellen Unterschiede von Fall zu Fall zu. Der Therapieprozess – gemessen an den relativen Verschiebungen bei den Kategorien „Problemfeststellung“ und „Einsicht und Verständnis“ – korreliert signifikant mit den Bewertungen der Therapeuten zum Ergebnis.

Bei den Kategorien, die sich auf die Einstellungen des Klienten beziehen, findet sich ein beschreibbarer Therapieverlauf in Form des relativen Vorkommens positiver und negativer Haltungen; positive Haltungen nehmen während des Therapieverlaufs zu, während negative im Laufe der Therapie abnehmen. Auch hier nehmen die individuellen Unterschiede innerhalb des Therapieverlaufs von Fall zu Fall zu. Wird die relative Einfühlbarkeit für sich selbst und für andere betrachtet, so fällt auf, dass sich die Klienten im Falle positiver Einstellungen im Therapieverlauf zunehmend auf sich selbst konzentrieren. Werden negative Einstellungen der Klienten hinsichtlich des Therapieverlaufs diesbezüglich betrachtet, kann keine solche Unterscheidung gefunden werden.

Die Zeit, in der Einstellungen ausgedrückt werden, zeigt signifikante Trends im Laufe der Therapie. Am Therapiebeginn besteht eine Tendenz, positive Einstellungen in der Vergangenheitsform und negative in der Gegenwart auszudrücken. Während des Therapieverlaufs kehrt sich dieses Verhältnis um; positive Einstellungen werden zunehmend in der Gegenwart und negative in der Vergangenheitsform ausgedrückt.

Sheerer (1949) beschäftigt sich mit der Beobachtung und klinischen Erfahrung vieler Psychologen, dass das Konzept eines Individuums von sich selbst von höchster Bedeutung für das Verständnis der Dynamik von persönlicher Entwicklung und Anpassung ist. In ihrer Studie geht sie der Frage nach, was von dem, was ein Klient aus seiner Sicht äußert, als Beitrag für das Gesamtbild seiner Persönlichkeit betrachtet werden kann? Dabei kristallisierten sich folgende fünf Bereiche als jene mit den klarsten Antworten auf diese Frage heraus:

- Äußerungen in Bezug auf Auswahl von Verhaltensstandards;
- Äußerungen, die zeigen, ob der Klient sich selbst oder andere als verantwortlich für sein Verhalten, Ursache und Lösung seines Problems sieht;
- Äußerungen in Bezug auf Lebensphilosophie;
- Selbst-einschätzende Kommentare;
- Wertende Kommentare über andere Personen.

Die Äußerungen von Klienten, die unter diese Kategorien fallen, scheinen zweierlei zu beschreiben: das Ausmaß von Selbstakzeptanz und Selbstachtung des Klienten sowie Akzeptanz und Achtung anderen Personen gegenüber.

Die zu untersuchenden Konzepte wurden operational definiert mit Hilfe von vier Sachverständigen auf der Grundlage einer früheren Forschungsarbeit über wertende Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber in erfolgreichen Beratungsfällen. Aus insgesamt zwanzig Definitionen zur Akzeptanz und Achtung des Selbst sowie zehn Definitionen zur Akzeptanz und Achtung gegenüber anderen Personen entwickelte Sheerer schließlich zwei Skalen zur Erfassung aller relevanten Äußerungen der zehn Beratungsfälle. Insgesamt wurden 1.366 Einheiten von Reaktionen bewertet, 77.1% wurden als relevant für die „Selbst“-Akzeptanz-Skala und 16.8% wurden als relevant für die „Andere“-Akzeptanz-Skala eingeschätzt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Einstellungen einer Person anderen gegenüber in einem eindeutig signifikanten Ausmaß mit den Einstellungen in Beziehung stehen, die diese Person sich selbst gegenüber hat. Einerseits ist dies „Allgemeinwissen“, andererseits könnte es bedeuten, dass eine Änderung der Einstellungen anderen gegenüber grundsätzlich nur dadurch erreicht werden kann, indem eine Veränderung der Einstellung sich selbst gegenüber erreicht wird. Dies könnte im Bereich der Sozialpsychologie bedeuten, dass zunehmende Akzeptanz von Minderheiten, Ausländern und ähnlichen Gruppen am ehesten durch eine Art von Gruppentherapie erreicht werden könnte, die darauf abzielt, zu

einer positiven Änderung der individuellen Selbstakzeptanz und Selbstachtung zu gelangen.

Stock (1949) untersucht die Wechselbeziehung zwischen Selbstkonzept und Gefühlen gegenüber anderen Personen und Gruppen. Sie geht von der Annahme aus, dass zwischen der Art einer Person, sich selbst zu sehen, und der Art dieser Person, die Welt der anderer Personen und Dinge zu betrachten, eine reale Beziehung besteht. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass ein Individuum, welches sich selbst gegenüber negative Gefühle hat, dazu tendiert, diese auch im Allgemeinen Anderen gegenüber zu empfinden. In dem Ausmaß, in dem sich diese Gefühle sich selbst gegenüber positiv verändern, verändern sich die Gefühle Anderen gegenüber in eine ähnliche Richtung. Es ist aufgrund der Ergebnisse aus dieser Studie nicht möglich eine sequenzielle Beziehung zwischen den Gefühlen dem Selbst und den Gefühlen Anderen gegenüber zu identifizieren.

Haighs (1949) Ziel war die Untersuchung von Abwehrverhalten der Klienten während des Verlaufs Klientenzentrierter Therapie auf der Basis der Theorie von Bedrohung und Abwehr, wie sie Hogan (1948) entwickelt hat. Abwehr wird als eine mögliche Verhaltensform betrachtet, die als Reaktion auf eine Wahrnehmung von Bedrohung folgen kann. Ein Individuum ist bedroht, wenn es eine Erfahrung als inkonsistent mit einem Wert oder Konzept wahrnimmt, das es als Teil seines Selbstkonzepts betrachtet. Eine effiziente Anpassung an die Realität dieser Situation wäre eine mögliche positive Reaktion auf eine derartige Bedrohung. Eine eher defensive Reaktion könnte darin bestehen, die Wahrnehmung auf eine Weise zu verzerren, um die wahrgenommene Inkongruenz zu reduzieren. Abwehrverhalten zeigt sich im Verharren des Konzepts bzw. des Wertes, der als bedroht betrachtet wird. Haigh modifizierte in weiterer Folge Hogans Theorie in dieser Studie durch zwei zusätzliche Dimensionen: „*awareness*“ und „*reported-exhibited*“. Abwehrhaltung kann in der Weise analysiert werden, wie sie der Klient in der Beratungssituation einsetzt. Es scheint sinnvoll zu sein, zwischen einem Abwehrverhalten, das den Klienten bei seiner Selbsterforschung blockiert, und einem Abwehrverhalten, das nicht blockiert, zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wurde dann getroffen, wenn der Klient sich seines Abwehrverhaltens bewusst war. Eine Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von „*Bewusstheit*“ wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 39 von 44 Statements bzw. bei 89% der Statements festgestellt wurde. Abwehrhaltung kann aber auch im Verhalten aufgedeckt werden, das während einer Beratungssitzung *vorkommt*, oder im Verhalten, über das in einer Beratungssitzung *berichtet* wird. Die Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von „*reported-exhibited*“ wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 45 von 48 Statements bzw. bei 93.8% der Statements festgestellt wurde. Verhalten, über das berichtet wird, kann in der Vergangenheit oder in der Gegenwart vorkommen; eine diesbezügliche Differenzierung wurde in dieser Studie vorgenommen.

In eigens entworfenen Arbeitsblättern wurde jegliche Abwehrhaltung aufgezeichnet und entsprechend klassifiziert: Je nach „*Bewusstheit*“ des Verhaltens wurde unterschieden, ob das Verhalten sich während des Beratungsgesprächs herausgestellt hat und ob sich das berichtete Verhalten auf die Vergangenheit oder die Gegenwart bezieht.

Hoffman (1949) untersuchte aufgrund bestimmter Kriterien alle Hinweise zu gegenwärtigem, früherem und zukünftigem Verhalten. Als verhaltensbezogene Aussagen, die sich auf die Gegenwart beziehen, wurden gegenwärtige Handlungen und Aktivitäten des Klienten definiert. Aussagen zu vergangenem Verhalten wurden nur berücksichtigt, wenn diese in Beziehung zu den derzeitigen Problemen des Klienten standen und für ihn die Motivation für die Therapie darstellten. Angaben der Klienten zu ihrem Verhalten in der Kindheit oder aber auch zu dem etliche Jahre vor der Beratungssituation wurden nicht für die Klassifikation herangezogen. Als zukünftig geplantes Verhalten wurden Aussagen der Klienten definiert, die Einsicht in Problembereiche und beabsichtigte Änderungen derselben aufzeigten. Schließlich wurde der Grad der Reife des Verhaltens anhand von drei Kategorien – von unreifem und unverantwortlichem Verhalten bis hin zu Selbstbestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit – eingeschätzt.

Nach dem Procedere für die Auswahl der Verhaltens-Referenzen und der Festlegung für deren Verlässlichkeit lag der nächste Schritt für die objektive Erforschung des berichteten Verhaltens beim Rating oder der Klassifikation der gewählten Statements. Dabei wurden folgende drei Kategorien zur Klassifikation der Verhaltens-Referenzen gewählt:

C – Das individuelle Verhalten geschieht mit wenig oder keiner Selbstkontrolle oder wenig oder keiner Kontrolle über seine Umgebung; das Individuum ist unreif und nicht verantwortlich.

Beispiel: „Wenn ich zu einer Verabredung gehe, nehme ich ein Bad und dann kann es sein, dass ich mich nicht sauber genug fühle, deshalb dusche ich dann noch kalt und danach verwende ich ein halbes Dutzend Deodorants.“

B – Die Person übt einige Kontrolle über ihre Umgebung aus; sie zeigt einige Reife und etwas Verantwortung.

Beispiel (aus dem Fall eines Mädchens, das sich schämt, ihre gelähmte Hand offen zu zeigen): „Wenn ich alleine oder mit meiner Mitbewohnerin bin, nehme ich meine Hand aus der Tasche.“

A – Die Person verhält sich mit sehr viel Selbst-Bestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit.

Beispiel: „Ich habe begonnen, die Arbeit soweit zu kürzen, sodass ich damit umgehen kann. Wenn ich damit fertig werde, müsste ich ja auch gleichzeitig etwas darüber wissen.“

Zusätzlich wurde jeder Fall in drei Teile geteilt und fünf der erfolgreicherer Fälle wurden mit den fünf weniger erfolgreichen Fällen verglichen. Die Kriterien für Erfolg wurden anhand des Unterschieds zwischen dem ersten und den letzten Interviews definiert: Einstellungen zum Selbst, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verstehen und Einsicht sowie Abwehrhaltung. Diese Ratings wurden

von Raskins Analyse im Abschlussbericht dieser Artikelserie übernommen, unter Auslassung der Verhaltenspunkte. Diese Maßeinheiten, die auch grundlegend bei vier der anderen Studien waren, ergaben ein objektives Kriterium, welches auf dem Ausmaß fußt, zu dem die hypothetischen Veränderungen im therapeutischen Prozess messbar vorkamen. Bei Verwendung dieses Kriteriums kombinierter Maßeinheiten gehören zur „erfolgreicheren“ Gruppe die Fälle Miss Vib, Miss Int, Mr. Far, Mr. Win and Mr. Que, zur „weniger erfolgreichen“ Gruppe Miss Ban, Mrs. Sim, Mrs. Dem, Mr. Sketch und Miss Wab.

Auch zeigen die Ergebnisse, dass sowohl die mehr als auch die weniger erfolgreichen Fälle auf einem ähnlichen Level beginnen; je weiter allerdings der therapeutische Prozess fortschreitet, umso größer wird der Unterschied. Wenn man die Fälle einzeln betrachtet, sieht man, dass Miss Int, Mr. Que, Miss Vib und Mr. Win einen deutlichen Anstieg von Reife bei ihren berichteten Verhalten entfaltet haben. Ein etwas geringer, aber konsistenter Anstieg ist bei Mrs. Sim zu verzeichnen. Miss Ban, Mrs. Dem, Mr. Sketch and Miss Wab scheinen ihre Therapie etwa auf demselben Stand zu beenden, auf dem sie begonnen haben. Der Fall von Mr. Far ist schwer auszuwerten, weil hier nur eine geringe Menge an Verhaltensdaten zu ermitteln war.

Das Verhalten wurde von Hoffman auf der Basis des Ausmaßes an gezeigter Reife analysiert. Jede Verhaltensreferenz wurde nach einer von drei Reife-Stufen klassifiziert – in hohem Grade reif, teilweise reif und unreif. Sowohl die Beschaffung von Verhaltens-Referenzen aus der wörtlichen Abschrift der Interviews als auch die Einteilung dieser Referenzen nach dem Grad ihrer Reife erwiesen sich als sehr zuverlässig. Bei 53 der 59 Interviews der zehn Beratungsfälle erhielt man Indices der Reife des berichteten Verhaltens. In sechs Interviews konnten keine Verhaltens-Referenzen ermittelt werden. Betrachtet man alle zehn Fälle zusammen, so ist eine Zunahme von Reife vom ersten zum letzten Drittel der Therapie zu verzeichnen, allerdings ist dieser Zuwachs statistisch nicht signifikant. Bei den fünf Fällen, die durch ein objektives Kriterium als „erfolgreicher“ betrachtet werden können, ist die Zunahme an Reife größer als bei der gesamten Gruppe. Bei den fünf „weniger erfolgreichen“ Fällen gibt es nur eine unbedeutende Veränderung bei den Verhaltensberichten. Der Unterschied des Fortschritts zwischen der erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Gruppe ist statistisch signifikant. Die Untersuchungsform, die bei dieser Studie angewendet wurde, scheint den üblichen subjektiven Berichten über Verhaltensänderungen bei Beratungen vorzuziehen zu sein und erleichtert außerdem die Korrelation von Verhaltensreife mit anderen psychologischen Variablen.

Carr (1949) analysierte Rorschach-Tests, die neun Beratungsfällen vor und nach der non-direktiven Therapie vorgegeben wurden. Es sollte auch der Grad der Übereinstimmung zwischen den Erfolgseinschätzungen der Therapie durch den Berater einerseits und dem Ausmaß eines solchen Erfolgs durch das Rorschachprotokoll, das nach der Therapie angefertigt worden war, festgestellt werden.

Um die Veränderungen in der Therapie zu untersuchen, wurde die quantitative analytische Methode nach Muench (1947) angewendet, die auf von Klopfer (1942) vorgeschlagenen Symptomen für Anpassung und Fehlanpassung beruhte. Unabhängig von den Ergebnissen der quantitativen Analyse schien es wünschenswert auch qualitative Aspekte der Protokolle mit einzubeziehen. Diese Auswertung erfolgte nach ausführlicher Beschäftigung mit allen Aufnahmen der Prä- und Post-Therapieprotokolle. Carr fand aber, trotz gleicher Anpassungsindikatoren wie Muench, keine signifikante Veränderungen. Auch die qualitative Analyse durch einen Sachverständigen, dem nur soviel bekannt war, dass die Fälle verschiedene Grade von Erfolg repräsentierten, stellte bei fünf Fällen keinerlei Veränderung und bei vier Fällen nur eine leichte Verbesserung fest.

Raskin (1949a) fasst in seinem Abschlussartikel die wesentlichen Aspekte zusammen, die das Projekt der „Parallelstudien“ hervorgebracht hat. Eine parallele, multi-konzeptionelle, objektive Untersuchung wurde bei einer Gruppe von zehn auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfällen durchgeführt, um die Möglichkeit des Vergleichs unterschiedlicher Konzepte zu erhalten. Es wurde als durchführbar befunden, dass quantitative Angaben so verschiedener Konzepte wie Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Abwehrhaltung, Verhaltensreife und Einsicht durch jedes Interview zu erhalten waren. Signifikante positive Beziehungen haben sich für folgende Konzepte herauskristallisiert: Selbstbezogene Einstellungen, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verständnis und Einsicht sowie Verhaltensreife. Die Existenz eines relevanten umgekehrten Verhältnisses hat sich zwischen Abwehrhaltung und jedem dieser positiven Maße für den Therapieerfolg herausgestellt. Werden diese Maße bei jedem Interview eines individuellen Falles angewendet, ergeben sie ein bedeutungsreiches Bild für die Ebene der Anpassung des Klienten bei Therapiebeginn bzw. -abschluss und den Therapieverlauf zwischen diesen beiden Punkten. Zwischen den Erfolgseinschätzungen durch die Berater dieser zehn Beratungsfälle und der Erfolgsbemessung auf Basis der fünf interview-analytischen Maße existiert eine signifikante Beziehung. Zwischen den Rorschachergebnissen und den Ergebnissen der fünf interview-analytischen Maße wurde keine signifikante Beziehung festgestellt.

2.3. Bewertung der „Parallelstudien“

Die historische Bedeutsamkeit der Parallelstudien liegt sicher in der Tatsache begründet, dass hier erstmals in größerem Umfang auf der Grundlage von Tonbandprotokollen mit vollständigem Datenmaterial von therapeutischen Prozessen gearbeitet wurde. Der Aufwand, der für diese Aufzeichnungen damals nötig war, ist aus heutiger Sicht beeindruckend.

Neben diesem historischen Wert sind diese Studien aber auch aus heutiger Sicht als konzeptionell ausgesprochen modern und sorgfältig in der Umsetzung zu bezeichnen. Sie stehen noch immer

vorbildlich für eine qualitative und prozessorientierte Psychotherapieforschung. Ein besonderes Qualitätsmerkmal, das auch die späteren Arbeiten von Carl Rogers und von seinen Mitarbeitern kennzeichnet, ist die große Sorgfalt bei der Operationalisierung und Messung von Wirkfaktoren der Psychotherapie. Daneben ist auch der Ansatz der „Parallelstudien“ selbst, also der multiplen Analyse von Therapieprotokollen, als wegweisend und modern zu bezeichnen.

Am Beispiel dieses Projekts der *Parallelstudien* wird ein Weg für die Untersuchung der Psychotherapie auf wissenschaftlichen Grundlagen aufgezeigt. Dabei handelt es sich um eine von jeder Art von Therapie unabhängige Methodologie. Die bei dieser Studie verwendeten Konzepte haben Resultate hervorgebracht, die ausreichend konsistent und bedeutsam waren, um vorläufige Verallgemeinerungen in quantitativer und qualitativer Form über erfolgreiche Psychotherapie nahe zu legen und eine gediegene Basis für Überlegungen zur Persönlichkeitsorganisation bereitzustellen, die aus der Erfahrung der Klientenzentrierten Therapie hervorgegangen ist.

3. Die quantitativ-empirische Forschungsphase in Chicago

3.1. Carl Rogers in Chicago

Carl Rogers war von 1945–1957 Professor für Psychologie an der Universität in Chicago. Aus dieser Zeit stammen mehr als 200 empirische Untersuchungen, in denen Rogers und seine Mitarbeiter den wissenschaftlichen Nachweis für die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie im engeren Sinne und des Personenzentrierten Ansatzes im weiteren Sinne für die Entwicklung, das Wachstum und die Entfaltung der Persönlichkeit führten. Rogers war der erste Therapieforscher, der durch systematische Tonaufzeichnungen von Therapiesprächen die Interaktionen zwischen Klienten und Therapeuten einer genauen, empirisch nachvollziehbaren und überprüfbar wissenschaftlichen Analyse zugänglich machte. Der gigantische Aufwand kann in Anbetracht der damaligen technischen Möglichkeiten (z. B. allein die Herstellung von Schellack-Platten für die therapeutischen Gespräche) heute von uns nur noch erahnt werden. Die Fülle und Breite der empirischen Arbeiten von Rogers und seinen Mitarbeitern wurde später auch durch die Verleihung der höchsten Auszeichnungen der „American Psychological Association“ belohnt (Wissenschaftspreis der APA 1956 und für Angewandte Psychologie 1972; siehe dazu auch das Statement von Kriz in diesem Heft). In veröffentlichten Interviews betonte Rogers immer wieder die besondere persönliche Bedeutung dieser Preise, da sie von Wissenschaftlern verliehen wurde, die seinem Ansatz kritisch gegenüber standen.

Das Beratungszentrum der Universität Chicago, begründet von Carl Rogers, bot psychisch verletzten (gestörten) Menschen beratende bzw. psychotherapeutische Hilfe auf der Basis des Klienten-

zentrierten Ansatzes als Unterstützung für die Bewältigung ihrer Probleme an. Die Reflexion dieser praktisch-therapeutischen Arbeit diente aber auch der wissenschaftlichen Untersuchung der Ergebnisse und Prozesse Klientenzentrierter Psychotherapie und ihrer theoretischen Weiterentwicklung. Vor diesem Hintergrund entwickelte der Staff des Beratungszentrums 1949 unter der Leitung von Rogers ein sehr anspruchsvolles, aufwendiges und über mehr als vier Jahre dauerndes Forschungsprojekt zur empirischen Überprüfung der zentralen Hypothesen der Klientenzentrierten Psychotherapie, die sinngemäß lauteten (genaue Formulierungen siehe Rogers 1954a, 4):

a) Jedes Individuum trägt grundsätzlich die zumindest latente Fähigkeit in sich, die Aspekte von sich und seinem Leben zu verstehen, die Unzufriedenheit, Angst, Schmerz u.ä. verursachen, und die Tendenz, sich in Richtung zu mehr Selbstaktualisierung und zu größerer Reife zu reorganisieren.

b) Diese Fähigkeit wird frei gesetzt und in der Therapie unterstützt, wenn es dem Therapeuten gelingt, ein Klima zu kreieren, das gekennzeichnet ist durch echte Akzeptanz des Klienten als einer Person von bedingungslosem Wert, das sensible Verstehen der subjektiv existierenden Gefühle des Klienten, ohne diese diagnostizieren oder verändern zu wollen, und das kontinuierliche Bemühen, dieses empathische Verständnis dem Klienten zu vermitteln.

c) In einer solchen akzeptierenden, verständnisvollen und nicht bedrohlichen Atmosphäre wird der Klient seine Selbst-Wahrnehmung verändern, wird sich und andere besser verstehen und akzeptieren, in gutem Sinne besser angepasst, mehr selbstbestimmend und autonom, reifer in seinem Verhalten, weniger defensiv und frustrationstoleranter sein.

d) Überträgt man diese Art der therapeutischen Beziehung auf interpersonelle Beziehungen in der Familie zwischen Eltern und Kindern, so wird sich das Kind selbstbestimmter und reifer entwickeln, in der Schule zwischen Lehrern und Schülern, so werden Schüler eher selbstinitiiertes und selbstdiszipliniertes Lernen, in Organisationen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, so werden die Mitarbeiter sich selbstverantwortlicher, kreativer und kooperativer sich mit neuen Problemen auseinandersetzen.

3.2. Die Zielsetzungen des Forschungsprogrammes in Chicago

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Werkes von Sigmund Freud und seiner Beobachtungen aus der therapeutischen Arbeit mit Patienten und den erweiternden Beiträgen von Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan und Fromm sowie der Beiträge von Carl Rogers konstatierten Gordon/Grummon/Rogers/Seeman (1954, 12ff), dass diese Arbeiten im weitesten Sinne das Denken in der Psychotherapie im engeren und das in den Sozialwissenschaften im weiteren Sinne entscheidend beeinflussten, ohne das Vorliegen systematischer empirischer Forschungen bis zu diesem Zeitpunkt. Dieses Fehlen systematischer psychotherapeutischer Forschung begründen

Gordon et al. (1954) damit, dass Psychotherapie auf der Basis subtiler Beziehungen ein extrem komplexes Geschehen und scheinbar kontrollierten Studien nicht zugänglich ist. Trotzdem folgte die Forschergruppe der Diktion von Thorndike (bei dem Rogers Psychologie studiert hatte) dass alles, was existiert, in irgendeiner Art Quantität existiert, die gemessen werden kann.

In diesem Kontext entwickelte die Forschergruppe um Rogers im Jahr 1949 ein erstes groß angelegtes empirisches Forschungsdesign mit mehreren zentralen Programmpunkten:

a) die Untersuchung der inneren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung gesetzmäßiger Beziehungen im Therapieprozess, die für die Reorganisation der Persönlichkeit verantwortlich sind;

b) die Untersuchung der äußeren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung von Korrelaten des psychotherapeutischen Prozesses im größeren psychologischen, soziologischen und physiologischen Feld des Individuums;

c) die Relation dieser Befunde zur Persönlichkeitstheorie und zum gegenwärtigen Wissen über Persönlichkeit.

3.3. Die Durchführung der Untersuchung

Vorweg sei gesagt, dass die Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung einen immens hohen wissenschaftlichen Anspruch verfolgte, der auch den heute üblichen wissenschaftlichen Standards entspricht.

Was die Zusammensetzung der Planungs- und der Forschungsgruppe betrifft, so variierte ihre Größe zwischen zwanzig und dreißig Personen, die permanente oder externe Mitarbeiter am Beratungszentrum der Universität waren, darunter neun Dissertanden, vier Habilitanden. Der Kern der Forschungsgruppe bestand aus ca. 10 Personen, von denen sechs bis acht Mitglieder der Universität Chicago waren.

Die Forschergruppe folgte der Sozialphilosophie des Klientenzentrierten Ansatzes entsprechend bei ihren Entscheidungen einem „gruppenzentrierten“ Ansatz in der Leitung des Projektes, wobei jedes Gruppenmitglied innerhalb des Projektes möglichst die Aufgaben verfolgen konnte, die persönlich am wichtigsten waren. Dieser Prozess war manchmal ziemlich konfus, konfliktuell und scheinbar ineffizient, doch der Glaube an die Funktionalität und „organismische Weisheit“ der Gruppe führte zu einer fundamentalen Entscheidung bezüglich einer theoriegeleiteten Forschung.

Abgeleitet aus dieser grundsätzlichen Entscheidung für eine theoriegeleitete Untersuchung entschloss sich die Forschergruppe für eine „kontrollierte Studie“ zur Überprüfung theoretisch begründeter Hypothesen bezüglich relevanter Prozessvariablen, die einen förderlichen therapeutischen Prozess konstituieren bzw. blockieren oder verhindern (Prozessstudien Klientenzentrierter Psychotherapie), und bezüglich erwarteter Persönlichkeitsveränderungen

durch die Therapie (Ergebnisstudien Klientenzentrierter Psychotherapie).

In diesem Kontext mussten zwei grundsätzliche Problemkreise diskutiert werden, das *Kontrollproblem* und das *Kriteriumsproblem*.

Das Problem der Kontrolle wurde nicht nur unter dem Aspekt der theoretisch erwünschten, aber wegen der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes praktisch nicht erreichbaren Vergleichbarkeit zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen diskutiert, sondern vor allem hinsichtlich der adäquaten Kontrolle therapierelevanter Merkmale mittels unterschiedlicher Instrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit Hilfe entsprechender statistischer Verfahren – wie z. B. Kovarianzanalysen zur Auspartialisierung von Unterschieden zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Durch die Diskussion und die Verwendung verschiedener Kontrollen sollte erreicht werden, dass der Effekt von untersuchten Variablen in der Psychotherapie in seinen Auswirkungen auf die Persönlichkeit und das Verhalten isoliert und studiert werden kann.

Das Kriteriumsproblem stellt die Frage nach dem Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie. Kann das Verschwinden eines Symptoms als Erfolg gewertet werden, obgleich das dahinter liegende Problem nicht gelöst ist? Wenn nur eine grundlegende tiefe Persönlichkeitsveränderung als Erfolg gilt, was ist dann die zunehmende Zufriedenheit des Klienten (mit der Problematik sich selbst erfüllender Prophezeiung) oder der bessere Umgang (Bewältigung) mit Problemen. Es gibt keine allgemein akzeptierte Definition von Erfolg, die klar operationalisierbar wäre, sodass Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie durch eine Vielzahl spezifischer Variablen aus der Sicht der Klienten, der Berater und signifikanter Anderer mit unterschiedlichen Verfahren bestimmt werden muss.

3.3.1. Design und Ziele der Untersuchung

Das allgemeine Ziel der Untersuchung, welche Veränderungen im Klienten stattfinden, warum er sich verändert und wie diese beiden Ebenen – Prozess und Ergebnis – zusammen hängen, erforderte ein sehr differenziertes Design, das vom Aufwand (z. B. wurden alle Gespräche auf Platten aufgezeichnet und transkribiert) und vom methodischen Anspruch keinen Vergleich mit heutigen Studien zu scheuen braucht (vgl. Grummon 1954a, 35ff). Ausgangspunkt sollte eine möglichst große Gruppe an Klienten sein, an denen in verschiedenen Projekten eine Anzahl separater Hypothesen getestet werden sollte:

Projekt 1 betraf die Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten mittels der Methode des Q-Sorts², wonach 100 selbstbezogene Statements (z. B. „Ich bin ein liebenswerter Mensch“, „Ich habe Angst vor großen Unstimmigkeiten mit anderen Menschen“

etc.) auf 9 Skalenplätzen (von großer Zustimmung bis extremer Ablehnung mit einer nach der Normalverteilung fest gelegten Häufigkeit pro Skalenpunkt) bezüglich der Einschätzung des Realself (S – so bin ich), des Idealself (I – so möchte ich sein) und einer ‚durchschnittlichen‘ (ordinary) Person (O – so schätze ich eine durchschnittliche Person ein) verteilt, korreliert und faktoranalytisch (!) werden. In diesem Projekt wurden spezifische Hypothesen geprüft über die Veränderung in der Wahrnehmung des eigenen Selbst und dem Anderer mittels Differenzen bzw. Korrelationen im sogenannten SIO Q-Sort, z. B. sollte die Korrelation zwischen Real- und Idealself im Laufe der Therapie zunehmen, als Ausdruck steigender Kongruenz bzw. Integration unterschiedlicher, mehr oder weniger vereinbarter Persönlichkeitsaspekte.

Projekt 2 prüfte Persönlichkeitsveränderungen mittels Thematischem Apperzeptionstest (TAT) in Richtung verbesserter psychologischer Anpassung, zunehmender sozialer Reife in Beziehungen und größerer Kongruenz zwischen der Selbstwahrnehmung des Klienten und der klinischen Diagnose im TAT durch externe Experten.

Im Zentrum des Projektes 3 standen die Veränderungen in der Einstellung der Klienten gegenüber anderen Personen mittels entsprechender Einstellungsskalen (Self-Other Attitude Scale; S-O Skala), die auch auf die Ethnozentrismus-, Konservativismus- und Faschismus-Skala von Adorno Bezug nahm. Durch die Psychotherapie sollten der Wert anderer Menschen, die Akzeptanz verschiedener Meinungen und demokratische Überzeugungen zunehmen. Zusätzlich entwickelte Gordon für dieses Projekt einen situativen Rollenspieltest, mit Hilfe dessen die Antworten von einzelnen Personen gegenüber anderen in kritischen Situationen erfasst werden sollten.

Projekt 4 thematisierte die Veränderungen in der emotionalen Reife des Verhaltens mittels Selbsteinschätzung des Klienten nach der standardisierten Willoughby Emotional-Maturity Scale (E-M Skala) im Vergleich zum entsprechenden Fremdrating durch zwei von den Klienten benannten Freunden, die zum Zweck der Kontrolle auch noch eine selbstgewählte andere Person beurteilten.

Eine andere Gruppe von Projekten betraf sogenannte Prozessstudien, die Antwort darauf zu geben versuchen, wodurch im Prozess der Klientenzentrierten Psychotherapie eine verbesserte individuelle psychologische Anpassung erreicht wird.

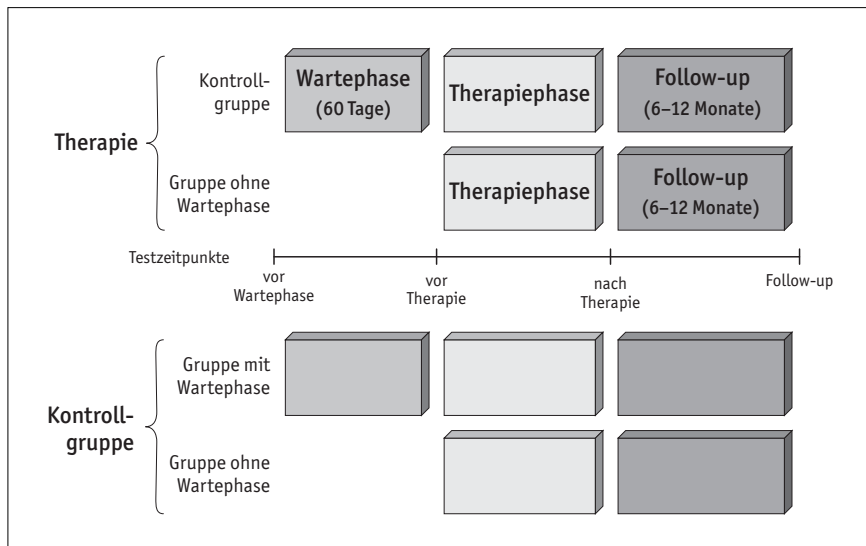
3.3.2. Untersuchungsplan und Stichprobe

Abbildung 1 zeigt die grundsätzliche Einteilung in die Therapiegruppe und die Kontrollgruppe (die während des gesamten Untersuchungszeitraumes an keiner Psychotherapie teilnimmt). Ein Teil der Therapiegruppe ist eine Wartegruppe über zwei Monate bis zum

2 Ein Q-Sort als alternatives Messinstrument zu konventionellen Fragebogentechniken in der Psychotherapieforschung wurde sporadisch bis heute in verschiedenen Studien (aktuell z. B. im Bereich der Bindungsforschung) eingesetzt. Ein Vorteil

besteht in der Möglichkeit einer sehr differenzierten und im Vergleich zu strukturierten Fragebögen offenen Form der Erhebung, ein nicht unerheblicher Nachteil in der Länge der Vorgabe und methodischen Schwierigkeiten bei der Auswertung.

Beginn der Therapie, um Persönlichkeits- und motivationale Veränderungen allein durch die Erwartung einer Psychotherapie zu untersuchen, im Vergleich zur Therapiegruppe ohne Wartephase und zur Kontrollgruppe. Katamnestische Untersuchungen im Zeitraum von 6–12 Monaten nach Therapieende sollten die Stabilität der erzielten Veränderungen durch die Klientenzentrierte Psychotherapie analysieren. Insgesamt gab es nach diesem Untersuchungsplan 4 Messzeitpunkte, an denen den Klienten aus der Therapiegruppe und den Teilnehmern der Kontrollgruppe unterschiedliche Verfahren vorgelegt wurden.



Die Therapiegruppe wurde zufällig aus dem Sample der erwachsenen Klienten ausgewählt, die um psychotherapeutische Unterstützung am öffentlich zugänglichen Beratungszentrum der Universität Chicago im Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Untersuchung anfragten und bereit waren, freiwillig daran teil zu nehmen (ca. 50% der Befragten lehnten aus unterschiedlichen Gründen ab). Das Geschlecht der Klienten und das Verhältnis von Studierenden und Nicht-Studierenden sollten gleich verteilt sein.

Insgesamt konnten 29 Personen (11 weiblich, 18 männlich; 16 Studierende, 13 Nicht-Studierende) zwischen 21 und 40 Jahren (mittleres Alter 27 Jahre) – die meisten mit ernsthaften psychischen Störungen (Neurosen bis hin zu Borderline-Störungen), einige mit emotionalen Spannungen und Unsicherheiten – in die Therapiegruppe aufgenommen werden, die nach Meinung der Forschergruppe insgesamt als typisch für das Klientel am Beratungszentrum betrachtet werden konnten. Es gingen schließlich nur solche Klienten in die Therapiegruppe ein, die mindestens sechs oder mehr Therapiesitzungen absolvierten. Eine Einteilung nach differenziellen klinischen Diagnosen erfolgte nicht.

Daneben gab es auch eine Abbrechergruppe von insgesamt 25 Klienten, die weniger als 5 Therapiesitzungen absolvierten, unzufrieden mit dem Verlauf der Therapie waren, die ersten Tests machten, manchmal kein weiteres Interview oder den Ort bzw. die Therapierichtung wechselten.

Eine Kontrollgruppe, die wirklich vergleichbar ist mit der Therapiegruppe hinsichtlich der wichtigsten Untersuchungsvariablen, ist praktisch unmöglich, sodass die Forschergruppe zwei Wege wählte:

a) Die Wartegruppe: Die Hälfte der Therapiegruppe stimmte einer Wartezeit von 2 Monaten vor Beginn der Therapie zu, wobei alle Tests zu Beginn und am Ende der Wartezeit / Beginn der Therapie durchgeführt wurden, um mögliche Persönlichkeitsveränderungen während der Wartezeit mit denen während der Therapie vergleichen zu können bzw. den Einfluss der Motivation für Psychotherapie zu analysieren. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass es unter diesen Klienten der Wartegruppe eine höhere Abbruchquote gab, sodass letztlich weniger als die Hälfte der Therapiegruppe als eigene Kontrollpersonen in der Wartegruppe fungierten.

b) Die eigentliche Kontrollgruppe setzte sich aus insgesamt 23 Personen zusammen, die freiwillig an einer „Untersuchung zur Persönlichkeit“ teilnahmen, hinsichtlich Geschlecht (12 weiblich, 11 männlich), Alter (zwischen 19 und 44 Jahren, durchschnittlich 27 Jahre), sozioökonomischem Status und im Verhältnis Studierende (N=12) und Nicht-Studierende (N=11) mit der Therapiegruppe vergleichbar waren. Sonstige Umwelteinflüsse während der Untersuchungs-

zeit wurden nicht erhoben. Die Hälfte der Kontrollgruppe wurde wie die Therapiegruppe mit Wartezeit an vier Messzeitpunkten untersucht, die andere Hälfte wie die Therapiegruppe ohne Wartezeit zu drei Messzeitpunkten (vgl. Abb.1). Der Kontakt mit den Personen der Kontrollgruppe musste über 1–3 Jahre aufrechterhalten werden.

3.3.3. Auswahl der Therapeuten und Chronologie des Untersuchungsablaufes

Die Kriterien zur Auswahl der Therapeuten – mindestens einjährige Arbeit am Beratungszentrum und 340 therapeutische Sitzungen mit ausreichender Erfahrung bei der Aufzeichnung von Therapiegesprächen – erfüllten 12 Personen (5 waren relativ unerfahren, 6 arbeiteten schon 5–6 Jahre und einer 29 Jahre). 8 Therapeuten betreuten zwischen 3–5 Klienten, 4 Therapeuten 1–2 Klienten im Untersuchungszeitraum. Weitere Merkmale – wie z.B. der Grad der ‚Klienten-zentriertheit‘ des Therapeuten im Umgang mit dem Klienten – wurden nicht kontrolliert.

Die Chronologie des Untersuchungsablaufes bedurfte einer ausgefeilten Logistik:

1.) Erstes Interview: Informationen über den Ablauf der Untersuchung; Therapiebedarf und -angebot waren aus ethischen Gründen nicht abhängig von der Teilnahme an der Untersuchung; Ergebnisse der begleitenden Untersuchungen wurden dem jeweiligen

Therapeuten nicht mitgeteilt; vertrauliche Behandlung der Gespräche und der Aufzeichnungen; Hinweis auf mögliche Wartezeit.

2.) Vortests der Wartegruppe und der einen Hälfte der Kontrollgruppe (soziobiografische Daten, TAT, SIO Q-Sort, E-M Skala, S-O Skala, situativer Rollenspieltest, Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde auf der E-M Skala) jeweils durch externe Untersucher, die nicht ident mit den Therapeuten waren.

3.) Prätests mit den oben genannten Verfahren am Ende der Wartezeit/vor Beginn der Therapie.

4.) Alle therapeutischen Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert.

5.) Untersuchungen während der Therapie: SIO Q-Sort nach der 7., 20. und jeweils folgenden 20. Sitzung durch den Klienten; nach der 7. Sitzung sortierte auch der Therapeut die Statements wie sie der Klient vermeintlich einschätzte.

6.) Posttests nach Ende der Therapie (bzw. äquivalenter Ablaufzeit für die Kontrollgruppe) wie bei den Prä- bzw. Vortests sowie einem SIO Q-Sort auch durch den Therapeuten.

7.) Therapeutenratings mittels mehrerer Items hinsichtlich der Ergebnisse der Therapie, der Art der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses.

8.) Nachuntersuchung nach 6–12 Monaten nach Ende der Therapie (bzw. nach Ablauf der entsprechenden Zeit für die Kontrollgruppe) mit der bereits genannten Testbatterie.

9.) Follow-up-Interviews zur Bedeutung der Beratungserfahrungen während der letzten Monate bezüglich relevanter Änderungen hinsichtlich eigener Emotionen, des eigenen Verhaltens, der Beziehungen zu Angehörigen und Arbeitskollegen und besonders effektiver/ineffektiver therapeutischer Merkmale.

10.) Follow-up-Fragebogen bezüglich der Einschätzung der Therapie durch den Klienten, signifikanter Lebenserfahrungen nach Ende der Therapie und der Suche nach zusätzlichen Hilfen.

In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig darauf hin zu weisen, dass die externen Untersucher im Forschungsprozess zu den verschiedenen Messzeitpunkten nicht darüber informiert waren, aus welcher Untersuchungsgruppe die jeweilige Person stammte (Therapiegruppe, Wartegruppe oder Kontrollgruppe), um mit Hilfe dieses „Blindversuches“ sozial erwünschte Effekte möglichst zu vermeiden.

Bei kritischer Betrachtung dieses Untersuchungsdesigns (vor mehr als 50 Jahren) kann festgehalten werden, dass es auch nach heutigen wissenschaftlichen Gesichtspunkten höchsten Ansprüchen genügt, die nicht nur auf ausgefeilte quasi-experimentelle Methoden und empirisch-statistische Auswertungen zurückgreift, sondern auch auf sehr gründliche und ausführliche, phänomenologisch angelegte Fallstudien.

Etwas problematisch erscheinen die doch relativ kleinen Stichprobengrößen in den einzelnen Untersuchungsgruppen – wer jedoch Langzeituntersuchungen über die Effektivität von Psychotherapie durchgeführt hat, weiß wie schwierig ein solches Unterfangen

ist – und aus heutiger Sicht die zu wenig beachtete diagnostische Differenzierung der Klienten im Hinblick auf den Verlauf und das Ergebnis der Psychotherapie.

3.4. Ergebnisse der Untersuchung

Die Fülle der Ergebnisse wurde in insgesamt 16 verschiedenen, sehr ausführlichen Artikeln in diesem Band dargestellt, was hier im Detail nicht möglich ist. Stattdessen wird eine Bündelung der Untersuchungen in ihrem jeweiligen Beitrag zu den oben genannten Projekten und den darin verfolgten Fragestellungen versucht.

3.4.1. Veränderungen in der Selbstwahrnehmung durch Klientenzentrierte Psychotherapie

Die im Projekt 1 aus der Persönlichkeits- und Therapietheorie von Rogers, soweit sie zum damaligen Zeitpunkt schon elaboriert war, abgeleiteten und hypothetisch vermuteten Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Person durch Klientenzentrierte Psychotherapie werden in drei empirischen Untersuchungen von Butler und Haigh (1954), Dymond (1954a) und Rudikoff (1954) differenziert analysiert. Die Arbeit von Seeman (1954) fällt etwas aus dem Rahmen der Fragestellungen dieses Projektes, weil es um Globaleinschätzungen aus der Sicht der Therapeuten geht.

In der Arbeit von Butler und Haigh (1954) geht es im Schwerpunkt um die Veränderungen im Verhältnis zwischen Realselbst und Idealselbst durch Klientenzentrierte Psychotherapie, wobei generell eine Verringerung der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst mittels der beschriebenen Q-Sort Technik erwartet wurde (bzw. eine Erhöhung der Korrelation zwischen diesen Selbstanteilen) und im besonderen Maße bei sogenannten „erfolgreichen“ Klienten. Die signifikante Zunahme der mittleren Korrelationen zwischen Realselbst- und Idealselbst-Einschätzungen der Klienten vom Prätest vor Beginn der Therapie ($r = -.01$) zum Posttest am Ende ($r = .34$) und deren Stabilisierung im Nachtest (6–12 Monate nach der Therapie; $r = .31$) bestätigt trotz großer interindividueller Variabilität der Korrelationen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten (z. T. von $r = -.56$ bis $.78$) die erwartete Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie, während die Wartezeit keinen Einfluss darauf nehmen konnte. Die mittleren Zusammenhänge in der Kontrollgruppe waren naturgemäß von Beginn an höher ($r = .58$), da es sich ja nicht um eine klinisch auffällige Gruppe handelte, und sie blieben über den Untersuchungszeitraum stabil ($r = .59$).

Die nach einem externen TAT-Rating und einem einfachen Therapeuten-Rating als übereinstimmend erfolgreich eingeschätzten Klienten bestätigen eine noch stärkere Zunahme der Korrelation ($r = .44$ im Follow-up) bzw. eine noch größere Reduktion der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst.

Eine zusätzliche Differenzierung ergab die Analyse von Dymond (1954a) hinsichtlich der Realselbsteinschätzungen der Klienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Klientenzentrierten Psychotherapie im Vergleich zu einem externen Kriterium einer „psychologisch gut angepassten und integrierten Persönlichkeit“ im Q-Sort Rating durch zwei erfahrene Kliniker. Die Ergebnisse zeigen in Mittelwertsvergleichen die erwarteten signifikanten positiven Veränderungen der Klienten in Richtung einer zunehmend besseren psychologischen Anpassung zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt des Prätests verschwinden zum Posttest und auch in der Nachuntersuchung. Die Wartezeit hatte wieder keinen Einfluss. Interessant war jedoch ein geschlechtsspezifischer Effekt, wonach sich weibliche Klienten stärker verbesserten als Männer. Leider wurde in der Analyse kein Bezug auf das Geschlecht des Therapeuten genommen.

Die vergleichende Studie von Rudikoff (1954) schließt die Veränderungen der Einschätzungen des Realselbst, des Idealselbst und der „durchschnittlichen Person“ (der gesamte SIO Q-Sort) über alle 4 Messzeitpunkte (einschließlich Wartezeit und Nachuntersuchung) der Therapiegruppe ein, wobei einschränkend angefügt werden muss, dass von den insgesamt 25 Klienten nur noch 8 Personen übrig geblieben sind. Trotzdem sind die Befunde bemerkenswert und unterstreichen die vorherigen Ergebnisse, dass während der Wartezeit keine Veränderungen stattfinden, sondern die zunehmende Kongruenz zwischen den verschiedenen Selbstwerteinschätzungen durch die signifikante Verbesserung des Realselbst, eine Annäherung an die „durchschnittliche Person“ und eine leichte Reduzierung des überhöhten Idealselbst (obwohl dieses am stabilsten über alle Untersuchungspunkte bleibt) während der Therapie erfolgt und bis zur Nachuntersuchung stabil bleibt. Die Bestätigung der Validität dieser Ergebnisse zeigt sich in der zunehmend besseren Anpassung des Realselbst an die externe Einschätzung einer gut integrierten Persönlichkeit durch erfahrene Kliniker (oberer Anpassungsindex von Dymond 1954a). In der Arbeit von Seeman (1954) geht es um die Beurteilungen des therapeutischen Prozesses durch die Therapeuten in Relation zu den Ergebnissen der Psychotherapie mittels einer von Raskin konzipierten Ratingskala mit insgesamt 10 Items (3 Items zum therapeutischen Prozess, 3 Items zur therapeutischen Beziehung und 4 Items zu globalen Ergebnissen) in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter der Klienten und der Therapiedauer. Dabei zeigen sich durchwegs bedeutsame signifikante Zusammenhänge zwischen den Prozessvariablen und den globalen Einschätzungen von Erfolg / Misserfolg der Therapie. Der Erfolg einer Therapie hängt nicht vom Alter und vom Ausgangsstatus der geschätzten persönlichen Integration des Klienten ab, jedoch von der Therapiedauer (Therapien mit mehr als 20 Sitzungen wurden erfolgreicher eingeschätzt) und vom Geschlecht der Klienten (der eingeschätzte Therapieerfolg war für Frauen höher als für Männer), wobei die Untersuchung leider keine Angaben über das Geschlecht der Therapeuten

(vermutlich mehr Männer) macht (siehe auch in der obigen Arbeit von Dymond 1954a), sodass eine wirkliche Beurteilung dieses Bias schwer fällt.

Zusammenfassend bestätigen die Arbeiten zum Projekt 1 auf verschiedene Weise die zunehmende Integration bzw. Kongruenz unterschiedlicher Selbstwertanteile im Sinne von Rogers als nachweislichen Effekt Klientenzentrierter Psychotherapie; sie unterstützen damit auch Horneys psychoanalytisches Konzept einer eher reziproken Beziehung des Realselbst und des Idealselbst als Ausdruck einer Selbstwertminderung bei psychischen Störungen und ihrer Veränderung durch Psychotherapie im Sinne einer verbesserten Selbstanpassung an realistische Ziele im Gegensatz zu einem glorifizierten und überhöhten Idealselbst. Kritisch kann angemerkt werden, dass die signifikanten Veränderungen vor allem weitgehend auf Selbsteinschätzungen der Klienten und Therapeuten beruhen. In den folgenden Untersuchungen wurde vor allem auf externe Änderungsmessungen Wert gelegt, die sich weniger dem Verdacht von Selbstbestätigungen bzw. sich selbst erfüllenden Prophezeiungen aussetzen.

3.4.2. Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie mittels TAT

Bis zum damaligen Zeitpunkt lagen einige Untersuchungen zu Psychotherapieeffekten durch die Therapeuten selbst vor, mit der plausiblen Begründung, dass sie einerseits die nächsten und konstantesten Zeugen des psychotherapeutischen Prozesses sind, andererseits jedoch diese Einschätzungen einer subjektiven Verzerrung unterliegen könnten, sodass auch andere Kriterien durch externe Beurteiler – wie Persönlichkeitstests (MMPI) und projektive Verfahren (z. B. Rorschachtest, TAT) – eingesetzt werden sollten, bis hin zur Überprüfung mit theorieferneren Methoden.

Die Untersuchung von Dymond (1954b) benutzte in sehr ausführlicher Weise die extern erfassten TAT-Maße (in Form eines siebenstufigen Ratings von schwerer Störung an der Grenze zur Psychose bis zu einer „gut integrierten, glücklichen Person“ am anderen Ende der Skala) als Veränderungs- und Erfolgsmaße für die therapeutischen Prozesse im Vergleich zum Anpassungsindex mittels Q-Sort an eine „gut integrierte Person“ (nach Dymond 1954a) und zur Diskrepanz im Realselbst / Idealselbst Q-Sort der Klienten in Abhängigkeit vom Erfolg bzw. Misserfolg der Therapie aus der Sicht der Therapeuten. Da die externen Untersucher mittels TAT nicht darüber Bescheid wussten, ob die untersuchten Personen Mitglieder der Kontroll- oder der Therapiegruppe waren (bzw. in welchem Stadium der Therapie sich diese befanden), erfüllt diese Studie den Charakter eines Blindversuches. Die Ergebnisse bestätigen einerseits eine signifikante Verbesserung der psychologischen Anpassung im TAT-Rating vom Beginn bis zum Ende der Therapie und darüber hinaus im Follow-up innerhalb der Therapiegruppe, sodass am Ende keine bedeutsamen Unterschiede zur Kontrollgruppe

mehr vorlagen. Ein Beitrag zur Validierung der Befunde ist darin ersichtlich, dass diese im TAT durch externe Beurteiler festgestellten Veränderungen signifikant mit den Einschätzungen des therapeutischen Erfolges durch die Therapeuten korrelieren ($r = .40$ am Ende der Therapie; $r = .49$ im Follow-up). Die signifikanten Zusammenhänge der TAT-Ratings mit den Einschätzungen des Therapieerfolges durch den Anpassungsindex und durch die Selbsteinschätzungen der Klienten im SI Q-Sort sind zusätzlich starke Belege für die Veränderungswirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie mittels unterschiedlicher Untersuchungsverfahren.

Die Arbeit von Grummon/John (1954) geht noch einen Schritt weiter und versucht die Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch orientierten TAT-Auswertung mittels 23 verschiedener Skalen über den mentalen Gesundheitsstatus der Klienten im Vergleich zur Kontrollgruppe und unter Berücksichtigung der Wartezeit zu analysieren. Diese sehr aufwendige und elaborierte Studie unterstützt, aber bestätigt nicht die Hypothese, dass die Therapiegruppe signifikante konstruktive Gewinne in Richtung eines besseren Gesundheitsstatus im Vergleich zur Kontrollgruppe macht, wobei aber tendenzielle positive Veränderungen während der Therapiephase und nicht während der Wartezeit passieren. Außerdem zeigt sich eine Tendenz zu größeren Gewinnen bei Klienten, deren mentaler Gesundheitsstatus schon zu Beginn besser eingeschätzt wurde. Interessant erscheint die Tatsache, dass die vor einem psychoanalytischen Hintergrund gewonnenen Erkenntnisse die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie unterstützen, obwohl diese Kriterien nicht mit den bisher genannten und meist verwendeten theorienahen Konzepten korrelieren.

In einer der ursprünglich nicht geplanten „Spezialstudien“ von Vargas (1954) bestätigen sich diese Erkenntnisse bezüglich 9 verschiedener Arten der Selbstwahrnehmung während der Therapie und zwei externer, „blind“ eingeschätzter TAT Ratings bezüglich der mentalen Gesundheit und der psychosexuellen Entwicklung auf psychoanalytischer Basis bei 10 Klienten, deren Therapie von den Therapeuten als erfolgreich eingestuft worden ist. Auch hier zeigt sich, je näher die Veränderungsmaße an der Klientenzentrierten Theorie orientiert sind, umso besser waren die erwarteten Effekte, während die psychoanalytischen Kriterien zum Teil umgekehrt mit den klientenzentrierten Maßen korrelierten.

3.4.3. Veränderungen in den Einstellungen gegenüber Anderen durch Psychotherapie

Die Studien von Gordon/Cartwright (1954) und Tougas (1954) aus dem Projekt 3 analysieren unter anderem, ob ethnozentristische, autoritaristische Einstellungen und die Akzeptanz des Wertes anderer Menschen und Meinungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie verändert werden können. Der interessante Ansatz eines situativen Rollenspieltests, mit dessen Hilfe die Antworten von Einzelpersonen in kritischen zwischenmenschlichen Situationen

erfasst werden sollte und der von Gordon speziell für dieses Projekt entwickelt wurde, ist leider zumindest im Rahmen dieses Projektes nicht ausgewertet worden.

Im Rahmen dieser beiden Studien wurde auch vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorien von Fromm, Horney und Fromm-Reichmann angenommen, dass Personen nach einer erfolgreichen Therapie andere Menschen besser akzeptieren und schätzen lernen. Mittels einer 10 Subskalen umfassenden S-O-Skala (Self-Other-Attitude-Scale), die unter anderem die Faschismus-, Ethnozentrismus und Konservativismus-Skalen von Adorno enthielt, konnte dieser erwartete Effekt in der sehr differenzierten Arbeit von Gordon/Cartwright (1954) nicht nachgewiesen werden. Es zeigte sich nur bei den erfolgreichsten Klienten eine moderate Tendenz zur Liberalisierung ihrer Einstellungen gegenüber anderen Menschen.

Die noch differenziertere Auswertung von Tougas (1954) – zusätzlich im Vergleich zu psychoanalytisch behandelten Personen im Ansatz von Sullivan (N=25) – zeigte, dass ausgeprägter Ethnozentrismus in beiden Therapieformen geradezu ein Indikator für vorhersagbaren Misserfolg ist.

Zusammenfassend betonen die Autoren, dass sich darin eine begrenzte Wirksamkeit verbaler Therapien bei antidemokratischen Grundeinstellungen zeigt und die Frage bleibt, wie es unter diesen Umständen gelingt eine bedeutsame zwischenmenschliche Beziehung herzustellen.

3.4.4. Persönlichkeitsveränderungen durch Therapie im Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen

Im Projekt 4 geht es in der Arbeit von Rogers (1954b) um die zusätzliche Absicherung therapeutischer Effekte durch den Vergleich der Selbstbeurteilung emotionaler und verhaltensmäßiger Reife mittels der Willoughby Emotional-Maturity Scale durch die Klienten und der Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde zu allen vier Messzeitpunkten. Die Annahme, dass Klientenzentrierte Psychotherapie zu einem höheren Grad an emotionaler und verhaltensmäßiger Reife führt und diese Änderung für Klienten und externe Beobachter evident ist, kann in dieser allgemeinen Form nicht aufrecht erhalten werden. Zwar zeigt sich in der Selbsteinschätzung der Klienten ein zunehmend signifikanter Effekt von der Prä-Messung bis zur Nachuntersuchung (die Wartezeit zeigt keine bedeutsamen Veränderungen), aber dieser Befund findet sich nicht durchgängig in der Einschätzung der Freunde. In differenziellen Auswertungen zeigt sich, dass nur bei den durch die Therapeuten als erfolgreich eingeschätzten Klienten (N=13) die Veränderungen in Richtung größerer emotionaler und verhaltensmäßiger Reife in der Selbst- und Fremdbeurteilung durch Freunde übereinstimmen; weniger gilt dieser Befund bei durchschnittlich erfolgreichen Klienten (N = 9) und überhaupt nicht bei wenig erfolgreichen Klienten. Bestätigt wird dieses Ergebnis auch durch signifikante Korrelationen

der Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich der persönlichen Integration der Klienten aus der Sicht der Therapeuten und solcher in der Fremdbeurteilung der Freunde ($r = .50$ der Prä-Post-Differenzen; $r = .67$ der Prä-Follow-up-Differenzen!). Darin wird möglicherweise einerseits eine verzerrte Wahrnehmung der Therapieeffekte bei weniger erfolgreichen Klienten angezeigt, andererseits spekuliert Rogers, dass bei den wenig erfolgreichen Klienten die Therapie offensichtlich nicht gut oder lang genug war. Verschlechterungen im Fremdurteil könnten andeuten, dass alle Klienten vor einer Veränderung in Richtung eines reiferen Verhaltens durch eine regressive Phase gehen. Für genauere Erkenntnisse reicht die Befundlage in dieser Untersuchung nicht.

Für erfolgreiche Klientenzentrierte Therapien kann jedoch als erwiesen gelten, dass sie sich nicht nur in inneren, subtilen Persönlichkeitsveränderungen niederschlagen, sondern auch im alltäglichen Verhalten der Klienten, was sowohl von ihren Freunden als auch von erfahrenen Klinikern bestätigt wird.

3.4.5. Persönlichkeitsveränderungen als eine Funktion der Zeit

Damals waren die Zweifel an der Effektivität der Psychotherapie schon ein Thema (besonders vertreten von Eysenck, Denker und Hebb), und in Variationen und differenzierter Form sind sie es auch heute noch oder immer wieder (vgl. Grawe 1995; Grawe/Donati/Bernauer 1993) – bestimmte Themen wiederholen sich in der Wissenschaftsgeschichte je nach den vorherrschenden gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Strömungen. In diesem Untersuchungsprojekt ging es Rogers und Mitarbeitern damals schon darum, nicht Glaubenssätze zu vertreten, sondern wissenschaftliche Beweise für die Klientenzentrierte Psychotherapie zu führen. Dabei geht es meist um die Frage, ob spontane Remissionen stattfinden und als eine Funktion der Zeit betrachtet werden können.

In einer eigenen Analyse von Grummon (1954b) sollte ansatzweise dieser Frage nachgegangen werden, ob allein die Motivation zur Psychotherapie in einem bestimmten Zeitraum konstruktive Veränderungen der Persönlichkeit bewirkt. Abgesehen von der schwer lösbaren Kriteriumsproblematik, was als Veränderung der Persönlichkeit definiert wird (in dieser Studie wurden 7 verschiedene Maße verwendet) und der ebenfalls sehr komplexen Kontrollgruppenproblematik (hier wurde vor allem die Wartegruppe präferiert), zeigten die Ergebnisse, dass es keine empirische Basis für die Hypothese gibt, dass allein die Motivation für Psychotherapie (als Funktion eines zweimonatigen Warteintervalls) eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung bringt. Zerlegt man jedoch die 23 Personen der Wartegruppe in eine „Abbrechergruppe“ von $N = 8$ Personen, die weniger als 6 Therapiesitzungen hatten, und 15 Personen mit bis zu 60 Therapiesitzungen, so zeigen sich in den Verbesserungen des Gesundheitsstatus der „Abbrechergruppe“ Ansätze zu einer spontanen Remission. Darin zeigt sich, dass einerseits ein Therapieabbruch nicht grundsätzlich als Misserfolg gedeutet werden darf,

andererseits müssen neben den Bedingungen, die zu dieser Situation führen, gerade bei solchen Klienten mögliche Persönlichkeitsveränderungen genauer untersucht werden.

Diese Ergebnisse sprechen nicht grundsätzlich gegen die Möglichkeit spontaner Remissionen als Ausdruck positiver Persönlichkeitsentwicklungen. Die Motivation für Veränderung allein ist jedoch offensichtlich keine ausreichende Kraft für spontane Remissionen. Kritisch sei angemerkt, dass der Beobachtungszeitraum relativ kurz, die Stichprobe sehr klein war und keine Unterscheidungen im Hinblick auf den Schweregrad der Störung getroffen wurden, was eine fundierte Aussage schwer macht. Grummon (1954b) folgert daraus, dass Psychotherapie ein sehr komplexes Geschehen ist, und die Fragen nach der Effektivität von Psychotherapie nicht rigoros, sondern nur sehr differenziert beantwortet werden können. Außerdem wissen wir im Falle sogenannter spontaner Remissionen viel zu wenig Bescheid über eventuell veränderte (externe) Bedingungen.

3.4.6. Fallstudien

Im Teil III des Untersuchungsberichtes führt Rogers (1954c; 1954d) zwei ausgezeichnete und sehr ausführliche Beispiele empirischer Einzelfallanalysen einer erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie („Mrs. Oak“) und einer nicht erfolgreichen Behandlung („Mr. Bebb“) mit einerseits ausgefeilter statistischer Methodik und andererseits phänomenologischer Beschreibung an, die höchsten wissenschaftlichen Standards genügt. Die Darstellungen umfassen alle Erfahrungen und Messungen im psychotherapeutischen Prozess zweier Einzelpersonen.

Im Falle von Mrs. Oak (Rogers 1954c) handelt es sich um eine Hausfrau, Ende dreißig, mit einer als psychosomatisch diagnostizierten Erkrankung und großen Beziehungsproblemen zu ihrem Ehemann und zu ihrer erwachsenen Tochter. Sie fühlte sich sehr schuldig und wollte die Ursachen ihrer Probleme erkunden.

Ohne hier ins Detail zu gehen (insgesamt 48 Sitzungen), imponieren akribisch genaue Korrelationsanalysen über alle Q-Sorts zu den verschiedenen 6 Messzeitpunkten mittels der Selbst-, Fremd-, Therapeuten- und Expertenratings. Illustrierend sei hier nur die zunehmende Interkorrelation zwischen Real- und Idealselbst angeführt (von $r = -.21$ vor Beginn der Therapie bis zu $r = .79$ nach der zweiten Nacherhebung).

Im Laufe der Therapie macht die Klientin die Erfahrung („experiencing of self“), dass verleugnete Gefühle langsam ins Bewusstsein „blubbern“ und auch als spürbare physiologische Veränderung wahrgenommen wurden. Die Klientin entwickelt zunehmend Selbstverantwortung und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Realität und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Ergebnisse dieser Einzelfallstudie belegen die solide und objektive Evidenz, dass Klientenzentrierte Psychotherapie die Wahrnehmung des Selbst in seinen verschiedenen Anteilen verändert, sowohl oberflächlich als auch in tieferen Strukturen der

Persönlichkeit, begleitet von Veränderungen in den Einstellungen und im Verhalten gegenüber anderen Menschen, wenn die therapeutische Beziehung als förderlich erlebt wird.

Im Falle der Analyse der nicht erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie des Mr. Bebb (Rogers 1954d), mit denselben Methoden wie in der obigen Darstellung der Mrs. Oak, argumentiert Rogers, dass missglückte Therapien selten veröffentlicht werden – gilt auch heute noch –, obwohl sie wahrscheinlich zur Präzisierung der therapeutischen Bemühungen mehr beitragen können als erfolgreiche Therapien. Unklar bleibt in der Darstellung, ob Rogers selbst der Therapeut oder nur der analysierende Forscher des therapeutischen Geschehens war.

Mr. Bebb war ein junger Student ausländischer Herkunft, der auf Anraten eines Freundes Therapie in Anspruch nahm. Mr. Bebb war sehr schüchtern, ängstlich, hatte große Selbstwertprobleme, zeitweilig starkes Herzklopfen ohne medizinischen Befund und hatte manchmal auditive Halluzinationen.

Die ersten 7 Sitzungen nach einer zweimonatigen Wartezeit fanden innerhalb von 31 Tagen statt und waren bis zur 6. Stunde scheinbar Erfolg versprechend. In der sechsten und siebenten Stunde äußerte der Klient vermehrt Bedenken über mögliche psychotische Phänomene, bezeichnete die Therapie als Beweis für seine Unreife, äußerte Zweifel und Angst vor der Unveränderbarkeit seiner Symptome, reduzierte die wöchentlichen Treffen und beendete auf eigenen Wunsch in der neunten Sitzung die Therapie.

Rogers (1954d) versuchte zu prüfen, ob sich Erklärungen für den Misserfolg aus den ersten Interviews und den klinischen Untersuchungsdaten ableiten lassen, um Hypothesen für künftige Studien zu liefern. Auch hier kann nicht auf die Fülle der Informationen und diversen Analysen eingegangen werden. Entscheidend erscheint einerseits die große Angst des Klienten, in der Therapie zunehmend abnorme und nicht akzeptable Aspekte zu entdecken, die ihn von der Therapie weg ziehen, anstatt die Fortschritte zu sehen. Andererseits ortet Rogers in der Analyse hier Fehler oder Schwächen des Therapeuten (er selbst?), nicht unterstützend genug für den Klienten gewesen zu sein – z. B. hat der Therapeut in der 7. Stunde die Entscheidung des Klienten für eine Reduktion der wöchentlichen Sitzungen akzeptiert und damit die eine Seite der Ambivalenzen des Klienten unterstützt und verstärkt. Die Erkenntnis, einerseits die Therapie verlassen zu wollen und andererseits gleichzeitig geliebt und respektiert zu werden, hat eine ängstliche Person wahrscheinlich noch mehr geängstigt.

Am Ende bzw. beim Abbruch der Therapie zeigen die verschiedenen Berateratings, TAT- und Q-Sort Analysen eine Person nahe am psychischen Zusammenbruch mit einer leichten Verbesserung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Auf Differenzierungen bezüglich der diagnostischen Fremdrepräsentationen im Vergleich zu den Selbst-Repräsentationen kann hier nicht weiter eingegangen werden. Interessant erscheint die Deutung von Rogers (1954d), das Verlassen der Therapie durch Mr. Bebb als Schutz vor zunehmender

Angst, als eine Art defensiven Abwehrmechanismus bzw. geradezu paradoxe „Flucht in die Gesundheit“.

Zusammenfassend konstatiert Rogers (1954d): Erfolge sind bei zu kurzer Therapiedauer weniger wahrscheinlich,

- je schwerer die Störung, desto schwieriger ist es für den Klienten, die Angst zu überwinden und in der therapeutischen Beziehung zu bleiben;
- wenn der Therapeut nicht alle Aspekte der ausgedrückten Gefühle des Klienten akzeptiert und Gefühle zu sehr betont und anspricht, die der Klient noch nicht ausgedrückt hat, dann wird die Wahrscheinlichkeit eines verfrühten Endes bzw. Abbruchs der Therapie erhöht.

3.5. Bewertung der Studie

Diese umfassende Studie mit fast 80 Personen, die in einem Zeitraum von einigen Monaten bis über 4 Jahre untersucht wurden, mit insgesamt mehr als 1000 aufgezeichneten Therapiestunden, imponiert allein schon durch ihren quantitativen Aufwand.

Eindrucksvoll sind die Belege der Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie mittels sehr differenzierter, unterschiedlicher Verfahren. Der Verdacht sich selbst erfüllender Prophezeiungen positiver Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie durch die am therapeutischen Prozess beteiligten Personen kann durch die Ergebnisse der im Blindversuch ermittelten externen Befundlage eindeutig widerlegt werden. Dieses Untersuchungsdesign gibt der Studie einen besonderen wissenschaftlichen Wert. Auch der Mut, theoriefernere Verfahren einzusetzen, zeugt von der wissenschaftlichen Redlichkeit des Forscherteams. Geradezu modern, und nicht nur seiner Zeit voraus schauend, sind die Analysen der sogenannten Abbrecher bzw. der weniger erfolgreichen Psychotherapien, da besonders diese Prozessverläufe besondere Erkenntnisse zur theoretischen Weiterentwicklung liefern. Die Publikationen nicht erfolgreicher Psychotherapien halten sich auch heute noch in bescheidenen Grenzen und spiegeln sicher nicht den psychotherapeutischen Alltag wider. Dieser Teil der Arbeit von Carl Rogers sollte uns mehr Mut machen, sogenannte nicht oder wenig erfolgreiche Therapien nicht nur in unseren Supervisionen zu reflektieren, sondern im Diskurs der wissenschaftlichen Gemeinschaft.

Die positiven Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten, abgesichert durch die Fremdbeurteilungen der Experten und anderer Personen, sind zweifelsohne eindrucksvoll; die Wartezeit als Motivationsausdruck ist nicht von Bedeutung, dies gilt in besonderer Weise für die als erfolgreich eingeschätzten Klienten. Warum sich andere nur moderat verbessern, unabhängig von der Therapiedauer, bleibt etwas diffus bzw. kann in solchen empirisch-statistischen Analysen mittels relativ kleiner Untersuchungsgruppen nur schwer aufgeklärt werden. Trotzdem muss der differenzielle Ansatz der Forschergruppe im Rahmen ihrer damaligen Möglichkeiten

positiv unterstrichen werden; er förderte auch heute noch interessante Befunde zu Tage, wie z. B. die Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen und den Fremdbeurteilungen der Verhaltensänderungen bei den weniger erfolgreichen Klienten, die selbst dort positive Veränderungen wahrnehmen, wo Freunde Verschlechterungen beurteilen. Die Tatsache, dass Frauen scheinbar von der Therapie mehr profitieren als Männer, kann im Lichte der modernen Gender-Forschung betrachtet werden; interpretationsbedürftig ist dieser Befund in der Studie aber auch deshalb, weil Angaben über das Geschlecht der Therapeuten versäumt wurden. Von der Illusion, ethnozentristische, autoritäre und antidemokratische Einstellungen – als besonders resistente Formen von Vorurteilen – durch Psychotherapie entscheidend verändern zu können, mussten wir uns offensichtlich schon damals verabschieden bzw. müssen die Bedingungen, unter denen auch hier positive Veränderungen erzielt werden können, genauer erforscht werden.

Was die angekündigte Analyse des therapeutischen Prozesses und seiner förderlichen Bedingungen für den Therapieerfolg angeht, muss festgehalten werden, dass diesbezüglich die Ergebnisse eher mager sind, da in dieser Studie trotz des enormen Aufwandes zu wenig auf die mikroanalytischen Prozesse und die genaue Bedeutung der Grundhaltungen im therapeutischen Geschehen Wert gelegt wurde. So kann auch nicht im Einzelnen genau aufgeklärt werden, warum trotz durchschnittlich signifikanter positiver Veränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie manche Klienten Rückschritte erlebten. In dieser Studie konnte keine präzise Antwort darauf gegeben werden, ob dies an der Persönlichkeit des Klienten, den Einstellungen des Therapeuten, der Art der therapeutischen Beziehung, am Fehlen bestimmter Elemente im therapeutischen Prozess liegt oder am Zusammenwirken verschiedener Faktoren.

Dies soll aber nicht nur als Kritik an einer alles in allem sehr überzeugenden und heute noch Beispiel gebenden Studie gesehen werden, sondern spiegelt die Komplexität des Gegenstandes wider, denn die Realität hängt immer vom Standpunkt des Betrachters ab. In dieser Hinsicht ist diese Studie der Forschergruppe um Carl Rogers heute noch Wegweisend, denn was sie zusammen getragen haben, sind Erkenntnisse und Ergebnisse Klientenzentrierter Psychotherapie aus der Perspektive von sehr vielen verschiedenen Punkten der Betrachtung. Verdienstvoll ist auch der Versuch, diese verschiedenen Wahrnehmungssysteme in Beziehung treten zu lassen, weg von einer zu einfachen Betrachtung der Wirklichkeit.

4. Die „Wisconsin-Periode“

4.1. Carl Rogers in Wisconsin

Seine „Wisconsin-Jahre“ (1957–1963) hat Carl Rogers selbst als die „... schmerz- und qualvollste Episode seines gesamten Berufslebens“ bezeichnet (vgl. Kirschenbaum 1979, 275). In den Jahren

zuvor in Chicago hatte er seinen Klientenzentrierten Ansatz weiter ausformuliert und empirisch begründet; er war wohl am Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Laufbahn. Ein Angebot einer Gastprofessur in seiner alten Studienstadt Madison (Wisconsin) nahm er gerne an; insbesondere reizte ihn die dortige Möglichkeit, mit Psychiatern gemeinsam seinen Ansatz weiter zu entwickeln und mit Patienten mit besonders schweren Störungen zu arbeiten. Auch der Wechsel von der Großstadt Chicago in die kleine Universitätsstadt Madison war mit persönlichen Erwartungen verbunden; zumindest diese wurden teilweise erfüllt.

Bereits in den ersten Monaten in Madison gelang es Rogers, die Bewilligung für ein auch aus heutiger Sicht ausgesprochen großes und finanziell gut ausgestattetes Forschungsprojekt, die „Wisconsin-Studie“, zu bekommen. Viele Erwartungen waren mit diesem Projekt verbunden. Nach den langen Jahren der Beschäftigung mit Patienten mit vergleichsweise geringen psychischen Problemen bestand die größte Herausforderung darin, die Klientenzentrierte Psychotherapie an einer Extremgruppe von hospitalisierten Patienten mit besonders schweren Störungen zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Sein Ansatz sollte also unter besonders schweren Bedingungen überprüft werden. Ein persönliches Anliegen Rogers' war auch die Begegnung mit der Psychiatrie, verbunden mit der Hoffnung, dass sein Ansatz auch in diesem Bereich auf hohe Akzeptanz stoßen würde. Die „Wisconsin-Studie“ war zum damaligen Zeitpunkt sicher weltweit das größte und engagierteste Projekt zur Psychotherapieforschung.

Allerdings war dieses Projekt von Anfang an mit großen Problemen verbunden. Die Arbeit mit den Patienten selbst gestaltete sich weit schwieriger als erwartet. Das Projekt wurde extrem anspruchsvoll geplant, bald musste die Forschergruppe erkennen, dass die Planung nicht vollständig realisiert werden konnte. Auch innerhalb des Forscherteams gab es zahlreiche Konflikte und Probleme. Es gelang nicht, eine autonome, selbstgesteuerte, „personenzentrierte“ Form der Zusammenarbeit im Team zu entwickeln. Rogers führte dies später darauf zurück, dass er durch zahlreiche Vortragsreisen in diesen Jahren zu wenig Zeit in Wisconsin verbringen konnte.

Die Schwierigkeiten innerhalb des Projektteams, insbesondere ein Konflikt mit einem Teammitglied, waren so groß, dass das Projekt nur mit großen Problemen zu Ende geführt werden konnte. Eine zusätzliche Panne war das Verschwinden des kompletten analysierten Datenmaterials. Mit großem Aufwand mussten sämtliche Interviewanalysen rekonstruiert und neu ausgewertet werden. Rund um die Veröffentlichung, die erst neun Jahre nach dem Projektbeginn erschienen ist (Rogers et al. 1967), entbrannte ein Streit, der auch über Anwälte und Gerichte ausgetragen wurde. Durch die jahrelange Verzögerung wurde die ursprünglich von der Fachwelt neugierig erwartete Studie kaum mehr beachtet. Sie gilt als die am wenigsten bekannte Buchveröffentlichung von Carl Rogers.

Die „Wisconsin-Studie“ war die letzte empirisch-wissenschaftliche Arbeit von Rogers. Als eine direkte Folge dieser Studie ist wohl

seine verstärkte Auseinandersetzung mit der Kongruenz zu werten, die sich auch in den Veröffentlichungen der folgenden Jahre in Kalifornien deutlich erkennen lässt.

4.2. Die Wisconsin-Studie

4.2.1. Die Ausgangslage

Das Wisconsin-Projekt bildet den Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers. Das Forschungsprojekt, vermutlich bis heute eines der bislang umfangreichsten im Bereich der Psychotherapieforschung, stand dabei in der konsequenten Linie der früheren Arbeiten, die sich fundiert mit der psychotherapeutischen Beziehung auseinandergesetzt hatten.

Die ersten dieser Arbeiten wurden bereits in den frühen 50er Jahren durchgeführt. In diesen Studien wurden mittels des Q-Sort, eines Sortierverfahrens, in dem Klienten die Aufgabe hatten, 119 Aussagen, die sich auf ihre Einschätzung der Therapeuten beziehen, in eine bestimmte Reihenfolge der Wertigkeit zu bringen, Therapieeffekte untersucht. Die bis heute weit über den Personenzentrierten Ansatz hinaus bekannteste Studie aus dieser Zeit wurde von Fiedler (1950b) veröffentlicht, der nachweisen konnte, dass erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Richtungen von den Klienten ähnlicher beurteilt wurden als unerfahrene Therapeuten verschiedener Richtungen. Die Einschätzungen zu den erfahrenen Therapeuten stimmen dabei insbesondere in „personenzentrierten“ Merkmalsbereichen (Toleranz, Akzeptanz, etc.) überein. In einer weiteren Studie konnte Fiedler ähnliche Übereinstimmungsmuster auch bei Experteneinschätzungen feststellen (Fiedler 1950a). Die beiden weit über den Personenzentrierten Ansatz hinaus bekannten Studien von Fiedler und einige Folgeuntersuchungen, die ebenfalls auf der Q-Sort-Technik aufbauten (Bown 1954; Heine 1953), lieferten die Grundlage für zahlreiche Studien in den späten 50er Jahren, in denen die von Rogers formulierten Bedingungen des therapeutischen Prozesses bestätigt wurden. In diesen Arbeiten (am bekanntesten Barrett-Lennard 1959; 1962) wurde das „Relationship Inventory“ (RI) entwickelt, ein differenziertes Fragebogeninstrument zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus verschiedenen Perspektiven. Dieses Instrument war auch von zentraler Bedeutung für die Wisconsin-Studie. Inhaltlich versuchen die Forschungsarbeiten der späten 50er Jahre eine detaillierte Beschreibung von Therapieprozessen und die Identifikation prozessualer „Erfolgsfaktoren“.

4.2.2. Die Zielsetzungen der Wisconsin-Studie

Carl Rogers umreißt in der Einleitung des Berichts zur Wisconsin-Studie (Rogers et al. 1967) in gewohnt persönlicher Weise die Ziele für das engagierte und umfangreiche Projekt: Er hatte zu diesem Zeitpunkt den Eindruck, dass die meisten wesentlichen Bereiche der Klientenzentrierten Psychotherapie durch zahlreiche Forschungs-

arbeiten der 40er- und 50er Jahre gut bestätigt waren. Er selber fühlte sich immer als ein „Vorkämpfer“ („frontiersman“), der sich immer wieder in neue – und herausfordernde – Gebiete weiterentwickelt hat. Ein Gebiet, das Rogers schon lange interessierte, und in dem er bislang vergleichsweise wenige Erfahrungen sammeln konnte, war die therapeutische Arbeit und Forschung im Bereich von schweren psychischen Störungen. Das Wisconsin-Projekt bot daher insgesamt einen thematisch herausfordernden Rahmen, indem hier erstmals und umfangreich mit psychotischen hospitalisierten Patienten (Diagnosen im Bereich der schizophrenen Störungen) gearbeitet und geforscht werden konnte. Die besondere Herausforderung bestand für Rogers darin, „seinen“ im „... Bereich der neurotischen, fehlangepassten, gestörten, ambulatorisch betreuten, aber „funktionierenden“ psychotischen, sowie schwer interpersonal gestörten Personen“ (ebd. XVII; Übers. C. K.) gut überprüften Ansatz an einer Extremgruppe – im Sinne einer schwersten psychischen Störung – „auszutesten“. Besonders interessierte ihn dabei die Frage, ob sein Verständnis einer auf Beziehungen aufbauenden Psychotherapie auch bei dieser Extremgruppe Gültigkeit besaß, was dann als eine weitere Bestätigung für die allgemeine Gültigkeit der von ihm gefundenen Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung betrachtet werden könnte.

Der Wisconsin-Studie wurden folgende allgemeine Fragen zugrunde gelegt:

(1) Welche Verhaltensweisen des Therapeuten sind wirksam, um eine Veränderung im Klienten zu bewirken und diese Veränderung auch zu erhalten?

(2) Welche Verhaltensmerkmale des Klienten charakterisieren den Prozess der Veränderung während der Psychotherapie, und

(3) Was sind die Ergebnisse dieses Prozesses? (Gendlin / Rogers 1967). Diese Fragen führten zu drei exakt formulierten Forschungshypothesen, die im Folgenden im Hinblick auf ihren zentralen Stellenwert im vollen übersetzten Wortlaut dargestellt werden:

- Je größer das Ausmaß ist, indem die therapeutischen Bedingungen in der therapeutischen Beziehung umgesetzt werden können, in umso größerem Ausmaß wird ein therapeutischer Prozess bzw. eine Veränderung im Klienten sichtbar werden.
- Die gleichen Dimensionen der prozessualen Veränderung werden sich im Verhalten von akuten Schizophrenen, von chronischen Schizophrenen, von normalen und von neurotischen Personen finden.
- Ein Therapieprozess wird bei solchen Personen in einem signifikant erhöhten Ausmaß sichtbar werden, denen Therapie auch angeboten wurde, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, der keine Therapie angeboten wurde (paired matched sample Vergleich).

An den Formulierungen dieser Hypothesen wird der hohe Anspruch der Wisconsin-Studie gut erkennbar. Die Studie war als eine grundlegende und umfassende empirische Überprüfung des Personenzentrierten Ansatzes an einer extrem schwierigen Gruppe konzipiert.

Eine weitere Erschwernis bestand darin, dass das Mendota State Psychiatric Hospital in Madison damals eine landesweit bekannte „Vorzeigeeinrichtung“ war. Es gab für die Patienten zahlreiche Behandlungsangebote und vergleichsweise günstige Bedingungen. Die Psychotherapie sollte ihre zusätzliche Wirksamkeit daher unter Bedingungen unter Beweis stellen, die für die Behandlung der Patienten den damals besten Wissensstand repräsentierten.

4.2.3. Die Durchführung der Studie

Eine Gruppe von acht erfahrenen Psychotherapeuten, darunter die Autoren der späteren gemeinsamen Veröffentlichung (Carl Rogers, sein Mitarbeiter Eugene Gendlin, und die beiden Doktoranden Donald Kiesler und Charles Truax) waren mit der Planung und vor allem der Durchführung der Studie über einen Zeitraum von mehreren Jahren involviert; dazu kamen noch zahlreiche studentische Mitarbeiter, die mit den umfangreichen qualitativen Analysen der Therapieabläufe betraut wurden.

Der Studie lag ein komplexer experimenteller Forschungsplan zugrunde. Insgesamt nahmen 48 „Versuchspersonen“ an der Studie teil; Es wurden drei „experimentelle“ Gruppen (Teilnahme an der Psychotherapie) definiert: Schizophrene mit einem eher chronischen Krankheitsverlauf, Schizophrene mit einem eher akuten Krankheitsverlauf³ und gesunde Personen. Dem gegenüber standen drei „Kontrollgruppen“, mit gleicher Diagnostik, allerdings ohne Psychotherapie. Die sechs Gruppen umfassten je acht Personen, die Zuordnung erfolgte nach einem Zufallsprinzip. Um Störeinflüsse möglichst auszuschalten, wurde die Studie in der Form eines „yoked control“ Designs realisiert, was bedeutet, dass jeder Person in einer experimentellen Gruppe eine Person in einer Kontrollgruppe zugeordnet wurde, die in wesentlichen Daten (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) vergleichbar war. Jeder der acht Therapeuten sollte mit drei Patienten arbeiten. Dabei wurde auch darauf geachtet, dass die Zuteilung zu den Therapeuten einerseits zufällig und andererseits kontrolliert – im Sinne einer Gleichverteilung der persönlichen Merkmale – erfolgte. Auch die Diagnostik, insbesondere im Sinne einer methodisch korrekten Klassifizierung der beiden Schizophreniegruppen, erfolgte mit großer Sorgfalt.

Die Studie hatte einen Zeithorizont für die einzelnen Therapieabläufe von bis zu 30 Monaten; Messungen waren jeweils in Abständen von 3 bzw. 6 Monaten bei allen Patienten vorgesehen.

Am Studiendesign wird eine Charakteristik der Studie erkennbar, die sich durch alle Bereiche, bis hin zur Ergebnisdarstellung, erstreckt: Die Wisconsin-Studie zeichnet sich durch einen ungemein hohen theoretischen Anspruch aus, sowohl was die Forschungsfragen, aber insbesondere auch die methodisch korrekte Umsetzung

betrifft, der dann in der Praxis der Therapie nicht völlig umgesetzt werden konnte. Die Schwierigkeiten lagen bereits in der Selektion der Personen (es gibt wohl kaum eine schwierigere Stichprobe für Psychotherapieforschung als chronische und dauerhospitalisierte Schizophrene), aber besonders auch in den Ausfällen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg. Letztlich konnte das anspruchsvolle Design nur in Ansätzen realisiert werden, es gab zahlreiche unvollständige Datensätze, die Auswertungsstichprobe war deutlich reduziert.

Ein weiterer Anspruch der Studie lag im Bereich der Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in einem personenzentrierten Sinn. Es wurden die in den späten 50er Jahren entwickelten Ratingskalen zur Erfassung prozessualer Merkmale von Psychotherapie überarbeitet und für unterschiedliche Ratingperspektiven (Therapeuteinschätzung, Klienteneinschätzung und Fremdbeobachtung) nutzbar gemacht. Zu den bis heute bekannten Skalen, die verwendet wurden, gehören z. B. die Truax Rating Scales (Truax 1961) zur Erfassung von „accurate empathy“ und „unconditional positive regard“, ein Instrument von Kiesler zur Messung von Kongruenz und die „Prozessskalen“ von Carl Rogers (1958); weiters kamen eine neu entwickelte „Experiencing-Skala“ von Eugene Gendlin (vgl. Klein / Mathieu-Coughlan / Kiesler 1986) sowie ebenfalls neu entwickelte Skalen zur Erfassung von Beziehungsqualität, von personalen Konstrukten und zum Problemausdruck zum Einsatz.

Bemerkenswert und sicher bis heute aktuell ist die Form der therapeutischen Prozesserfassung: Neben den (konventionellen) Selbsteinschätzungen durch Klienten und Therapeuten wurden sorgfältig konzipierte Fremdratings durchgeführt. Eine innovative Merkmal der Wisconsin-Studie ist dabei, dass hier nicht vollständige Therapieabläufe, sondern – im Sinne einer konsequenten methodischen Umsetzung eines phänomenologischen Forschungsansatzes – jeweils definierte kurze Ausschnitte (in der maximalen Länge einiger Minuten) analysiert wurden. Die hohe methodische Sorgfalt zeigt sich auch bei der Konzeption der Fremdratings, wo hohes Augenmerk auf die Ausbildung der Rater und vor allem auf die Übereinstimmung zwischen den Ratern gelegt wurde. Es wurden nicht therapeutisch gebildete Rater herangezogen und ausgebildet, um mögliche Verzerrungen in den Ratings durch therapeutische Vorerfahrungen auszuschließen. Insgesamt wurden mehr als 3000 Therapieabläufe jeweils von mehreren Ratern analysiert.

Neben den verschiedenen methodischen Ansätzen zur Erfassung des therapeutischen Prozesses kamen auch konventionelle Fragebögen (z. B. der z. T. bis heute noch verwendete MMPI) sowie diverse objektivierte Erfassungen des Therapieerfolgs zum Einsatz.

In personenzentrierter Tradition findet sich im Forschungsbericht auch ein von Rogers geschriebener Abschnitt über die „menschliche Seite“ des Projekts und den persönlichen Erfahrungen des Forscherteams (Rogers 1967b): Darin beschreibt Rogers sehr einfühlsam die Sichtweise der Patienten im Forschungsprojekt, die oft erstmals eine Erfahrung von Psychotherapie machten und durch die Vielzahl

³ Als eher akut wurden Patienten mit einer Hospitalisierung bis zu sechs Monaten, als eher chronisch solche mit längeren Hospitalisierungszeiten definiert.

der Fragebögen zusätzlich sehr gefordert wurden. Das Projekt war auch für die Therapeuten eine ganz besondere Herausforderung, da sie mit einer extrem schwierigen Klientenpopulation konfrontiert waren, die meist – auch für die erfahrenen Therapeuten – nicht nur eine völlig neuartige, sondern auch eine sehr intensive, persönlich sehr fordernde und langdauernde Erfahrung bedeutete.

4.2.4. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen

An erster Stelle ist festzuhalten, dass die Studie zwar zahlreiche interessante und bis heute bedeutsame Teilergebnisse erbracht hatte, aber insgesamt einen Großteil der hochgesteckten Erwartungen – im Sinne einer klaren Bestätigung der Forschungshypothesen – nicht erfüllt hat.

Als vielleicht wichtigster „Befund“ in einem methodischen Sinne ist die Tatsache zu erwähnen, dass der methodische Ansatz konsequent und erfolgreich umgesetzt werden konnte. Insbesondere hat die Studie gezeigt, dass eine prozessuale Erfassung therapeutischer Prozesse auf eine ökonomische und prozessgerechte Art in der Form möglich ist, dass relativ kurze Ausschnitte eines Therapieprozesses genau analysiert werden können und es so auf eine verlässliche Art möglich ist, den gesamten Prozess zu bewerten. Dies wurde durch zahlreiche methodische Überprüfungen (Vergleich der Analysen unterschiedlicher Therapiesequenzen, Vergleich der Auswahlmethoden dieser Sequenzen, Übereinstimmungen der Rater etc.) nachgewiesen. Es konnte also der Nachweis erbracht werden – vielleicht sogar in einer Weise und Deutlichkeit wie in keiner anderen personenzentrierten Therapieforschungsarbeit – dass es möglich ist, die therapeutische Praxis und Umsetzung eines phänomenologisch verankerten Beziehungsmodells fundiert und vor allem adäquat wissenschaftlich zu überprüfen.

Die Haupthypothese der Studie (Hypothese 1) konnte allerdings nicht bestätigt werden. Dies bedeutet, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Verwirklichung der Basisvariablen in der therapeutischen Beziehung und der Qualität des therapeutischen Prozesses nachgewiesen werden konnte. Es gibt vermutlich zahlreiche Ursachen für dieses unerwartete Ergebnis. Nachträglich betrachtet war es wohl ein „Planungsfehler“, dass im Studiendesign eine *kausale* Überprüfung der Hypothese gar nicht vorgesehen war. Die Analysen zu den Beziehungen innerhalb des Therapieprozesses konnten aus methodischen Gründen ja nur korrelativ durchgeführt werden. Eine interessante inhaltliche Überlegung findet sich im Forschungsbericht in einem kritisch reflektierenden Abschnitt der Ergebnisdarstellung (Kiesler/Mathieu/Klein 1967). Die Autoren weisen darauf hin, dass eine „objektivierte“ Analyse der Verwirklichung der Therapeutenvariablen gar nicht möglich ist, da sogar eine „objektive“ Fremdanalyse eines Therapieprozesses Merkmale wie z. B. die Kongruenz immer auf der Grundlage einer Interaktion beurteilen muss. So ausgelegt, entstehen die therapeutischen Bedingungen im therapeutischen Prozess, also

auch unter Beteiligung des Klienten, und sind daher nicht unabhängig von der Entwicklung des therapeutischen Prozesses. Insbesondere motivationale Aspekte (hohe Therapeuten- bzw. Klientenmotivation) dürften sich auf die therapeutischen Haltungen auswirken. Hier erwies sich auch die Patientenpopulation – schwere psychische Erkrankungen, verbunden oft mit nur sehr geringer Therapiemotivation – als ein zusätzliches Hindernis.

Daneben zeigten sich auch in der Wisconsin-Studie bereits damals bekannte Probleme bei der Erfassung der therapeutischen Grundhaltungen (vgl. Mitchell/Bozarth/Kraufft 1977); während bei der Empathie sehr gute Übereinstimmungen zwischen den Ratern verzeichnet wurden, waren diese bei der Beurteilung von Akzeptanz und insbesondere von Kongruenz verringert.

Was die Wertigkeit der Basishaltungen betrifft, kann aus der Studie abgeleitet werden, dass besonders Empathie und Kongruenz – jeweils aus der Wahrnehmung der Klienten – mit einem günstigen Therapieprozess einhergehen, wobei zwischen diesen beiden Basishaltungen in den Messungen hohe Korrelationen gefunden wurden. Der empirische Nachweis der Beziehung zwischen den Basisvariablen und dem Therapieprozess ist vermutlich – trotz aller methodischen Einschränkungen – das Hauptergebnis der Wisconsin-Studie.

Ein besonders bemerkenswerter und durchaus kritischer Befund bestand darin, dass es zwischen den Therapeuteneinschätzungen und den externen Prozessbeurteilungen zu signifikanten negativen Korrelationen kam. Besonders „überschätzt“ haben die Therapeuten ihre eigene Verwirklichung des Beziehungsangebots bei den Therapien, die keinen bzw. nur einen sehr geringen Therapieerfolg aufwiesen. Die Klienteneinschätzungen stimmten hingegen relativ gut mit den externen Prozessbeurteilungen überein, was aufgrund des schwierigen Klientels besonders bemerkenswert erscheint. Die Studie kann daher zumindest in gewisser Weise als Bestätigung dafür aufgefasst werden, dass ein therapeutischer Prozess dort zu beobachten ist, wo das Therapieangebot nicht nur vorhanden, also vom Therapeuten realisiert, sondern vom Klienten auch wahrgenommen wird.

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten konnte auch die zweite Hypothese letztlich nur in Ansätzen bestätigt werden. Es gab zwar – schon methodisch bedingt – Hinweise auf die Vergleichbarkeit der Prozesse bei „normalen“ Personen und solchen mit schweren psychischen Erkrankungen, kausal konnte die Hypothese jedoch nicht beantwortet werden.

Die dritte Hypothese fand zumindest in Ansätzen eine Bestätigung. Es gab Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Verwirklichung eines therapeutischen Prozesses einen positiven Effekt auf die Verringerung von Symptomen und auf die Verkürzung des Spitalsaufenthaltes hat. Streng genommen sind diese Befunde jedoch nur als Hinweise und nicht als kausale Zusammenhänge zu werten, da nur vereinzelt signifikante Beziehungen nachgewiesen werden konnten.

Ein signifikanter Effekt der psychotherapeutischen Behandlung auf die Patienten mit chronischer bzw. akuter Schizophrenie

konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden: Es fanden sich sowohl in der „Therapiegruppe“ als auch in der „Kontrollgruppe“ positive und signifikante Veränderungen über den Beobachtungszeitraum und keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Autoren begründen dies damit, dass an der Mendota-Klinik in Madison, an der diese Studie durchgeführt wurde, insgesamt relativ günstige Betreuungsbedingungen vorhanden waren und daher auch Patienten ohne Psychotherapie von diesem Betreuungsangebot profitierten.

4.2.5. Bewertung der Studie

Die Wisconsin-Studie war ein engagiertes und mutiges Großprojekt der Psychotherapieforschung. Es ist aus heutiger Sicht nicht verwunderlich, dass nicht alle Hypothesen im Sinne der ursprünglichen Erwartung bestätigt werden konnten. Zu hoch war die Erwartung bezüglich der Möglichkeiten der Psychotherapie bei einem derartig schwierigen Klientel insgesamt, zu hoch auch der Realisierungsanspruch der Studie. Trotz aller Schwierigkeiten konnten jedoch zahlreiche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie gewonnen werden.

Aus methodologischer und methodischer Sicht sind zahlreiche kritische Punkte an dieser Studie anzumerken. Insbesondere steht die relativ kleine Fallzahl in einem sehr problematischen Verhältnis mit der Anzahl an gemessenen Variablen. Dies bedeutet einerseits, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße in einigen Fällen keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden, obwohl vielleicht sogar ein Trend in der richtigen Richtung zu beobachten gewesen wäre, und andererseits – und dies ist als weitaus schwerwiegender zu beurteilen –, dass mit „zufälligen“, also unrichtig signifikanten Ergebnissen zu rechnen ist.

Die methodischen Probleme bei der Prozesserfassung und bei der Erfassung der Basisvariablen sind einem phänomenologischen Ansatz immanent. In diesen Bereichen kann die Studie als eine wichtige Lernerfahrung gewertet werden. Interessant erscheinen hier die Überlegungen von Kiesler/Mathieu/Klein im Forschungsbericht (1967), welche die lineare Studienlogik kritisch reflektieren und ein systemisches Denken hinsichtlich der Beziehungen der Basisvariablen (auch untereinander) und dem therapeutischen Prozess einfordern.

Der Forschungsbericht zur Studie bringt durch seinen Umfang und durch seine Heterogenität die Komplexität und Schwierigkeiten zum Ausdruck. Er ist insgesamt eine beeindruckende und in vielen Bereichen auch heute noch aktuelle Veröffentlichung. Unschön in diesem Bericht fällt allerdings auf, dass Rogers selbst in seiner Zusammenfassung der Ergebnisse (Rogers 1967a) eine ausgesprochen positiv verzerrte Darstellung der Befundlage gibt. Demgegenüber steht die weitaus differenziertere und methodisch fundiertere Ergebniseinschätzung von Kiesler et al. (1967). Die überzogene Ergebnisdarstellung von Rogers wurde auch von anderen personzen-

trierten Autoren als problematisch erkannt (Barrett-Lennard 1998; Mitchell et al. 1977).

Die bekannteste, auch von Rogers selbst abgeleitete, Erkenntnis aus der Wisconsin-Studie ist die neue Einschätzung der Kongruenz als wichtigste der drei Basishaltungen. Historisch betrachtet fällt auf, dass Rogers in allen Veröffentlichungen und Interviews nach dem Wisconsin-Projekt auf die besondere Bedeutung der Kongruenz hinweist.

Aus den Daten der Wisconsin-Studie ist die Neueinschätzung der Bedeutung der Kongruenz streng genommen nicht ableitbar. Es finden sich zwar einige Hinweise in diese Richtung, z. B. die gefundenen Beziehungen von Empathie und Kongruenz aus der Klientensicht mit der Entwicklung des therapeutischen Prozesses, aber kein kausaler, methodisch gut abgesicherter Befund in der dargestellten Richtung. Trotzdem scheint die veränderte Haltung von Rogers nach der Wisconsin-Studie nachvollziehbar und letztlich auch empirisch zumindest in Ansätzen verankert, ist sie doch, ganz in seinem Verständnis, eine erfahrungsbezogene Entwicklung, die nicht nur die empirischen Hinweise aus den Daten, sondern (und vor allem) auch die persönlichen Erfahrungen in diesem Projekt zum Ausdruck bringt.

Vieles an der Wisconsin-Studie ist auch aus heutiger Sicht noch als modern und aktuell zu beurteilen. Sie war ein typischer und damit auch heute noch aktueller Multimethodenansatz, in dem Therapieeinschätzungen, Klienteneinschätzungen, Fremdbeobachtungen, Fragebogendaten und objektive Erfolgsdaten auf eine konsequente Weise miteinander in Bezug gesetzt wurden. Auch der Prozessforschungsansatz ist aus heutiger Sicht sehr modern. Besonders interessant erscheinen hier der konsequent hermeneutisch-phenomenologische Ansatz der selektiven Auswahl von relativ kurzen Therapiesequenzen und die Kombination aus Therapeuten-, Klienten- und Fremdeinschätzungen. Es wäre hoch an der Zeit, dass innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes derartige Wegweisende und innovative Forschungsprojekte wieder vermehrt durchgeführt werden.

5. Resümee

Starke Eindrücke der Auseinandersetzung mit den Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern sind vor allem die hohe Kreativität und Sorgfalt, mit der diese Arbeiten geplant und durchgeführt wurden. Noch bemerkenswerter erscheint, wie aktuell die Fragestellungen und Forschungsansätze auch nach mehr als einem halben Jahrhundert empirischer Psychotherapieforschung erscheinen.

In der gesamthaften Betrachtung wird ein konsequentes und vor allem konsistentes Forschungsprogramm erkennbar, das in Form und Umfang wohl einzigartig ist:

In der ersten Phase der Forschung - noch angelehnt an die so genannte non-direktive Phase - wurde ein mikroskopischer Blick auf

den Therapieprozess geworfen. Mit Konsequenz und methodischer Sorgfalt wurden Gesetzmäßigkeiten des Prozesses erkannt und beschrieben. Diese Befunde lieferten die Grundlage für die zweite Phase der Forschung, in der besonders Effektivität und Effizienz der therapeutischen Arbeit untersucht wurde. Gerade in diesem Zusammenhang fällt die Besonderheit des Forschungsansatzes von Carl Rogers auf, einerseits dem empirisch-naturwissenschaftlichen Ansatz verpflichtet, andererseits – vor allem nach dieser Forschungsperiode und in seinen späten Werken – das phänomenologisch-existenzielle Paradigma betonend. Die Gründe sind nicht mehr ganz auszuloten, könnten jedoch darin zu sehen sein, dass Rogers in seiner Weitsicht und durch die Begegnungen mit anderen namhaften Wissenschaftlern (z. B. Martin Buber) verstanden hat, dass Erkenntnisse über das menschliche Erleben und Verhalten im Allgemeinen und im Rahmen therapeutischer Bemühungen nicht nur durch die einseitige Betonung eines Paradigmas zu gewinnen sind, sondern durch die Nutzung verschiedener Ansätze und entsprechender Paradigmenanreicherungen.

Mit Sicherheit begründen sich darin auch unterschiedliche Auffassungen über den Personenzentrierten Ansatz zwischen verschiedenen Richtungen dieses Ansatzes.

Nachdem die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bestätigt war, versuchten Rogers und seine Mitarbeiter einerseits die Grenzen des Ansatzes auszuloten und andererseits ein vertieftes Verständnis über die Wirkmechanismen zu erlangen. Hier stießen sie auf Schwierigkeiten und Grenzen, die aus heutiger Sicht nicht unerwartet waren. Insbesondere die Arbeiten von Prouty (z. B. 1990) über die so genannte „Prätherapie“ im Umgang mit Menschen in psychotischen Lebenssituationen zeigten die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes von Rogers.

Carl Rogers hat sich nach der Wisconsinstudie von der statistisch-empirischen Psychotherapieforschung völlig entfernt. In den rund 40 Jahren seit dieser Studie wurden zwar zahlreiche weitere Untersuchungen im Umfeld der Personenzentrierten Psychotherapie durchgeführt. Die meisten dieser Arbeiten sind jedoch Einzelbeiträge, die nicht in der großen Tradition der Psychotherapieforschung von Carl Rogers stehen. Im Vergleich zur Therapiepraxis und zur theoretischen Entwicklung ist insgesamt ein „Forschungsdefizit“ in der Personenzentrierten Psychotherapie zu festzustellen. Anregend und für die Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes besonders interessant wäre der wissenschaftliche Diskurs über nicht erfolgreiche oder abgebrochene Therapien, für den uns Rogers und seine Mitarbeiter Mut gemacht haben. Denn gerade die nicht gelingenden oder gelungenen therapeutischen Prozesse zwingen uns zur vertieften Reflexion des professionellen Handelns.

Wir sehen dies als Auftrag und Vermächtnis von Carl Rogers, wenn diese umfassende und vorbildliche Forschungstradition konsequent aufgegriffen und kreativ weitergeführt würde.

Literatur:

- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1959), *Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change*, Chicago (University of Chicago)
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1962), *Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change*, in: *Psychological Monographs* 76, 562
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1998), *Carl Rogers' helping system. Journey and substance*, London (Sage)
- Bown, Oliver H. (1954), *An investigation of therapeutic relationship in client-centered psychotherapy*, Chicago (University of Chicago)
- Butler, John M./Haigh, Gerard V. (1954), *Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling in*, Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 55–75
- Carr, Arthur C. (1949), *An evaluation of nine nondirective psychotherapy cases by means of the Rorschach*, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 196–205
- Dymond, Rosalind F. (1954a), *Adjustment changes over therapy from self-sorts*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 76–84
- Dymond, Rosalind F. (1954b), *Adjustment changes over therapy from Thematic Apperception Test ratings*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 109–120
- Fiedler, Fred E. (1950a), *A comparison of the therapeutic relationship in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy*, in: *Journal of Consulting Psychology* 14, 436–445
- Fiedler, Fred E. (1950b), *The concept of an ideal therapeutic relationship*, in: *Journal of Consulting Psychology* 14, 239–245
- Gendlin, Eugene T. (1961), *Initiating psychotherapy with 'unmotivated' patients*, in: *The Psychiatric Quarterly* 34, 1, 1–6
- Gendlin, Eugene T./Rogers, Carl R. (1967), *The conceptual context*, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 3–22
- Gordon, Thomas/Grummon, Donald L./Rogers, Carl R./Seeman, Julius (1954), *Developing a program of research in psychotherapy*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 12–34
- Gordon, Thomas/Cartwright, Desmond S. (1954), *The effect of psychotherapy upon certain attitudes towards others*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 1954, 145–166
- Grawe, Klaus (1995), *Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie*, in: *Psychotherapeut* 40, 130–145
- Grawe, Klaus (1998), *Psychologische Therapie*, Göttingen (Hogrefe)
- Grawe, Klaus/Donati, Ruth/Bernauer, Friederike (1993), *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen (Hogrefe)
- Groddeck, Norbert (2002), *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*, Darmstadt (Primus)

- Grummon, Donald L. (1954a), Design, procedures, and the subjects for the first block, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52
- Grummon, Donald L. (1954b), Personality changes as a function of time in persons motivated for therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 238–255
- Grummon, Donald L./John, Eve S. (1954), Changes over Client-Centered Therapy evaluated on psychoanalytically based Thematic Apperception Test scales, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52
- Haigh, Gerard V. (1949), Defensive behavior in client-centered therapy, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 181–189
- Heine, R. W. (1953), A comparison of patients' reports on psychotherapeutic experience with psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapists, in: *Psychotherapy* 7, 16–23
- Hogan, Richard A. (1948), The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship, Unpublished Ph.D. thesis (University of Chicago)
- Hoffman, Edward A. (1949), A study of reported behavior changes in counseling, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 190–195
- Kiesler, Donald J./Mathieu, Phillipa L./Klein, Marjorie H. (1967), A summary of the issues and conclusions, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 295–311
- Kirschenbaum, Howard (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte)
- Klein, Marjorie H./Mathieu-Coughlan, Phillipa L./Kiesler, Donald J. (1986), The experiencing scales, in: Greenberg, Leslie S./Pinsof, William M. (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, New York (Guilford Press) 21–71
- Klopfer, Bruno/Kelley, Douglas M. (1942), *The Rorschach technique*, New York (World Books)
- Mitchell, Kevin M./Bozarth, Jerold D./Krafft, Conrad C. (1977), A reappraisal of the therapeutic effectiveness on accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness, in: Gurman, Andrew M. /Razin, Alan S. (Eds.), *Effective psychology: A handbook of research*, Oxford (Pergamon) 482–502
- Muench, George A. (1947), An evaluation of nondirective psychotherapy by means of the Rorschach and other indices, in: *Applied Psychology Monographs* 13, 1–163
- Prouty, Garry F. (1990), Pre-therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, Germain/Rombauts, Jan/Van Balen, Richard (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (University Press) 645–658
- Raskin, Nathaniel J. (1949a), The development of the „parallel studies“ project, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 154–156
- Raskin, Nathaniel J. (1949b), An analysis of six parallel studies of the therapeutic process, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 206–220
- Rogers, Carl R. (1942), *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1949), A coordinated research in psychotherapy. A non-objective introduction, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 149–153
- Rogers, Carl R. (1954a), Introduction, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 3–11
- Rogers, Carl R. (1954b), Changes in the maturity of behavior as related to therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 215–237
- Rogers, Carl R. (1954c), The case of Mrs Oak: A research analysis, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 259–348
- Rogers, Carl R. (1954d), The case of Mr. Bebb: The analysis of a failure case, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 349–409
- Rogers, Carl R. (1954e), An overview of the research and some questions for the future, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 413–434
- Rogers, Carl R. (1958), A process conception of psychotherapy, in: *American Psychologist* 13, 142–149
- Rogers, Carl R. (1967a), The findings in brief, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 73–96
- Rogers, Carl R. (1967b), The human side of the research, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 63–72
- Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), (1954), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press)
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison, WI (University of Wisconsin Press)
- Rudikoff, Esselyn C. (1954), A comparative study of the changes in the concepts of the self, the ordinary person, and the ideal in eight cases, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 85–98
- Seeman, Julius (1949), A study of the process on nondirective psychotherapy, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 157–168
- Seeman, Julius (1954), Counselor judgements of therapeutic process and outcome, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 99–108

- Sheerer, Elisabeth T. (1949), A analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 169–175
- Snyder, William U. (1945), An investigation of the nature of nondirective psychotherapy, in: *Journal of General Psychology* 33, 193–223
- Snyder, William U. (1947), *Casebook of non-directive counseling*, Boston (Houghton Mifflin)
- Stock, Dorothy (1949), An investigation into the relationships between the self concept and feelings directed toward other persons and groups, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 176–180
- Tougas, Rolland R. (1954), Ethnocentrism as a limiting factor in verbal therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 196–214
- Truax, Charles B. (1961), The process of group psychotherapy: Relationships between hypothesized therapeutic conditions and intrapersonal exploration, in: *Psychological Monographs* 75
- Vargas, Manuel J. (1954), Changes in self-awareness during Client-Centered Therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 145–166
- Zundel, Edith (1987), Carl Rogers: Humanistische Psychologie, in: Zundel, Edith/Zundel, Rolf (Hg.), *Leitfiguren der neueren Psychotherapie*, München (Kösel) 49–65

AutorInnen:

Christian Korunka, 1959, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits-Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS.

Nora Nemeskeri, 1955, Dr. phil, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin der Sektion Forum der APG, langjährige klinische Tätigkeit in den Bereichen Gynäkologie und Urologie, Wien.

Joachim Sauer, 1944, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Salzburg (Arbeitsschwerpunkte: Sozialpsychologie, Pädagogische Psychologie, Klinische Psychologie), Klientenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Ausbilder in der ÖGwG.

Korrespondenzadressen:

*A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie, Universität Wien
Liebiggasse 5
A-1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univ.ac.at*

*Dr. Nora Nemeskeri
Annagasse 2
A-1010 Wien
E-Mail: n.nemeskeri@aon.at*

*A. Univ. Prof. Dr. Joachim Sauer
Institut für Psychologie, Universität Salzburg
Hellbrunnerstraße 34
A-5020 Salzburg
E-Mail: joachim.sauer@sbg.ac.at*